

# MOSAICO

Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar  
Journal of the Spanish Federation of Family Therapy Associations

CON LA COLABORACIÓN DE  
**SPTF** Sociedad Portuguesa  
de Terapia Familiar

# 75

ABRIL 2020

La intensidad emocional de las intervenciones psicoterapéuticas (1).  
Carlos Lamas Peris

## Monográfico:

Introducción al monográfico:

M. Dolores González, Juan García-Haro

Más allá de la autodestrucción. El drama relacional del suicidio.

Juan Luis Linares

La larga y dura lucha por permanecer vivas: acompañando a personas que no quieren seguir viviendo.

Carlos Alexis Chimpén López

Los sueños en el proceso de duelo familiar por suicidio de un hijo.

José Miguel Antón San Martín, Laura Antón Torre

Aplicaciones de la terapia familiar breve en la ayuda a personas con riesgo suicida.

Juan García-Haro, M. Dolores González Díaz, Marta González González y Rebeca Costa Trigo

Suicidio: un hecho con significado. Implicaciones relacionales.

Andrés Cabero Álvarez

El suicidio: la perspectiva de la Clave Emocional.

Esteban Laso Ortiz

Fiesta de despedida y celebración de la vida. Gran oportunidad que ofrece la decisión de suicidio racional.

Carlos E. Sluzki

## En portugués

Famílias sinalizadas à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Oeiras.

Percepções sobre o seu Funcionamento Familiar.

Tomás Lopes, Patrícia Cruz, Luísa Carrilho

## Y más...

Cómo enseñar terapias minoritarias en Psicología.

Joan Albert Riera Adrover, Carlos Alexis Chimpén López

Uso problemático de las TIC: Análisis de las experiencias de profesionales en terapia familiar.

M. Martínez-Zuccardi, C. Günther Bel

Técnicas circulares redefinidoras en terapia individual, de pareja y familia.

Alejandra González Monzón

Monográfico: Suicidio: Miradas sistémicas.

## En este número...

- 4 | **Editorial**
- 6 | **Desde la presidencia**
- 8 | **La intensidad emocional de las intervenciones psicoterapéuticas (1).**  
Carlos Lamas Peris
- 33 | **Monográfico: Suicidio: Miradas sistémicas.**
- 34 | **Introducción al monográfico:**  
M. Dolores González, Juan García-Haro
- 36 | **Más allá de la autodestrucción. El drama relacional del suicidio.**  
Juan Luis Linares
- 40 | **La larga y dura lucha por permanecer vivas: acompañando a personas que no quieren seguir viviendo.**  
Carlos Alexis Chimpén López
- 55 | **Los sueños en el proceso de duelo familiar por suicidio de un hijo.**  
José Miguel Antón San Martín, Laura Antón Torre
- 64 | **Aplicaciones de la terapia familiar breve en la ayuda a personas con riesgo suicida.**  
Juan García-Haro, M. Dolores González Díaz, Marta González González y Rebeca Costa Trigo
- 75 | **Suicidio: un hecho con significado. Implicaciones relacionales.**  
Andrés Cabero Álvarez
- 82 | **El suicidio: la perspectiva de la Clave Emocional.**  
Esteban Laso Ortiz
- 104 | **Fiesta de despedida y celebración de la vida. Gran oportunidad que ofrece la decisión de suicidio racional.**  
Carlos E. Sluzki
- En portugués.**
- 115 | **Famílias sinalizadas à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Oeiras. Perceções sobre o seu Funcionamento Familiar.**  
Tomás Lopes, Patrícia Cruz, Luísa Carrilho
- Y más...**
- 128 | **Cómo enseñar terapias minoritarias en Psicología.**  
Joan Albert Riera Adrover, Carlos Alexis Chimpén López
- 141 | **Uso problemático de las TIC: Análisis de las experiencias de profesionales en terapia familiar.**  
M. Martínez-Zuccardi, C. Günther Bel
- 153 | **Técnicas circulares redefinidoras en terapia individual, de pareja y familia.**  
Alejandra González Monzón

## **DIRECTOR**

Francisco Javier Ortega Allué

## **EDICIÓN**

Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (FEATF)

## **EQUIPO DE REDACCIÓN**

Carlos Merino  
Garazi Rivas  
Sergio Siurana  
Emmanuela Tomás  
María Filomena Gaspar (coor. Portugal)

## **REDACCIÓN**

C/ Córcega 699 1º 2ª – 08026 Barcelona  
e-mail: mosaico@featf.org

## **CONSEJO EDITORIAL**

Norberto Barbagelata (Madrid)	Annette Kreuz (Valencia)
Mark Beyeback (Pamplona)	Juan Luis Linares (Barcelona)
Javier Bou (Valencia)	Raúl Medina (México)
Philippe Caille (Niza)	Luigi Onnis (Roma). †
Luigi Cancrini (Roma)	Roberto Pereira (Bilbao)
Alberto Carreras (Zaragoza)	Manuel Peixoto (Portugal)
Marcelo R. Ceberio (Buenos Aires)	Ricardo Ramos (Barcelona)
Jorge Colapinto (USA)	Ana Paula Relvas (Coimbra)
Jose Manuel Costa (Lisboa)	Elida Romano (París)
Claudio Des Champs (Buenos Aires)	Daniel Sampaio (Lisboa)
Valentin Escudero (La Coruña)	Matteo Selvini (Milán)
Celia Falicov (USA)	Joakko Seikkula (Finlandia)
Regina Giraldo (Bogotá)	Carlos Sluzki (USA)
Edith Golbeter (Bruselas)	Jorge de Vega (Las Palmas)
Ana Gomes (Lisboa)	Arlene Vetere (Surrey)
Jaime Inclán (USA)	

## **DIRECTORES ANTERIORES**

Roberto Pereira Tercero  
Norberto Barbagelata Churrarín  
Alfonsa Rodríguez Rodríguez  
Javier Ortega Allué  
Olga Díez Puig

DEPOSITO LEGAL: B-16180-2005  
ISSN: 1887-0600. MOSAICO, abril 2020. Nº 75

«Mosaico no se identifica necesariamente con los juicios de valor expresados en los trabajos firmados»



# EL SUICIDIO: LA PERSPECTIVA DE LA CLAVE EMOCIONAL.

## Resumen.

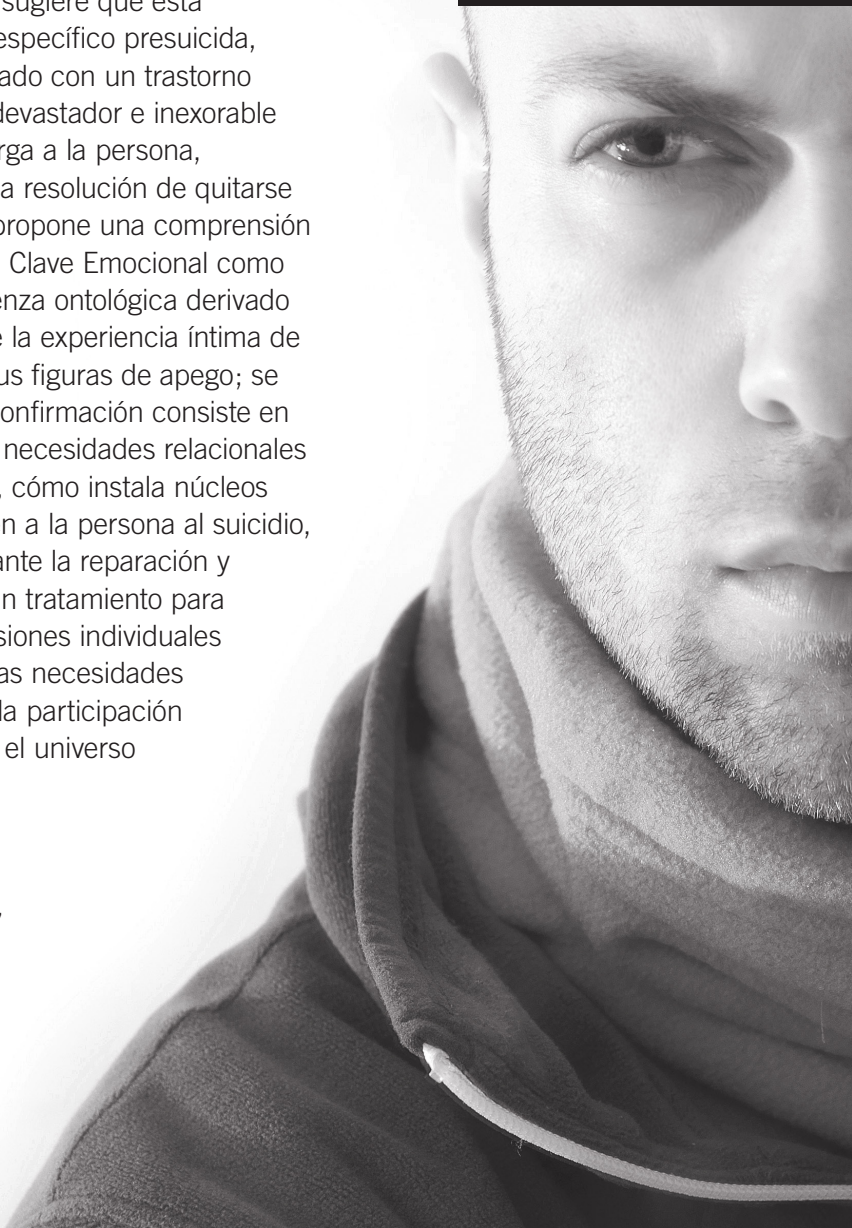
El suicidio es un problema de salud pública grave y de cada vez mayor incidencia, que desafía a los terapeutas tanto personal como profesionalmente. La investigación reciente sugiere que está precedido de un estado específico presuicida, no necesariamente asociado con un trastorno preexistente: un agudo, devastador e inexorable dolor psíquico que embarga a la persona, conduciéndola a la trágica resolución de quitarse la vida. En este texto se propone una comprensión de este dolor psíquico en Clave Emocional como un sentimiento de vergüenza ontológica derivado de la desconfirmación de la experiencia íntima de la persona a manos de sus figuras de apego; se expone cómo dicha desconfirmación consiste en una deshonra de las dos necesidades relacionales fundamentales humanas, cómo instala núcleos vulnerables que conducen a la persona al suicidio, cómo se transforma mediante la reparación y de qué manera diseñar un tratamiento para abordarlas alternando sesiones individuales y familiares para honrar las necesidades deshonradas y restaurar la participación integral de la persona en el universo al que pertenece.

