

Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Postgrado



Exploración de las Dimensiones Operativas en pacientes con Ideación Suicida

Tesis para optar al Grado de Magíster en Psicología Clínica Adultos
Enfoque Constructivista Cognitivo

Profesor Guía: Juan Yáñez Montecinos
Tutores Metodológicos: Elisabeth Wenk Wehmeyer
Uwe Arthur Kramp Denegri
Alumna: Tamara López Fernández

Santiago, Julio de 2013

“El suicida nunca está Solo en la causa, su acción involucra también al entorno, a la familia, al médico, al testigo.”

Pierre Morón.

El Suicidio, 1987.

INDICE

Resumen	1
Introducción	3
Formulación del problema	3
Relevancia del problema	6
1. Marco teórico	8
1.1. Depresión y suicidio	8
1.2. Suicidio	9
1.3. Suicidio, enfermedad mental y costo social asociado	12
1.4. Modelos de abordaje del suicidio	15
1.5. Suicidalidad	15
1.6. Desesperanza	17
1.7. Escala de Desesperanza de Beck	19
1.8. El suicidio desde el constructivismo	20
1.9. Las dimensiones operativas	23
1.9.1. Concreción-abstracción	23
1.9.2. Rigidez-flexibilidad	26
1.9.3. Exclusión-inclusión	28
1.9.4. Reactividad-proactividad	32
1.9.5. Evitación-exposición	33
1.10. Tránsito entre las polaridades de las dimensiones operativas	34
1.10.1. Tránsito entre las polaridades de la dimensión operativa concreción-abstracción	35
1.10.2. Tránsito entre las polaridades de la dimensión operativa rigidez-flexibilidad	36
1.10.3. Tránsito entre las polaridades de la dimensión operativa exclusión-inclusión	36
1.10.4. Tránsito entre las polaridades de la dimensión operativa reactividad-proactividad	37
1.10.5. Tránsito entre las polaridades de la dimensión operativa evitación-exposición	38
2. Metodología	39
2.1. Preguntas directrices	39
2.2. Objetivo general y objetivos específicos	40
2.3. Características generales de la investigación	40
2.3.1. Descripción del tipo de investigación	40
2.3.2. Tipo de estudio	40
2.3.3. Diseño del estudio	41
2.3.4. Selección de la muestra	41
2.3.4.1. Muestra orientada a la investigación cualitativa	41
2.3.5. Instrumentos a utilizar	42
2.3.6. Procedimientos	43
2.3.6.1. Para seleccionar la muestra	43
2.3.6.2. Para analizar los datos	43
2.3.7. Criterios de cientificidad en investigación cualitativa	44
2.3.8. Criterios para facilitar confiabilidad	45
2.3.9. Criterios para facilitar objetividad	45
3. Resultados	46
3.1. Resultados por dimensiones operativas	47
3.1.1. Resultados dimensión operativa concreción-abstracción	47
3.1.2. Resultados dimensión operativa rigidez-flexibilidad	61

3.1.3. Resultados dimensión operativa exclusión-inclusión	72
3.1.4. Resultados dimensión operativa reactividad-proactividad	83
3.1.5. Resultados dimensión operativa evitación-exposición	96
3.2. Descripción global de las categorías generales	105
3.3. Descripción de las categorías generales por pacientes	114
4. Conclusiones	165
5. Referencias	174
Anexos	177

Resumen:

La presente investigación tiene como eje central la exploración de la funcionalidad dinámica de las dimensiones operativas en personas con ideación suicida. Este tema no ha sido abordado previamente en las investigaciones revisadas.

La teoría de las dimensiones operativas señala que estas en su funcionamiento cotidiano, facilitan la mantención de la coherencia interna de la persona. Para ello desde un nivel operativo, manifiestan la movilidad de la persona a través de sus 5 categorías: concreción-abstracción, flexibilidad-rigidez, inclusión-exclusión, proactividad-reactividad y exposición-evitación. Esta movilidad ocurre en base a polaridades excluyentes, las cuales gradúan en activación de acuerdo a las demandas del entorno. A su vez, entre ellas se establece una relación dialéctica que desembocaría como resultante en la posibilidad de equilibrio subjetivo.