## Palabras clave.

Suicidio, síndrome presuicida, clave emocional, vergüenza, terapia familiar.

## Esteban Laso Ortiz.

Universidad de Guadalajara,  
Centro Universitario de  
la Ciénega / Instituto Tzapopan,  
Jalisco, México.  
estebanlaso@gmail.com



**Abstract.**

Suicide is a serious and growing public health problem that challenges therapists both personally and professionally. Recent research suggests that it is preceded by a specific presumed state, not necessarily associated with a pre-existing disorder: a sharp, devastating, and inexorable psychic pain that engulfs the person leading to the tragic resolution to take his or her own life. This text proposes an understanding of this psychic pain in an Emotional Key as a feeling of ontological shame derived from the lack of confirmation of the person's intimate experience at the hands of his or her attachment figures; it explains how this lack of confirmation consists of dishonoring the two fundamental human relational needs, how it installs vulnerable nuclei that lead the person to suicide, how it is transformed through reparation and how to design a treatment to address them by alternating individual and family sessions to honor the dishonored needs and restore the person's integral participation in the universe to which he or she belongs.

**Key words.**

Suicide, presuicidal syndrome, emotional key, shame, family therapy.

## **Introducción: el suicidio y la necesidad de formación específica.**

Cada año, aproximadamente 800.000 personas mueren a causa del suicidio a nivel mundial (Ritchie, Roser y Ortiz-Ospina, 2020), prácticamente el doble de los fallecidos por homicidio y el triple de los que mueren por desnutrición, lo que equivale al 1.4% de todas las muertes. Asimismo, el suicidio es la segunda causa de muerte para jóvenes de entre 15 y 29 años, por debajo sólo de los accidentes automovilísticos (WHO, 2020a); si se toma en cuenta el género, es la tercera causa en varones jóvenes, después de los accidentes y la violencia interpersonal. A nivel regional, la tasa de Europa, de 15.4 suicidios por cada 100.000 habitantes, es la más alta (ya que incluye a tres países con altos índices suicidas, Lituania, Rusia y Bielorrusia); las Américas ocupan el tercer lugar con 9.8 suicidios por cada 100.000 personas (WHO, 2020b). Finalmente, los índices de suicidio se han incrementado de forma alarmante en un 60% en los últimos 45 años (Befrienders WorldWide, 2020), sobre todo entre los jóvenes, que se han convertido en el grupo de mayor riesgo suicida en uno de cada tres países.

La prevención y atención del suicidio son, pues, desafíos para los operadores de la salud mental, incluyendo a los terapeutas familiares; sin embargo, la investigación sugiere que éstos en particular no disponen en muchos casos de la información básica indispensable para ofrecer un servicio adecuado (Love, Frey y Durtschi, 2020); y, lo que es más importante, de un marco teórico específico que identifique las características del fenómeno del suicidio y ofrezca lineamientos para su abordaje dentro de la tradición sistémica o narrativa, haciéndose cargo del componente emocional que lo vertebraba. Ese es el objetivo del presente texto.

### **Los dos supuestos de la atención al suicidio: que es un epifenómeno y que se detecta mediante preguntas sobre ideación y planeación suicidas.**

Hasta la fecha, la intervención en el suicidio ha partido de dos supuestos:

- Que la mayoría de personas que intentan suicidarse lo hacen por efecto de algún otro trastorno como la depresión (o lo que es lo mismo, que el suicidio es un epifenómeno), y
- Que la mejor manera de identificar la potencialidad de intento es mediante preguntas directas al paciente acerca de la ideación suicida y la planeación (Henden, 2008, p. 32) .

Como efecto de estos supuestos, la evaluación del riesgo suicida se enfoca ante todo en los pacientes con trastornos graves y emplea preguntas directas y específicas (Love, Frey y Durtschi, 2020).

Sin embargo, la investigación ha empezado a arrojar dudas sobre estos supuestos. En primer término, un metanálisis de 71 estudios en todo el mundo indica que el 60% de quienes consumaron el suicidio negaron tener pensamientos o planes suicidas ante las preguntas de un psiquiatra o médico (McHugh *et al*, 2019); en segundo, las personas que intentan suicidarse se dividen en dos grupos: los que presentan algún desorden como ansiedad o depresión y lo hacen tras un largo período de planeación y los que, sin que exista trastorno asociado, escalan al intento suicida en cuestión de días u horas de forma repentina e impredecible (Yaseen *et al*, 2014).

En otras palabras, aunque las personas con otros trastornos (en especial la depresión) están más predispuestas a intentarlo, *el suicidio no parece una mera consecuencia de un trastorno, sino un estado en sí mismo*, desencadenado por eventos no reducibles al trastorno (Rogers, Hom y Joiner, 2019) *y que pueden acaecer a personas sin antecedentes de problemas psicológicos*, dejando a familiares y amigos con una incómoda mezcla de incredulidad, culpa, confusión y tristeza (Rogers *et al*, 2017). Además, este estado puede suscitarse *sin ideación suicida previa* y ensimismar a la persona de forma que no sea del todo consciente del contenido suicida de su pensamiento, que prefiera ignorarlo selectivamente (sin darse la oportunidad de corregirlo), que se rehúse a compartirlo o que, para cuando pueda y quiera hacerlo, ya sea tarde, dando al traste con el propósito de los operadores de salud de detectar e impedir su tentativa (Joiner *et al*, 2018).

Todo esto ha conducido a varios investigadores a proponer un “síndrome de *suicidalidad*” como entidad nosológica (Ehrenfeld, 2019), cuyo núcleo, según el fundador de la suicidología, sería un incontenible “dolor psíquico” (*psychache*; Shneidman, 1993); por lo que se han desarrollado escalas predictivas del riesgo suicida *que no evalúan la ideación ni la planeación, sino componentes emocionales del “dolor psíquico” como desesperanza e inexorabilidad* (Yaseen *et al*, 2010).

En resumen, independientemente de la validez, pertinencia y utilidad de añadir una categoría más a la ya abultada taxonomía de desórdenes mentales, desmentir aquellos supuestos conduce a cruciales modificaciones en la detección, atención y seguimiento de los pacientes potencialmente suicidas, lo que obliga a repensar nuestros marcos, colocando en el centro lo que los teóricos identifican como desencadenante del intento: *una experiencia emocional dolorosa, inexorable y desbocada* que “captura” (Kessler, 2016) la mente del paciente en una escalada fatal.

### La vergüenza: raíz emocional del acto suicida.

Así, la investigación sugiere que “la transición del pensamiento suicida a la conducta está precedida de un estado específico pre-suicida” (Rogers *et al*, 2017, p. 417) caracterizado por “un aumento de la ansiedad, el pánico, la agitación y el dolor psíquico... un estado agudo, intenso, de afectividad negativa” (*idem, ibidem*). Se han propuesto dos conceptualizaciones de dicho estado: la “Perturbación Afectiva Suicida Aguda” (PASA; Tucker *et al*, 2016) y el “Síndrome de Crisis Suicida” (SCS; Yaseen *et al*, 2010). La primera se compone de cuatro elementos: un incremento geométrico de la intencionalidad suicida en pocos días u horas; marcada alienación social (sensación de ser una carga para los otros) y auto-alienación (autodesprecio); la percepción de que la intencionalidad y la alienación son imposibles de resolver; y dos o más manifestaciones de excesiva activación (agitación, insomnio, pesadillas o irritabilidad; Rogers *et al*, 2017, p. 417). La segunda comprende una persistente, recurrente y profunda sensación de estar atrapado en una situación vital inescapable e inaguantable que conduce a perturbaciones afectivas (dolor emocional, ansiedad, anhedonia o cambios repentinos de estado anímico), pérdida de control cognitivo (rumiación negativa, “visión de túnel”, rigidez e incapacidad de frenar o cuestionar los pensamientos perturbadores o dolorosos), sobreactivación y aislamiento social (mediante la evasión o la comunicación ambigua; Rogers *et al*, p. 418).