Si la experiencia vital en la que está inmerso el individuo es tolerable y genera una movilización que puede manejar y re significar, no habrá perturbación que afecte. De esta manera se facilita la estimulación del sistema que proporciona un desarrollo del Sí Mismo, de menor a mayor complejidad en su dinámica de funcionamiento interno. Sin embargo, cuando estas exigencias desbordan las capacidades de re significación y aumentan los niveles de perturbación, en la persona se pueden activar los llamados Mecanismos de Control Descentralizados. Estos mecanismos son comandados desde la movilidad de las dimensiones operativas, y la respuesta puede derivar desadaptativa en tantos alcances y contenidos como personas hay.

Una dinámica en el nivel operativo, que representa cierta tendencia a mantener a la persona en un estado de funcionamiento que incluye la ideación y por tanto el riesgo suicida, implica una perturbación de origen, imposible de manejar desde los recursos con que cuenta el sistema en ese momento. Unido a ello desde la teoría existente, el riesgo suicida en una persona es incompatible con las directrices de las dimensiones operativas. Estas directrices correspondientes al funcionamiento del nivel operativo deberían enfocarse según lo planteado desde la teoría, en el mantenimiento de la coherencia interna durante todo el proceso de la experiencia vital de la persona. Coherencia que se supone se mantenga, tanto en momentos en que la demanda fuera mínima, como en los momentos en que la exigencia de la interacción con el mundo desbordara la capacidad de re significar de la persona.

Cómo se explica entonces que un sistema como este, encargado de sostener el equilibrio del individuo y aún más, de facilitar el desarrollo ortogénico de la persona en cuestión, incrementando la complejidad y la generatividad, derive en el sostenimiento de una sintomatología a nivel operativo, que justamente se orienta a lo opuesto, al colapso y a la muerte del sistema mismo.

Este estudio utiliza una metodología mixta, con fuerte énfasis en su esfera cualitativa. Es de carácter exploratorio, dada la ausencia de información que ligue la noción de dimensiones operativa y suicidio en el contexto del modelo constructivista. Es un estudio descriptivo en tanto relaciona ambos conceptos.

Esto se efectuará a través del análisis del contenido del discurso del material recopilado en entrevistas semiestructuradas a los pacientes con ideación suicida y diagnóstico de depresión, que conforman la muestra para la investigación. También se utilizan datos cuantitativos que se obtendrán a través del Mini-Examen del Estado Mental de Folstein, MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional y la

Escala de Desesperanza de Beck, para corroborar los criterios de inclusión y exclusión de la muestra (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, (1974); Beck, & Steer, (1988); Folstein, Folstein, & McHugh (1975); González-Hernández, Aguilera, Oporto, Araneda, Vásquez, & von Bernhardt. (2009); Lobo, Esquerre, Gomez-Burgada, Sala, & Seva (1979) y Sheehan, Lecrubier, Janavs, et al. (1994).

La muestra es tomada de la población de pacientes del Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”, institución que atiende a pacientes de alta complejidad, provenientes en su mayoría del área del Servicio de Salud Metropolitano Norte. Son pacientes que presentan diagnóstico de depresión y actualmente con ideación suicida activa, con la finalidad de obtener una muestra homogénea.

Palabras Claves:

Constructivismo
Dimensiones operativas
Depresión
Ideación suicida
Suicidio

Introducción

En este apartado se efectuará la formulación del problema de investigación y la relevancia del mismo basada en estadísticas crecientes de tasa de suicidio asociada al trastorno depresivo, a nivel mundial y en Chile. También se analizará su relevancia con respecto al enfoque constructivista.

Formulación del problema

Dimensiones operativas y suicidio, parecen por sí mismos extremos excluyentes, dada la funcionalidad de las primeras y las consecuencias del segundo.

Las dimensiones operativas en su despliegue se expresan en el funcionamiento de la persona, que gestiona cotidianamente el mantenimiento del equilibrio del sistema, en pro de sostener la coherencia interna. Sin embargo ante la conducta suicida, se sospecha que las dimensiones operativas desde su funcionalidad, podrían estar comandando en el nivel operativo la tendencia, la disposición y la ejecución de dicha conducta, contraria a su gestión natural.

Las dimensiones operativas, que están siempre presentes en su funcionalidad, conjugándose y complementándose, de alguna manera pudieran facilitar que la persona derive en esta condición de ideación y riesgo suicida. Esto coloca en jaque y se opone a todo criterio que se refiera al “mantenimiento o equilibrio”, que en teoría es la dirección esencial y el rol de las mismas.