Como puede verse, ambas propuestas se superponen en lo esencial y se diferencian en cómo integran o acentúan facetas del fenómeno: los que en la PASA son componentes separados, la alienación social/autodesprecio y la sensación de inexorabilidad, se unen en el SCS configurando su primer factor, la sensación de estar “atrapado sin salida” en la propia existencia; y los que en PASA son dos criterios al mismo nivel de los ya mencionados, la vertiginosa escalada de intencionalidad suicida y la activación exacerbada, son rebajados en SCS a efectos de (o “mecanismos de adaptación a”) el dolor emocional primario. En el fondo son concepciones complementarias, no opuestas, porque *la de Joiner (PASA) expone los desencadenantes “externos” o relacionales mientras que la de Galynker (SCS) describe el estado emocional “interno” resultante y sus consecuencias cognitivas y conductuales*. Por ende, *coinciden en que es el dolor*

*emocional el núcleo del estado suicida*, el motor que impulsa a la persona a quitarse la vida, de lo que se sigue que *la intervención debe orientarse a detectar y tramitar no sólo la ideación suicida o los intentos previos sino, ante todo, la experiencia afectiva inmediata del paciente*; tarea en la que los terapeutas sistémicos están, por desgracia, poco capacitados (Laso, 2019).

Ahora bien: ¿cuál es la naturaleza de este “dolor psíquico” o “afectivo”? ¿Cómo se vivencia y de qué está compuesto? Joiner (2005) y Galynker (Joiner *et al*, 2018) concuerdan en que es devastador, incontenible, con frecuencia súbito y fluctuante, y que invade toda la experiencia de la persona, por lo que le cuesta separarse de él para contemplarlo con perspectiva; el único modo de escapar de su influencia es quitarse la vida. En cuanto a su “tonalidad afectiva”, Galynker lo describe como “pánico... que combina una frenética desesperanza con un diluvio de rumiación y una somatización casi psicótica” (Yaseen *et al*, 2014), con lo que su afecto primario serían el miedo o la ansiedad; Joiner identifica que sus mediadores son las sensaciones de “pertenencia truncada” (*thwarted belongingness*) y “ser una carga para otros” (*perceived burdensomeness*; Chu *et al*, 2017), con lo que se abstiene de desentrañar su fenomenología *pero insinúa que involucra una valoración global de la persona de sí misma, posiblemente ante la mirada (que proyecta por parte) de los demás*.

Ahora bien, existe una emoción que combina intensidad extrema con pánico incontenible, sensación de insuficiencia y miedo a ser rechazado: es la *vergüenza* (*shame*), posiblemente la más dolorosa de las emociones humanas (Gilbert y Andrews, 1998); y aunque ni Galynker ni Joiner la especifiquen, está estrechamente relacionada con la ideación y la conducta suicidas (Hastings, Northman y Tangney, 2002). Por consiguiente, cabe suponer que el estado pre-suicida consiste esencialmente en una vivencia de vergüenza intensa y devastadora, una sensación de ser indigno, oprobioso, abyecto, que absorbe todo el campo experiencial de la persona impidiéndole sustraerse y canalizando sus pensamientos y conductas hacia el único escape posible, la muerte; pues si el origen del mal es el yo ¿qué queda sino destruirlo?

### **Vergüenza, bochorno y culpa.**

La vergüenza es una emoción relativamente poco discutida en la literatura, menos aún en la sistémica; lo cual es una aguda carencia dada su gran trascendencia clínica: está en la base de algunos tipos de conducta delictiva (Goldberg, 2002; Laso, 2012a) y trastornos de personalidad (Cancrini, 2007; Johnson, 2015), del enamoramiento y el amor (Laso, 2018), de la patología grave, en especial depresiva (Gilbert, 2005) y adictiva (Maté, 2008) y, como he apuntado, del suicidio. Es (junto con la culpa, el orgullo o el bochorno) una emoción “secundaria” (Greenberg, 2017) o “autoevaluativa” ya que tiene como objeto *una situación o ente externos sino al propio yo de la persona (en un contexto*



*determinado*), por lo que se instaura sobre las capacidades cognitivas específicamente humanas que sustentan la autoconsciencia (Laso, 2019, 2020). Para analizarla es preciso deslindarla de otras emociones próximas pero distintas, la culpa y el bochorno (*embarrassment*).

En cuanto al bochorno, si bien en español parece sinónimo de la vergüenza, se distingue en que aquel es pasajero (como el rubor al que también da nombre) y dependiente de la presencia de una “audiencia” mientras que ésta es permanente y *dirigida al yo en tanto que evaluador de sí mismo. Uno comete un faux pas* del que se abochorna momentáneamente *ante otros; pero uno es una vergüenza* –o “se avergüenza de uno mismo”. En efecto, la definición de “bochorno”, “desazón o sofocamiento producido por algo que ofende, molesta o avergüenza”, enfatiza su exterioridad y evanescencia ya que se limita a ese “algo” y se desvanece olvidado éste, mientras que la de “vergüenza” incluye la “estimación de la propia honra y dignidad” menoscabada por “la consciencia de alguna falta cometida o por alguna acción deshonrosa y humillante” (Real Academia Española, 2001, 22°).

Con respecto a la culpa, ésta atañe únicamente a una faceta del “yo” o, incluso, a una conducta separada del “yo” (cf. Hastings, Northman y Tangney, 2002, p. 68). Así, no es lo mismo sentirse *culpable* por haber cometido errores en un partido de fútbol que sentirse inadecuado, incorregible, una *vergüenza* para el equipo; en aquel caso se puede mejorar, en éste únicamente renunciar (Joiner, 2005, p. 98). Como la culpa se asocia con un comportamiento específico que se percibe como “malo” o “equivocado”, es remediable y, aunque perturbadora, no es paralizante ni incontenible; como la vergüenza analiza y denigra la totalidad de la persona, es paralizante, ubicua, devastadora e irremediable (al menos *prima facie*). Asimismo, las tendencias de acción divergen: 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. Por ende, sentirse culpable es verse falible, imperfecto, pero en esencia redimible y valioso; sentirse avergonzado es verse indigno, defectuoso, inaceptable, irreparable y *despreciable* (Laso, 2018).

### **La vergüenza en Clave Emocional: un núcleo de autodesprecio envuelto en una capa de miedo.**

Y es esta última palabra la que hace aflorar el corazón de la vergüenza: *el autodesprecio*. Para la Clave Emocional, modelo que busca articular los principios subyacentes a toda terapia exitosa (Laso, 2019; 2015b, 2015c, 2015d, 2015e), emociones “complejas” como la vergüenza “se erigen sobre una nota base o clave... que las aterriza otorgándoles 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, 2015a, p. 149). Según esta metáfora musical (que articula toda la Clave Emocional) la “nota fundamental” de la vergüenza es el *autodesprecio*, esto es, el desprecio volcado hacia el yo tal y como lo imagina el individuo *desde la perspectiva que proyecta de parte de su grupo de referencia* (la cual fue construyendo desde la infancia *a medida que se aculturaba, convirtiéndose en una persona en un mundo de otras personas*). El desprecio, a su vez, es una sofisticación del asco en el terreno interpersonal (Schnall *et al*, 2008): una emoción destinada a *purgar al organismo o al yo de una “noxa”, un agente físico o relacional tóxico que amenaza con contaminar el cuerpo o la psique*.

Lo que puede ser tóxico para el organismo no presenta mayor misterio; mas ¿qué es “tóxico” para el yo? La respuesta es: *algo o alguien que puede “contaminar” el orden moral (del grupo de referencia) de la persona, condenándola al ostracismo porque representa o personifica valores antagónicos a los que vertebran aquel, y que debe ser “neutralizado” y expulsado con celeridad*. En efecto, el desprecio *neutraliza al agente “patógeno”, degradándolo*: aquello que es abyecto e inferior no merece ser atendido o tomado en serio y puede desecharse sin remordimientos (de ahí que sea, por ejemplo, parada obligada en el duelo por un amor desairado; Laso 2018). De ahí también que *recibir desprecio sea de las experiencias más dolorosas, iatrogénicas e insoportables que existen*; es el mensaje desconfirmatorio por antonomasia porque no sólo invisibiliza, sino que deshumaniza. Hace ya siglos, Adam Smith, fundador de la economía y descubridor del fenómeno de la empatía, zanjó la duda “¿qué es peor, no ser visto o ser visto como menos-que-humano?” declarando: “*Comparados con el desprecio de la humanidad, todos los demás males son fáciles de soportar*” (Smith, 1941).

Así, emociones como el desprecio, la vergüenza, el orgullo, etc., son la salvaguarda internalizada del orden moral de una comunidad y se activan cuando éste se ve amenazado; y ya que la familia es la comunidad primera y primaria de casi todas las personas, *estas emociones defienden el status quo y el mito familiar deviniendo el principal impedimento al cambio terapéutico*, primando la pertenencia al grupo familiar y la adhesión a sus creencias por encima incluso de la salud. Son la piedra de toque de las “lealtades invisibles” (Boszormeny-Nagy y Sparks, 2013) y el objetivo implícito de las intervenciones deconstructivas y decolonizadoras de la terapia narrativa (White y Epston, 1990).

Pues, a diferencia del resto de mamíferos, el ser humano no sólo siente bochorno cuando es pillado con las manos en la masa por sus congéneres sino que se avergüenza cuando imagina que podría serlo porque lleva consigo una “audiencia internalizada” que lo acompaña incluso en soledad; o lo que es lo mismo, porque evalúa continuamente su propia conducta y vida mental desde el punto de vista del “espectador imparcial” (Mead, 1934; Smith, 1941) que fue tejiendo en su diálogo interno desde la primera infancia, incorporando las perspectivas de sus otros significativos como otras tantas “posturas retóricas” entre las que *narratiza* (sic) su autobiografía. Pese a que nadie lo vea, pese a



que ocurra sólo en su fuero interno, todo el comportamiento del adulto está canalizado por el intento de “presentarse dignamente” (Goffmann, 1997) ante el juicio de sus congéneres tal y como se han plasmado en ese “espectador imparcial”, amalgama de las “voces” de las personas con las que ha entablado vínculos profundos y *las cualidades emocionales de dichos vínculos*, en especial los de su primera infancia. Así, si uno de sus cuidadores primarios la trató con desprecio consuetudinario, la persona sostendrá ese autodesprecio al relacionarse diariamente con la respectiva posición retórica interiorizada, configurando una vivencia crónica de insuficiencia, indignidad o repugnancia que en la Clave Emocional se llama *sensación de sí* (Laso, 2019); y si, como en el clásico doble vínculo (Bateson *et al*, 1956), dicho desprecio fue además ocultado tras una fachada de abnegación, la sensación de sí de la persona le será invisible porque estará envuelta en culpa y autorreproche (“mi madre no me quería *pero no puedo culparla, ella también sufrió...*”), que le impedirán *hacerse cargo de sus necesidades deshonradas por aquel cuidador*. Es para detectar y transmutar este tipo de embrollos que el terapeuta experto debe distinguir no sólo las emociones predominantes en una interacción familiar, sino sus matices sutiles, destreza en la que bascula buena parte de la “inteligencia terapéutica” (Linares, 2012); y es sobre la sensación de sí que obra la reina de las técnicas emocionales, la reparación, mágica *cuando se da auténtica y fluidamente*.

Sobre esta “nota fundamental” de autodesprecio se erige la vergüenza, que no es más que *el terror a ser despreciado por los demás como uno se desprecia a sí mismo* (Cf. Gilbert y Andrews, 1998, p. 6 y ss), a ser desenmascarado como indigno y abyecto *del modo que uno se siente o se ha sentido siempre y en secreto*. Así se resuelve el enigma de que las tendencias de acción de la vergüenza, primero contraatacar inculcando al otro, luego ocultarse o huir y, si esto fracasa o es inviable, someterse para inhibir el desprecio y la ira del “Otro” indu-

ciendo lástima, *sean muy semejantes a las del miedo* (las clásicas tres F: "fight" o pelear, "flight" o huir y "freeze" o paralizarse): porque *la vergüenza es una capa de miedo que recubre un núcleo de autodesprecio*.

Por ende, cuando fallan las tres estrategias, el suicida apela a la última y definitiva: evitar esta "muerte social", este desgarró de su "audiencia interna" re-frendado por el escarnio de la externa, matándose, porque *es preferible morir físicamente a morir qua persona*. Es cuando la persona anticipa que su desmascaramiento es incipiente e irredimible que pasa al "estado presuicida", disponiéndose a acabar consigo para evitar la última afrenta a su yo; atrapada por el terror al desprecio y el ostracismo, se quita de en medio para no serlo por la fuerza y ante el oprobio. Y de ahí que el estado presuicida sea tan complejo de abordar en terapia: el mismo mecanismo que lo suscita, la vergüenza, veda a la persona lo único que podría sanarla, abrir su corazón pidiendo afecto o reconocimiento: *si, como teme, su corazón es "tóxico", si se llega a evidenciar su mala sana esencia, perderá la última e ínfima esperanza a que se aferra*.

### Las semillas de la inadecuación: doble vínculo y desconfirmación.

Sin embargo, y como notara Freud a propósito del melancólico (Freud, 1917), desde un punto de vista "objetivo" (es decir, externo), la abyección que el suicida se atribuye es por lo general imaginaria o al menos groseramente exagerada; contrario a lo que fantasea, lejos de ser un alivio para sus allegados, su muerte dejaría una herida difícil de restañar. Pero esta discrepancia con la realidad no parece hacer mella en su sentimiento de vergüenza, que resiste a la "evidencia contraria" (como notasen hace décadas los terapeutas cognitivos; Beck, 1975). ¿De dónde sale esta fatal convicción y por qué es tan difícil de modificar?

Es aquí donde el terapeuta sistémico (y, quizá en menor medida, el psicodinámico) corren con ventaja porque comprenden que, *en último análisis, ambas preguntas tienen la misma respuesta: las relaciones vinculares primarias y secundarias*. Una de las implicaciones menos comprendidas de la teoría sistémica es que *aunque las creencias se refieran a la realidad (tal y como se refleja en la evidencia) están "ancladas" en la red social de la persona*, en el "orden moral" compartido por sus vínculos primarios (cuidadores y familia de origen) y secundarios (relaciones amorosas, filiales y afectivas adultas); o lo que es lo mismo, que el obstáculo último y soterrado para el cambio de creencias es su papel en la identidad de la persona (Dallos, 1996), *a su vez sujeta a las relaciones vinculares que valora y defiende en su "audiencia interiorizada"*. Por consiguiente, en vez de debatir las creencias en el afán de modificar las relaciones, el terapeuta familiar procede a modificar las relaciones soltando así las amarras de las creencias para que puedan abrirse a la desmentida y la reconstrucción; no otra cosa pretenden las preguntas circulares (Boscolo *et al*, 1987) y estúpidas (Medina, 2011).

La terapia familiar ha demostrado fehacientemente que las semillas de la inadecuación, parafraseando a Emily Dickinson, “medran en la oscuridad”; es decir, *que son patógenas por insidiosas*, porque fueron plantadas con mensajes doblevinculares. Que mi madre me diga que soy un inútil es descalificador y doloroso, pero no tóxico *porque es un mensaje que puedo individualizar para diferenciarme de él*; puedo concluir, eventualmente, que es su opinión y que no atañe a mi esencia. Que declare su amor *mientras me trata con soterrado desprecio*, en cambio, no sólo me sume en la confusión y me impide “definir la relación” (como notara el equipo de Palo Alto; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967), sino que me instala un “coro griego” que desestima mis éxitos, se mofa de mis fracasos, critica mis esfuerzos y carcome mis esperanzas; convierte a mi voz interna en mi propio peor enemigo, del cual sólo puedo escapar muriendo. Una voz que no puedo cuestionar: primero, porque *no logro distinguirla de la mía*, y segundo, porque para lograrlo he de identificar su origen reconociendo, *a fortiori*, que mi madre me lastimó y *arrostrando la culpa concomitante* –en la que la voz del desprecio puede enconarse. Y lo mismo se aplica al padre o cualquier figura de apego, en la infancia o la adultez<sup>2</sup>.

En los casos graves, el persistente y virulento irrealismo de estas “voces del suicidio” (Firestone, Firestone y Catlett, 2013) linda con lo psicótico, lo que traiciona su etiología: la *desconfirmación*. Sólo que, a diferencia de la psicosis, no se ha desconfirmado a la persona (como en la triangulación desconfirmatoria, Linares, 2012), sino sólo un aspecto, si bien nuclear, de su experiencia, el cual sufrió el desprecio de sus cuidadores y fue por ende desterrado metafóricamente –retornando en la forma de un síntoma (Laso, 2018). En otras palabras, no se desconfirma la esencia de alguien, sino su capacidad de legitimar su vivencia o, en los términos de la Clave Emocional, de honrar sus necesidades en el contexto de la relación. El irrealismo del paciente es un eco del de sus cuidadores cuando negaron sistemáticamente una parte de su identidad conminándolo a invisibilizarla para ser aceptado; o, en términos de la Clave Emocional, cuando *al despreciar subrepticamente dicha parte deshonraron su necesidad subyacente en el crisol del vínculo*. Puesto a escoger entre su identidad y la “realidad”, entre la verdad emocional de su experiencia y la “objetiva” del mundo, cualquier persona elegirá aquellas –aunque eso le pase factura en la forma de síntomas.