En esta situación ha colapsado la persona influenciada por condiciones contextuales, interpersonales e intrapersonales, y no es capaz de percibir en términos de solución otra vía posible que no se relacione con el tema del suicidio. La capacidad de desplazamiento operativo exitoso falla en su función en ese momento y no puede sostener el equilibrio. Mucho menos pudiera facilitar el aumento de la complejidad del sistema, que de estar en otro nivel en esa misma circunstancia, podría salvar a la persona de la ideación y el potencial acto suicida.

De acuerdo a Harris y Barraclough (1997) muchos de los pacientes después de un gesto suicida tienen 40 veces más de riesgo suicida que la población general (citado en Sarmiento, Sánchez, Vargas, & Álvarez, 2010). Luego, esto es indicador de que hay una constante que no logra ser erradicada ni con el gesto propiamente tal, ni con los psicofármacos o la psicoterapia, como opciones preferentes de tratamiento. Existen numerosos tratamientos orientados a la intervención, pero casi siempre se aplican después que ha ocurrido un intento suicida.

Generalmente se investiga sobre las intervenciones enfocadas a disminuir la estadística de suicidios en la población. Sin embargo una vez que ha pasado el momento del colapso, que el paciente ha sido medicado y estabilizado, tienden a desaparecer las ideas de muerte y no tendremos acceso al conocimiento de la genuina funcionalidad de sus dimensiones operativas, antes del gesto suicida. Para este instante, después del gesto suicida, solo se tiene acceso al estado de funcionamiento actual. Por lo que, si se quiere investigar lo que sucede en las dimensiones operativas relacionadas con la ideación y el riesgo suicida, con la intención de ayudar a los pacientes, es preciso hacerlo en el momento que se encuentran entrapados en ello, es decir, con la ideación suicida activa.

En la literatura no se ha encontrado contenido referido a la asociación del suicidio con una Organización de Significado Personal en particular. De manera general, el suicidio aparece en

trastornos psiquiátricos tan distintos que van desde la depresión, la esquizofrenia, los trastornos de personalidad, hasta trastornos cuya sintomatología principal está constituida por los estados eufóricos como es el trastorno bipolar.

En todos los casos, dada la gravedad de sus consecuencias, la presencia de un suicidio consumado, como es lógico, coloca fin a toda posibilidad de intervención. La ideación suicida es por ende un síntoma totalmente distinto a los demás. Es más que un síntoma; es un elemento determinante en toda la extensión de la palabra: de la prioridad, intensidad, emergencia o continuidad de un tipo tratamiento. Así como también es el único considerado “síntoma”, que puede manipular desde su protagonismo la continuidad misma, no solo de un procedimiento de intervención, sino de la propia persona en su existencia subjetiva y física.

Se quiere indagar en la presente investigación sobre cómo maneja una persona el afrontamiento a las circunstancias particulares que subyacen al intento suicida y cómo operan sus mecanismos operativos. Qué acontece al nivel de funcionamiento dinámico y relación dialéctica de las dimensiones operativas, que ante un incremento importante en las demandas de la experiencia en curso, el sistema desemboca en cederle espacio a la ideación suicida. Ocupando una instancia, que podrían estar emplazando otras nuevas estrategias que facilitarían el despliegue de una respuesta novedosa, que permita mantener la integridad y la coherencia del mismo sistema. Una reacción desarrolladora, que no está y que podría generar otra respuesta superior, que como resultante despliegue la cualidad de generatividad y convoque a un paso evolutivo ortogenético, hacia una organización más compleja de su funcionamiento.

Si la realidad y los hechos concretos no son los que determinan la decisión, ya que podemos encontrar personas bajo las mismas circunstancias que no optan por el suicidio; pudiera ser porque esta decisión se teje en las entrañas de los significados que la persona le otorga a dicha realidad, y en la carga afectiva que esta explicación de lo tácito tiene para el individuo en cuestión. Pero... ¿Cómo es esa apertura hacia el deseo de morir? ¿Qué estado emocional caracteriza al individuo? ¿Cuáles son las disposiciones que entran en protagonismo en ese momento de la vida en que se instaura una incapacidad de movilizarse? ¿O es acaso la ideación suicida la expresión de la capacidad de reorganizarse en la búsqueda de otra opción, de otro camino o de evitar alguna anticipación posible?

Es este el problema ante el cual surge la presente idea de investigación: la necesidad de conocer a profundidad cómo funcionan las dimensiones operativas de la persona con ideación suicida activa, desde su propio testimonio y referencia.

El suicidio, como síntoma o como entidad independiente, irónicamente *gana vida propia* más allá de la frecuencia con que se presente paralela a otros trastornos psiquiátricos. Sobre todo si nos percatamos del aumento de este problema a nivel mundial en los últimos años, y especialmente en Chile.

El paciente con ideación suicida activa y por lo tanto con riesgo suicida, en pocas ocasiones acude espontáneamente a los servicios de salud mental. Frecuentemente es llevado a consulta por familiares o amigos y en muchas ocasiones se presenta a urgencia después de un gesto suicida, por la gravedad del mismo. Después de haber intentado de esta manera “resolver” las perturbaciones que lo afectan.

En otras palabras, la persona que hace un gesto suicida, antes ya ha intentado restablecer su coherencia interna, ha manejando de la mejor forma que ha podido sus más variados recursos

operativos, para lograr una re significación de los contenidos que atentan contra la continuidad del sentido de sí mismo. Sin embargo por alguna razón, no ha logrado sentirse mejor, no ha logrado resolver cognitiva y emocionalmente los problemas que lo embargan. Así, el peligro inminente en cualquier persona con ideación suicida es el mismo: la muerte.

Lo anterior podría parecer obvio a simple vista, pero si se analiza con detenimiento, terminaremos pensando en este fenómeno como algo diferente a lo que se ha visto hasta el momento. Puede que el intento suicida, el riesgo o la ideación suicida, no sean un simple síntoma más, tal como ha sido sumado a todas las clasificaciones de enfermedades mentales; sino que es posible que se esté frente a lo que siempre ha sido una entidad independiente. A esta entidad no sería prudente llamarle patología porque se da en diversas situaciones y con significados culturales y personales tan versátiles, que abarcan un espectro que va desde el mérito y el heroísmo, hasta la más grave enfermedad que conduce a quien la padece, hacia un final fatal.

Probablemente sea necesario en el futuro estudiar al suicidio y al riesgo suicida por sí solos, desde otro punto de vista, apartado de lo tradicional de las clasificaciones que se mueven en el limitado espectro fenomenológico de la salud-enfermedad.

Ante esta idea el constructivismo es un enfoque que brinda la libertad de abordar sin prejuicios de salud o enfermedad un tema tan complejo y no resuelto, como el suicidio.

Relevancia del problema

Con respecto a las estadísticas del fenómeno del suicidio a nivel mundial, en el año 2000 las cifras indicaban que cada 40 segundos se suicidaba una persona. Lo anterior con una consecuencia de impacto profundo al menos en 6 personas en su entorno inmediato. Estadísticamente se plantea que cada 3 segundos otra persona lo intentaba sin lograr el objetivo. Se estima que en el último tiempo las cifras de suicidios y gestos suicidas han aumentado (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Para el 2005, dos tercios de las personas que se suicidaban presentaban diagnóstico de Depresión al momento de morir (American Association of Suicidology, 2005). En Chile la depresión mayor muestra la segunda tasa de prevalencia de enfermedades. Por ejemplo “(...) en población general mayor de 15 años entre 7,5% y 10% (...); del total de los consultantes en atención primaria, el 30% tiene cuadros depresivos (...)” (Dois & Cazenave, 2009). Desde el punto de vista social, particularmente en Chile, se ha producido en las últimas décadas un importante aumento de casos de suicidio, asociados a diagnóstico de depresión (Ministerio de Salud, 2006).

Con relación al abordaje psicoterapéutico de los pacientes con intento suicida, el cognitivismo desde su marco teórico plantea una lucha campal y abierta contra: pensamientos de desesperanza, valores o esquemas específicos sobre el tema de la muerte, las voces y frases que amenazan a la persona, incluso ante la dificultad para encontrar un nuevo motivo nominal para vivir e intentar hacerlo suyo.