Como he mencionado, este mecanismo es tan sutil que pasa desapercibido a terapeutas no formados en la tradición sistémica, por lo que concluyen que muchos suicidios tienen causas “biológicas” o *sui generis*; de hecho, puede también pasar desapercibido al paciente y sus allegados porque estos núcleos desconfirmados permanecen latentes y explotan cuando los detona algún evento que amenaza con confirmar la identidad abyecta temida (lo que podría explicar los casos en que el estado presuicida se intensifica en cuestión de días u ho-

<sup>2</sup> El brillante texto de Kelly (1962) “Pecado y Psicoterapia” presenta un claro ejemplo de la inadecuación existencial derivada del desprecio sufrido por el paciente y simbolizado en un recuerdo que él mismo llama “mi caída del Jardín del Edén”.



ras sin aparentes antecedentes). El mejor ejemplo es la “autopsia psicológica”, donde el fundador de la suicidología entrevista a los padres, hermanos, parejas y allegados de una víctima, para terminar confesando su incomprensión y diagnosticándolo de narcisismo masoquista, sin percatarse de que la madre le ha descrito cómo lo desconfirmó desde recién nacido:

Arthur era un niño muy dulce, pero a los dos años tenía terribles berrinches... *yo siempre le decía “mi niñita” porque de pequeño era muy silencioso, muy curioso pero callado, y mi otro hijo es muy activo... Casi no habló sino hasta los tres años... pero siempre competía con su hermano que era muy articulado desde los doce meses y era casi el que mandaba en casa...* Más tarde descubrimos que tenía un desorden del aprendizaje. Una vecina terapeuta del lenguaje me lo había dicho varias veces, *pero yo no le hice caso...* Arthur era pequeño y flaco y su hermano fuerte y grande... (Shneidman, 2004, p. 24 y ss.)

Cualquier terapeuta familiar reconocería aquí el “síndrome de Pigmalión”, la profecía autocumplidora de la madre de tener un hijo débil y apocado; maldición que, transmitida mediante los agravios comparativos con el hermano y las descalificaciones doblvinculares (de lo cual el venenoso pero pseudocariñoso “mi niñita” es paradigmático) y coadyuvada por la ausencia, negligencia y frialdad del padre, llevaría a Arthur a una insaciable autoexigencia en el intento fallido de sobrepasar su secreta vergüenza y a la “solución final” del suicidio; el autor, sin embargo, sólo alcanza a constatar que la madre “describe a un joven casi neurológicamente sensible... con una intensa rivalidad” (Shneidman, idem). Curiosamente, es el terapeuta de Arthur quien más se acerca a la clave del enigma:

[Arthur] siempre hablaba de la incomodidad que sentía con su madre... Y nunca pudo articular qué era lo que le impedía conectar con ella... Y lo más enigmático es que... *no es que ella le haya hecho nunca algo malo, a diferencia de su padre que según Arthur no le había dado lo suficiente...* Siempre sentí que la madre era básicamente una buena persona, pero tenía algo difícil de explicar... *como si fuera muy necesitada, alguien tan atrapado en sus propias necesidades que te podría succionar hasta dejarte seco...* No sé explicarlo mejor (Shneidman, 2004, p. 127).

A juzgar por las entrevistas con el terapeuta, el padre y el hermano, Arthur consiguió identificar los motivos del resentimiento que les guardaba y redefinir los respectivos vínculos de manera más saludable, lo cual le dio unos cuantos años

de aparente felicidad; pero sus graves dificultades con sus parejas habrían sugerido al observador atento que debajo de dicha felicidad subsistía una bomba de tiempo, un núcleo desconfirmado de afecto y respeto *en el contexto de las relaciones con las mujeres* que, desgraciadamente, no logró individualizar, verbalizar y tramitar antes de que su vergüenza se impusiera *porque, al nacer del doble vínculo, era invisible*. En efecto, ¿cómo enfadarse con una madre tan abnegada ante un hijo tan “patológicamente sensitivo”?<sup>3</sup>

### Honrar las necesidades: la piedra de toque del cambio.

Si la desconfirmación psicótica pone en duda la existencia misma de la persona, la despreciativa pone en duda su derecho a vivir siendo quien es, con los deseos, necesidades y vivencias de los que se avergüenza porque fueron despreciados por sus figuras de apego, sin poderlo reconocer y sanar, porque dicho desprecio se disfrazó doblevincularmente de afecto o interés. La convicción del suicida, concomitantemente, es que no sólo no vale, sino que es una carga para sus allegados y que éstos no lo quieren sino que, en el mejor de los casos, le tienen lástima. Cuando esta convicción se junta con la pérdida del miedo a la muerte por la habituación al riesgo o la violencia autoinflingida (Joiner, 2005), el suicidio no es evitable, sólo aplazable. Aunque este componente, que Joiner llama “letalidad adquirida” (Joiner, 2005, p. 22), es el más propicio para la prevención comunitaria (por ejemplo, dificultando el acceso a las armas, la exposición a la violencia, etc.), no lo es en la atención al paciente suicida porque no se puede revertir; por ende, el terapeuta ha de incidir en los otros dos, la “pertenencia truncada” y “sensación de ser una carga”, a las que Joiner reconoce como necesidades básicas agudamente frustradas –lo que significa, a su vez, *sanar la vergüenza ontológica*, transformar la sensación de sí.

Es aquí que la Clave Emocional se aparta de casi todos los modelos de la terapia al sostener que *la patología no nace de la frustración de las necesidades, sino de su deslegitimación* (Laso, en prensa). El mensaje que el paciente mantiene vivo en su diálogo interno no es sólo “no tendrás afecto o respeto” sino “*no mereces afecto o respeto (a menos que seas de tal o cual modo imposible de alcanzar)*” (y sus variantes “no deberías sentir esa emoción/necesidad”, “no tienes derecho a sentir/pedir eso”, “eso que sientes no existe”, etc.); mensaje que, además, permea todo su ser porque fue transmitido de manera doble vincular, envuelto en aparentes afecto y consideración. O, en otras palabras, no sólo ha *descalificado* una faceta de sus vivencias, sino que la ha *desconfirmado*, igno-

<sup>3</sup> Huelga decir los papeles son intercambiables mientras sostengan la estructura: el padre podría ser el agente misificador y la madre la figura ausente, o alternarse, etc.; que no se trata de culpar a la madre, víctima ella también de su propia historia, marcada por una sociedad patriarcal (Macías-Esparza y Laso, 2017) y sujeta al doble vínculo al igual que el resto, sino de reconocer su participación involuntaria en el conjunto de interacciones que alumbran este problema; y que la liberación de uno de los miembros de esta “doble atadura” posibilita la de todos los demás.

rándola o desalojándola con tanta más violencia cuanto más palpable es. De ahí que *sea incapaz de integrar el afecto o el respeto de sus allegados por más que insistan*: como no puede creer que los merece, los neutraliza y no llegan a nutrirlo. La vergüenza opera como un filtro, impidiéndole tanto revelar los aspectos desconfirmados de su identidad de forma que puedan ser redimidos, cuanto fiarse del afecto o respeto de los demás, encerrándolo en una prisión autorreferencial inextricable (Ugazio, 2001); es esta prisión lo que un terapeuta puede confundir con “narcisismo”.

Por ende, la terapia no se orienta a compensar una carencia, sino a *transparentar una mistificación*; no únicamente recalificar, sino *reconfirmar la faceta deslegitimada de la experiencia*, devolviéndola a la realidad. Sólo entonces, habiéndose quitado el velo impuesto por su familia (Laso, 2006), puede el paciente incorporar el afecto o el respeto que ahora siente merecer. Hacer evidente el sutil mensaje de desprecio y sus consecuencias legitima la experiencia del paciente, borrando su íntima sensación de inadecuación; la parte que hasta ahora ha intentado exorcizar por tóxica se le revela como fundamental y aceptable *en la medida en que las figuras que lo despreciaron doblevincularmente admitan haberlo hecho y prometan con honestidad reparar el daño*. La reparación es la manera más directa y potente de cambiar la sensación de sí: la posición retórica internalizada del padre (por poner el caso) no puede sino ablandarse cuando escucha al padre en persona reconociendo sus errores y prometiendo enmendarlos en lo sucesivo, así como no puede sino ser reemplazada por una más afectuosa si el padre, en efecto, los enmienda. A este respecto, una técnica especialmente útil es la “mochila” de Canevaro (2012).

Este proceso de legitimar la mutua experiencia se denomina en la Clave Emocional “honrar la necesidad en el contexto de la relación” *y es la base de todo cambio terapéutico*. El terapeuta propicia el cambio de la sensación de sí del paciente *honrando la necesidad que le subyace momento a momento*; esto es, siguiendo el principio de que toda emoción responde a una necesidad todavía no honrada en la relación y de que cuando ésta es legitimada la emoción se transforma permitiendo entonces la mutua satisfacción. Incluso la vergüenza, por atroz y desgarradora que sea, responde a una necesidad: *mantener un vínculo con las figuras de referencia para la identidad de la persona*; y es sólo reconociendo la legitimidad de esta necesidad que la vergüenza cede el paso a la redefinición saludable de la relación. En otras palabras, *el terapeuta en Clave Emocional no trabaja conectando a los miembros de la familia entre sí, sino conectando a cada uno consigo mismo, con las facetas deshonradas de su experiencia, en el contexto de la relación con los otros<sup>4</sup>*, para que puedan por fin conectarse auténtica e íntegramente entre todos. O, en los términos de la teoría, “sólo participando de mí mismo puedo participar de y con otros”.

<sup>4</sup> Técnicamente, esto la acerca más al trabajo pionero de Virginia Satir (1983) que a las “terapias enfocadas en la emoción” (Johnson, 2004).

## Vivir es participar: agencia y comunión.

Y esto nos conduce al siguiente y último punto. La duda del suicida, si su vida vale o no la pena, si tiene o no sentido, es existencial: por ende, sólo puede satisfacerse con una respuesta igualmente existencial. *El terapeuta no puede evadir su responsabilidad de encontrarse con el paciente en este terreno*; las técnicas o protocolos deben ser mapas que desbrocen el camino y no subterfugios para evitar explorarlo; las teorías deben abordar la pregunta por el sentido en vez de ignorarla o dejarla pendiente; deben señalar con claridad cómo y por qué vale la pena vivir, de un modo que insufla esperanza en el paciente y compasión al terapeuta (Kelly, 1962). Así, es preciso aceptar que *el trabajo con el paciente suicida tiene un inescapable componente espiritual* (o trascendente, si se prefiere un término sin connotaciones metafísicas o denominacionales); hecho evidente al reparar en que *estamos, literalmente, ante una decisión de vida o muerte*. Y esta decisión no nos puede ser ajena, ni como terapeutas ni como seres humanos; al contrario, la tomamos día tras día, hora tras hora, en la medida en que hacemos cosas que nos vivifican o nos esclerotizan.

Desde la Clave Emocional, *la misma naturaleza humana, su esencia de persona, apunta a la trascendencia; o lo que es lo mismo, para mantenerse como una persona, para avivar su vitalidad, el ser humano debe participar activamente de algo que vaya más allá de su yo y su limitada esfera de intereses* (máxime en las culturas afectadas por el neoliberalismo). La Clave Emocional sostiene que *estar vivo es participar y dejar de participar es (empezar a) morir*, principio del cual la dinámica suicida es una evidencia tan atroz como perentoria. Y si cualquier ser vivo, por el mero hecho de serlo, ha de participar del universo mediante el constante intercambio de insumos, energía y deshechos, el ser humano, por el mero hecho de ser persona, ha de participar además de una comunidad, de una cultura, de una tradición que enmarca las relaciones y diálogos que entabla, de unas normas morales con las que los demás y él mismo juzgarán su proceder, de los flujos de afecto y respeto que sustentan la historia de la especie.

En el fondo, esta respuesta no es otra cosa que la teoría de sistemas llevada a su lógica conclusión: si el universo está compuesto de sistemas imbricados, superpuestos e interdependientes configurando el orden que Bateson llamara “lo Sagrado” (Bateson y Bateson, 1989), *vivir es participar armoniosamente de dichos sistemas; y cuanto menos se participe más cerca se está de la muerte* (Skolimowski, 2016). Las que Joiner reconoce como “necesidades”, el ser competente (y no una carga) y el ser aceptado (y no desterrado), son mucho más que eso y atañen a la médula misma de lo que es la condición humana: son las dos dimensiones sobre las que se despliega la participación humana en la existencia, denominadas en Clave Emocional “agencia” y “comunión” respectivamente (Laso, 2017, 2018, en prensa).

La agencia atañe al “esfuerzo por dominar el entorno, por reafirmar al sí-mismo, por experimentar la sensación de competencia, logro y poder” y la comu-

nión al “deseo... de relacionarse íntimamente con los otros, cooperar, unirse con ellos” (Laso, 2017, p. 216); son dimensiones transitivas que determinan el modo en que se definirá una relación, sea con un ente inanimado, con otras personas o consigo mismo. Por ejemplo, un ebanista puede abordar un trozo de madera agénticamente, como algo sobre lo que debe imponer su voluntad, o comunalmente, como algo con lo que debe compenetrarse para moldearlo sin violentarlo (Sennett, 2009); un combatiente puede ver a su oponente como el enemigo a destruir o como un otro momentáneamente desorientado cuya amenaza hay que neutralizar (Stevens, 1984), etc. Sobre estos ejes se construye toda interacción y se transmite la información analógica de forma tan automática como recíproca: el respeto se traduce en dominancia-sumisión y el afecto en cercanía-distancia (Laso, 2015a).

Ciertamente, en el plano vincular estas dimensiones se manifiestan como necesidades: todo ser humano necesita sentirse querido y respetado y, en la medida en que no lo es, experimenta alguna emoción que da cuenta de la necesidad insatisfecha (Laso, 2015 d, 2015e). Además, cada necesidad se instancia en función del contexto en que se ocasione, si con el otro o con el yo: la agencia en relación con el otro es la necesidad de autonomía y con el yo es la de autoeficacia, mientras que la comunión hacia el otro es el afecto y hacia el yo es la auto-compasión, la capacidad de arropar amorosamente todas las facetas de mi vivencia no sólo como propias sino como el canal que me conecta con todo (Laso, 2020). De ahí que la Clave Emocional ponga el acento en honrar la necesidad *en el contexto de la relación*: de nada sirve reclamar a mi padre que nunca me valoró *si yo mismo no me percibo como digno de valor*, aunque sea en ciernes, y viceversa; y aunque ambos estén relacionados, se deben abordar por separado.

En la Clave Emocional la emoción no es el objetivo del cambio, sino la vía regia para alcanzarlo, pues es a través de ella que la persona puede distinguir, articular y honrar sus necesidades subyacentes en las relaciones respectivas, proceso en el que el terapeuta la asiste usando cualquier técnica a su alcance sin importar su enfoque. La “prueba de fuego” es que logre expresar su necesidad, con claridad y firmeza, al “otro” involucrado sin caer en la condescendencia, la mistificación, la sumisión o la ira; la aparición de éstas no es vista como un obstáculo o resistencia sino como señal de que una de las dos necesidades todavía no ha sido honrada cabalmente y de que terapeuta y paciente han de internarse en ella cabalgando la emoción concomitante. Para retomar el ejemplo de Arthur (Shneidman, 2004), cada vez que la madre le decía “mi niña” con sorna apenas disfrazada de afecto o lo comparaba implícitamente con su hermano mayor, cada vez que el padre, reconociendo la soledad o sensación de debilidad del niño, se rehusaba a intervenir, no sólo frustraban sus necesidades de respeto y afecto sino que truncaban su espontánea participación en el universo, desterrando su yo tal y como en ese momento se manifestaba y condenándolo a hacer lo propio consigo mismo. Pues la necesidad es lo que está vivo en mí en ese instante, y la emoción, la señal de qué y con quién he de honrar aquella: cuando mis alle-



gados muestran desprecio ante alguna de mis emociones, mi necesidad queda momificada en una mortaja de vergüenza. Si honrar las necesidades vivifica, deshonrarlas mortifica; no es de extrañar que quien se automortifica día tras día termine por quitarse la vida.

## Guías para la práctica.

Antes de proponer algunos lineamientos, una recapitulación:

1. El intento suicida está desencadenado por un estado presuicida de malestar emocional intenso, desgarrador, inexorable y sobrecogedor (que puede o no asociarse con un trastorno preexistente);
2. Cuya base es la vergüenza, consistente a su vez en una capa de miedo a que se confirme la autoimagen sesgada que justifica un núcleo de auto-desprecio;
3. Dicha imagen o *sensación de sí* fue instalada por mensajes despreciativos y doblvinculares de una o más figuras de apego (casi siempre primaria) y es corroborada a diario por el diálogo interno con el “coro griego” que representa la voz internalizada de dicha figura;
4. El desprecio de los allegados y el autodesprecio de sus posiciones retóricas internalizadas, junto con la estructura mistificadora (doblevincular) de los mensajes originales, no sólo frustraron, sino que deshonraron las necesidades de afecto y respeto de la persona (haciéndola creer no únicamente que no puede recibirlos, sino que no los merece, no existen o no debería necesitarlos); esto es, *desconfirmaron su experiencia emocional*—así como la persona se desconfirma día a día en su fuero interno;
5. La persona no puede escapar de este circuito inextricable porque es incapaz de *honrar su necesidad*, oculta como está tras el velo de la mistificación por la cual se atribuye a sí misma las carencias o abyecciones que reflejaron sus cuidadores;
6. Al no poder honrar su necesidad tampoco puede satisfacerla: por mucho que se esfuercen sus seres queridos, la persona no da crédito a sus protestas de amor y respeto;
7. Por lo que el terapeuta debe en definitiva *desmistificar*, explorando la historia vincular para reconfirmar sus facetas negadas, facilitando que la persona pueda plantear abierta y asertivamente sus necesidades a sus allegados y legitimarlas en sí misma, *honrándolas en el contexto de cada relación*,

8. Disolviendo, por fin, la sensación de sí de vergüenza en el seno del afecto y el respeto y abriéndose a participar plenamente del universo al que pertenece.

La intervención ha de seguir este mismo orden paso a paso, empezando por *reducir el dolor psíquico quitándole su ubicuidad y fomentando que la persona se distancie de él*. Se trata de un paso necesario porque en él estriba la posibilidad de que el paciente abrigue cierta esperanza que lo disuada de una nueva tentativa mientras prosigue la terapia; pero no suficiente, porque la tentación suicida sólo desaparecerá cuando la vergüenza ontológica sea reemplazada por el afecto y el respeto. Una de las técnicas más simples es la propuesta por Joiner (2005): rastrear minuto a minuto la intensidad del dolor psíquico en una escala de 1 a 10 en un plano cartesiano donde las abscisas corresponden al tiempo y las ordenadas a la intensidad. Con hacerlo por cinco minutos, la persona se da cuenta de que el dolor no es inexorable ni constante, sino que viene y va en oleadas *por sí solo*, lo que le permite imaginar un futuro libre de sufrimiento, le brinda un atisbo de esperanza y, lo que es más importante, comienza a *separar* la vergüenza del *self*, abriendo la puerta a su eventual cuestionamiento y transformación. En este paso y a lo largo de todo el proceso, el terapeuta debe mantenerse alerta a cualquier señal de retroceso, distanciamiento o evasión del paciente, recordando que *la misma naturaleza de su dolor psíquico, la vergüenza, le priva de transparentarlo en su totalidad*; debe, asimismo, estar preparado para sucesivas “revelaciones” de las capas de la vergüenza a medida que supera las defensas del paciente y se gana su confianza.

Esto es el principio de un proceso tanto más prolongado y tortuoso cuanto más acendrada y soterrada sea la vergüenza. De aquí en adelante, el terapeuta debe ante todo *no caer en la trampa de la mistificación*: debe aferrarse con tenacidad a la convicción de que el autodesprecio, corazón de la vergüenza del paciente, se ha originado en sus relaciones vinculares primarias y secundarias y no en el supuesto defecto genético, congénito o de carácter que éste se atribuye. Sin importar por dónde empiece (los eventos desencadenantes del último intento, por ejemplo, o la ideación presente, o sus relaciones afectivas, etc.), el

terapeuta ha de hacer aflorar la vergüenza para, acogéndola no sólo empática sino *comunalmente*, articular sus contenidos, los motivos por los que el paciente se autodesprecia, con el fin no tanto de evaluarlos racionalmente, sino de identificar las relaciones en las que fueron instalados y las necesidades que se deshonraron para ello. ❖

En principio, cualquier técnica que ayude a identificar el “coro griego” interno y diferenciarlo de la doblegada voz del paciente puede ser de utilidad; por ejemplo, la silla vacía guesáltica (Green-

A continuación, se propone un itinerario que el terapeuta debe adaptar a las características de cada paciente; las técnicas son intercambiables siempre y cuando satisfagan los objetivos, en especial el de honrar la necesidad en el contexto de la relación.

berg, 2017), la externalización del problema narrativa (White y Epston, 1990), la pintura o escultura (Dalley, 1984), los rituales (Laso 2015b, 2015c), etc. El terapeuta, tomando como ejemplo alguna de las autoinculpaciones que el paciente comparte en la sesión, le hará notar cómo se enzarza en el debate con las voces del desprecio preguntando qué le hace sentir el decirse ese tipo de cosas, si fuerte o débil, digno o indigno, etc. Al contemplar la emoción resultante sin luchar ni entregarse a ella (Laso, 2011), el paciente puede retroceder a los episodios en los que experimentó algo parecido (Grimes y Uliana, 1998), para entender quién la originó y a través de qué mensajes concretos, lo que servirá de cuña para separar progresivamente la auténtica voz del paciente, heraldo de sus necesidades, de las voces impuestas por su comunidad, bajo la premisa de que “cualquier voz que te haga sentir débil o indigno *no es tuya: es de alguien más y tú la hiciste propia sin darte cuenta*”.

Acto seguido, aprovechando los hallazgos de la terapia metacognitiva (Fisher y Wells, 2009), el terapeuta invita al paciente a convertirse en *testigo* de su diálogo interno (Semerari, 2002; Guidano y Liotti, 2006): “De ahora a la siguiente sesión quiero que te fijas en las cosas que te dices a ti mismo y cómo te afectan; por ejemplo, cuando te dices que seguramente eres tú, no tu padre, el que se equivoca, ¿cómo te hace sentir? ¿Qué le respondes? ¿Hasta qué punto logras convencerla?”, etc. La distancia así conseguida entre la incipiente voz del paciente y su “coro griego” puede ampliarse extendiendo la autoobservación a las interacciones para elucidar cómo las respuestas de sus allegados interactúan con las voces del desprecio y viceversa: “Entonces tu mamá te vio con ese gesto y te sentiste mal... débil, pequeño, como un niño, y te empezaste a decir que tal vez debías disculparte... Desde ese sentimiento ¿qué le respondiste a tu madre?” Con esta consigna, y previa preparación con el paciente, puede irse convocando a los familiares para suscitar dichas interacciones *in situ* con el fin de moldearlas (Minuchin y Fishman, 2004) o reflexionar sobre ellas (Andersen, 1998), y concluir con tareas destinadas a destriangular, cambiar la estructura o aumentar la diferenciación; por ejemplo, la clásica de Bowen de “hablar a tus familiares desde la posición yo” (Cohn Bregman y White, 2011) puede ahora especificarse añadiendo “... planteando con claridad tus necesidades con firmeza pero sin violencia y prestando atención a cómo reaccionan y cómo te sientes y actúas ante esa reacción”.

Esta observación hará emerger el trasfondo del autodesprecio, los mensajes doblevinculares, como recuerdos de episodios señeros o como interacciones *in vivo*; el terapeuta procederá a desmistificarlos, evidenciando su desprecio tácito detrás del disfraz de afecto o respeto y la desconfirmación implícita en negarlos, desdeñarlos o ignorarlos. Las sesiones familiares son magníficas oportunidades para desmistificar; pero se pueden aprovechar las tareas para que, desde su posición de testigo, el paciente traiga escenas que le ayuden a desenmascarar el autoengaño en que lo mantienen atrapado las posiciones retóricas internalizadas. Por ejemplo, una mujer cuenta que su madre, en cuya casa reside tem-

poralmente para cuidarla de una enfermedad, no intervino cuando su hermano, en una pelea, amenazó con golpearla; pero luego la llamó a la cocina para decirle que su hermano tenía hambre y que si podía cocinar algo: “y como me negué, mi mamá tomó un cuchillo y empezó a picar un tomate ahí frente a mí, molesta... le dije que tuviera cuidado porque se podía cortar y respondió que no me meta. Con su enfermedad, cualquier herida puede ser grave... ¿es que no se da cuenta?” A la pregunta del terapeuta de cómo la hizo sentir esa actitud de la madre y qué mensaje recibió ella, la paciente replica tras una pausa: “es como si me estuviera diciendo «¿ves lo egoísta que eres? Si me corto será tu culpa»... ¡es terrible!” “Doblemente”, apostilla el terapeuta, “porque te lo dice sin decirlo, con lo cual lo puede negar y tú quedas de loca por pensarlo”; apunte indispensable para, quitando el velo de la mistificación, liberar a la paciente.

Cada episodio o interacción analizada va erosionando la vergüenza: al distinguir aquello de lo que tiene que hacerse responsable de aquello que ha internalizado sin saberlo, la persona va reduciendo su autodesprecio, lo que disuelve el temor al desenmascaramiento y alivia el dolor psíquico. La terapia familiar potencia este cambio porque, invitando a familiares y allegados a las sesiones, facilita la reconfirmación y reparación *in vivo*. En estas sesiones el terapeuta alterna entre animar al paciente a plantear con claridad sus necesidades (que no reclamar, pelear o victimizarse) y ayudar a los familiares a dar sentido a sus reacciones emocionales con el fin de articularlas para responderle *de forma que todos puedan honrar sus respectivas necesidades*, procedimiento que se asemeja a lo que hacía Satir (1983) de manera intuitiva: traducir los reproches a las emociones que los producen y éstas a las necesidades que les subyacen. Para esto, el terapeuta debe saber *arropar la agencia en la comunión*, que es la continuación lógica del célebre *dictum* de Juan Luis Linares “somos primariamente amorosos y secundariamente maltratantes” (Linares, 2012). Así, restaura la participación del paciente consigo mismo, luego con su familia y a través de esto con la vida en su conjunto, lo cual no sólo reduce la probabilidad de futuros intentos, sino que contribuye a sanar todo el sistema. Eso es trabajar en Clave Emocional.

## Bibliografía

- Andersen, T.** (1998). *El equipo reflexivo: diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Bateson, G.** y **Bateson, M. C.** (1989 [1987]). *El temor de los ángeles*. Barcelona: Gedisa.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley J.** y **Weakland, J.** (1956). Toward a Theory of Schizophrenia. *Behavioral Science*, 1(4).
- Beck, A.** (1975). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, USA: International Universities Press.
- Befrienders WorldWide** (2020). *Suicide Statistics*. Recuperado de: <https://www.befrienders.org/suicide-statistics>

- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P.** (1987). *Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice*. New York: Basic Books.
- Boszormeny-Nagy, I. y Sparks, G.** (2013 [1973]). *Lealtades invisibles*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cancrini, L.** (2007). *Océano Borderline*. Barcelona: Paidós.
- Canevaro, A.** (2012). *Terapia individual sistémica con la participación de familiares significativos*. Madrid: Morata.
- Chu, C., Rogers, M., Gai, A. y Joiner, T.** (2017). Role of Thwarted Belongingness and Perceived Burdensomeness in the Relationship between Violent Daydreaming and Suicidal Ideation in Two Adult Samples. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 10(1), 11-23.
- Cohn Bregman, O. y White, C.** (2011). *Bringing Systems Thinking to Life: Expanding the Horizons for Bowen Family Systems Theory*. New York: Routledge.
- Dalley, T.** (1984). *Art as Therapy: An Introduction to the Use of Art as a Therapeutic Technique*. New York: Routledge.
- Dallos, R.** (1996). *Sistemas de creencias familiares*. Barcelona: Paidós.
- Ehrenfeld, T.** (2019). Can a New Diagnosis Help Prevent Suicide? *Undark*. Recuperado de: <https://undark.org/2019/09/11/new-diagnosis-prevent-suicide>
- Firestone, R., Firestone, L. y Catlett, J.** (2013). *The Self Under Siege: A Therapeutic Model for Differentiation*. New York: Routledge.
- Fisher, P. y Wells, A.** (2009). *Metacognitive Therapy: Distinctive Features*. New York: Routledge.
- Freud, S.** (2007b [1917]). *Duelo y Melancolía*. En *Obras Completas*, T. XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gilbert, P.** (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. New York: Routledge.
- Gilbert, P. y Andrews, B.** (1998). *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture*. New York: Oxford University Press.
- Goffman, E.** (1997 [1951]). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goldberg, C.** (2002). *Análisis psicológico de la maldad*. México DF: Cosmovisión Ed.
- Greenberg, L.** (2017). *Emotion-Focused Therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Grimes, P. y Uliana, R.** (1998). *Philosophical Midwifery*. Costa Mesa: Hyparxis Press.
- Guidano, V. y Liotti, G.** (2006). *Procesos cognitivos y desórdenes emocionales*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Hastings, M., Northman, L. y Tangney, J.** (2002). Shame, Guilt, and Suicide. En T. Joiner y M. Rudd (eds), *Suicide Science: Expanding the Boundaries* (pp. 67-79). London: Kluwer Academic Publishers.
- Henden, J.** (2008). *Preventing Suicide*. New York: John Wiley & Sons.
- Johnson, S.** (2004). *The Practice of Emotionally Focused Couple Therapy: Creating Connection*. New York: Routledge.
- Johnson, S.** (2015/1994). *Estilos de Carácter*. México: Editorial Pax.
- Joiner, T.** (2005). *Why People Die by Suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
- Joiner, T., Simpson, S., Rogers, M., Stanley, I. y Galyner, I.** (2018). Whether Called Acute Suicidal Affective Disturbance or Suicide Crisis Syndrome, a Suicide-specific Diagnosis Would Enhance Clinical Care, Increase Patient Safety, and Mitigate Clinician Liability. *Journal of Psychiatric Practice*, 24(4), 274-278.
- Kelly, G. A.** (1962). Sin and Psychotherapy. En B. Maher (ed), *Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly* (pp.165-188). New York: Wiley.
- Kessler, D.** (2016). *Capture: Unraveling the Mystery of Mental Suffering*. New York: Harper Wave.
- Laso, E.** (2006). Anamnesis, catarsis, anagnórisis: una miniteoría filosófica del cambio terapéutico. *Revista REDES*, 17, 9-30.



- Laso, E.** (2011). Dejar que la mente se piense a sí misma: un modelo atencional de la interacción terapéutica. *Revista REDES*, 25, 69-92.
- Laso, E.** (2012a). La violencia y los jóvenes en Ocotlán: cambio cultural, conflicto y desconfianza. En E. Hernández y F. Calonge (eds.), *Diagnóstico local sobre la realidad social, económica y cultural de la violencia y la delincuencia en el municipio de Ocotlán, Jalisco*. Amaya Ediciones: Guadalajara, México.
- Laso, E.** (2015a). Cinco axiomas de la emoción humana: una clave emocional para la terapia familiar. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 143-158.
- Laso, E.** (2015b). Los rituales terapéuticos familiares en clave emocional, 2: pasos para construir y ejecutar un ritual. *Revista REDES*, 33.
- Laso, E.** (2015c). Los rituales terapéuticos familiares: una propuesta teórica en clave emocional. *Revista REDES*, 32.
- Laso, E.** (2015d). Terapia familiar en clave emocional, 1: breve revisión histórica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(2), 631-662.
- Laso, E.** (2015e). Terapia familiar en clave emocional, 2: una propuesta integradora. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(3), 1087-1116.
- Laso, E.** (2017). "Poder, agencia y comunión: obstáculos en la transformación de la masculinidad". En L. Castañeda y C. Alvizo (eds.), *Géneros, permanencias y transformaciones: Feminidades y masculinidades en el Occidente de México*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Laso, E.** (2018). El amor en clave emocional: enamoramiento, desconfiración y terapia de pareja. *Revista REDES*, 37, 11-35.
- 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. 111-143). Madrid: Morata.
- Laso, E.** (en prensa). *Honrar las necesidades: un principio integrador para una terapia en clave emocional*.
- Linares, J. L.** (2012). *Terapia familiar ultramoderna: la inteligencia terapéutica*. Bilbao: Herder.
- Love, H, Frey, L. y Durtschi, J.** (2020) The Practice of Suicide Assessment and Management by Marriage and Family Therapists. *The American Journal of Family Therapy*, 48(1), 16-35, DOI: 10.1080/01926187.2019.1673262
- 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.
- Maté, G.** (2008). *In the Realm of Hungry Ghosts: Close Encounters with Addiction*. Toronto: Vintage Canada.
- McHugh, C., Corderoy, A., Ryan, C., Hickie, I., & Large, M.** (2019). Association between suicidal ideation and suicide: Meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *BJPsych Open*, 5(2), E18. doi:10.1192/bjo.2018.88
- Mead, G. H.** (1934). *Mind, Self, and Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Medina, R.** (2011). *Cambios modestos, grandes revoluciones: terapia familiar crítica*. Guadalajara: Red Américas.
- Minuchin, S. y Fishman, H.** (2004). *Family Therapy Techniques*. Cambridge: Harvard University Press.
- Real Academia Española.** (2001). Bochorno. En *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/?w=bochorno>
- Real Academia Española.** (2001). Vergüenza. En *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/verg%C3%Benza>
- Ritchie, H., Roser, M. y Ortiz-Ospina, E.** (2020). *Suicide*. *OurWorldInData.org*. Recuperado de: <https://ourworldindata.org/suicide>
- Rogers, M. L., Galynker, I., Yaseen, Z., DeFazio, K., & Joiner, T. E.** (2017). An overview and comparison of two proposed suicide-specific diagnoses: Acute suicidal affective disturbance and sui-

cide crisis syndrome. *Psychiatric Annals*, 47(8), 416–420. <https://doi.org/10.3928/00485713-20170630-01>

**Rogers, M., Hom, M. y Joiner, T.** (2019). Differentiating acute suicidal affective disturbance from anxiety and depression symptoms: a network analysis. *Journal of Affective Disorders*, 1(250), 333-340.

**Satir, V.** (1983). *Conjoint Family Therapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books.

**Schnall, S., Haidt, J., Clore, G. y Jordan, A.** (2008). Disgust as Embodied Moral Judgment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(8), 1096-1109.

**Semerari, A.** (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.

**Sennett, R.** (2009). *El artesano*. Barcelona: Anagrama.

**Shneidman, E.** (1993). Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 147-149.

**Shneidman, E.** (2004). *Autopsy of a Suicidal Mind*. Cambridge: Oxford University Press.

**Skolimowski, H.** (2016). *La mente participativa*. Vilahur: Atalanta.

**Smith, A.** (1941 [1759]). *La teoría de los sentimientos morales*. México: El Colegio de México.

**Stevens, J.** (1984). *Aikido: The Way of Harmony*. Londres: Shambala.

**Tucker, R., Michaels, M., Rogers, M., Wingate, L. y Joiner, T.** (2016). Construct Validity of a proposed new diagnostic entity: Acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD). *Journal of Affective Disorders*, 1(189), 367-378.

**Ugazio, V.** (2001). *Historias permitidas, historias prohibidas: polaridad semántica familiar y psicopatología*. Barcelona: Paidós.

**Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D.** (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York, USA: W. W. Norton.

**White, M. y Epston, D.** (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W. W. Norton.

**World Health Organization (WHO, 2020a).** *Mental Health - Suicide Data*. Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)

**World Health Organization (WHO, 2020b).** *Data Visualizations Board - Suicide*. Recuperado de: <https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>

**Yaseen, Z. S., Kopeykina, I., Gutkovich, Z., Bassirnia, A., Cohen, L. J., & Galynker, I. I.** (2014). Predictive validity of the Suicide Trigger Scale (STS-3) for post-discharge suicide attempt in high-risk psychiatric inpatients. *PLoS one*, 9(1), e86768. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086768>

**Yaseen, Z., Katz, C., Johnson, M.S., Eisenberg, D., Cohen, L. y Galynker, I.** (2010). Construct development: The Suicide Trigger Scale (STS-2), a measure of a hypothesized suicide trigger state. *BMC Psychiatry* 10, 110 (2010).