El constructivismo por su parte, aún carece de una estrategia de abordaje ante esta situación específica de tan alto riesgo intrínseco. Tras la revisión bibliográfica en la búsqueda de las bases teóricas para la presente tesis, se detecta que también carece de investigación alguna sobre este tema. El constructivismo como enfoque, tampoco presenta aún una postura definida o específica que permita un mejor entendimiento y aproximación desde la práctica, al relevante problema del suicidio y la manera de tratarlo en psicoterapia.

Esta investigación surge en el contexto mencionado con respecto a la teoría. Pero también en un contexto específico con respecto a la práctica profesional, en el que es necesario aproximarse desde el enfoque constructivista al funcionamiento del ser humano, que se encuentra inmerso experiencialmente, en la problemática del suicidio y que está ante nosotros en la búsqueda de ayuda.

¿Podría el constructivismo generar una metodología que quizás trabaje más sobre los significados que tienen para el paciente con ideación suicida sus eventos vitales, sus pensamientos? ¿Generar un modo de entender cómo ha incorporado la ideación suicida? ¿Indagar de qué manera algunos elementos de su vida han sido perturbadores y el por qué de su significación particular, coyuntural? ¿Podrán ser abordadas hipótesis sobre cómo se incrementa la ideación suicida ante su vulnerabilidad? ¿Qué sucede en la persona con ideación suicida?... o quizás saber ¿Qué quiere expresar esa persona de la manera más definitiva y radical? Y sobre todo ¿Cómo trabajar con ello?

Dadas tantas interrogantes antes planteadas, es posible que el constructivismo desde su marco de referencia pueda plantear un abordaje diferente a los existentes hasta el momento. Dada la tasa de suicidios existente (American Association of Suicidology, 2005) es plausible pensar que desde sus respectivas epistemologías otros enfoques, de alguna manera presentan limitaciones para el éxito que se requiere en el ámbito del tratamiento del paciente con ideación suicida. Para ello se requiere de un nuevo punto de partida para la investigación sobre estos contenidos, contexto en el que surge la

necesidad del presente intento de aproximación inicial, al tema del suicidio desde el enfoque constructivista.

Se necesita estudiar sobre las causas y los elementos relacionados con estas conductas fatales. No solo en el entorno familiar, laboral y grupos de pertenencia, que también brindan información; sino, y fundamentalmente, en la persona misma y sus significaciones personales que lo han conducido a este estado operativo de ideación y riesgo suicida. Este objeto de investigación no es fácilmente accesible, ni para el investigador, ni para la propia persona; por estar asociado a emociones no siempre pueden ser verbalizadas, o no están accesibles a la conciencia y al análisis en el nivel explícito. Suelen anidar mimetizadas y son únicas en cada individuo con respecto al resto, aunque la finalidad e incluso el método suicida sea el mismo.

A propósito de lo anterior pudiera ser fundamental la exploración de la funcionalidad de las dimensiones operativas para la detección de los puntos vulnerables, o posibles de articular, en las personas que presentan riesgo e ideación suicida. Esto sería mediante la exploración de las tendencias a los polos específicos de cada una de las dimensiones operativas, y de la manifestación de lo considerado psicopatológico en ellas. Lo anterior, con el objetivo de enfocar en el futuro, con precisión, el trabajo psicoterapéutico hacia el paciente inmerso en ideas suicidas, situación que Vittorio Guidano denomina como “cataclismo” (Guidano, 1994). Parece accesible y práctico basarse en los indicadores de funcionamiento que nos puedan ofrecer las dimensiones operativas. Lo anterior con la finalidad de que la persona no llegue a consumir el acto suicida, e incluso un poco más allá: para que no recaiga reiteradamente a la ideación y riesgo suicida consecuente frente a una nueva situación perturbadora, como suele suceder.

Conociendo sobre esto podrían aparecer luces que ayuden a la intervención desde el enfoque constructivista; para intentar que el propio individuo logre desplazarse de la postura de inmovilidad en la que se encuentra en el nivel operativo, cuando está presentando la ideación suicida, hacia una organización más flexible y funcional. Una instancia que permita el acceso y apropiación de tonalidades emotivas relacionadas con la situación de crisis, la cual es la resultante de la confluencia de más incongruencias que las que podía soportar su sistema sin colapsar.

Podría considerarse relevante el problema planteado como un primer paso teórico hacia la comprensión del suicidio desde la visión del enfoque constructivista.

1. Marco teórico

Se aborda el tema del suicidio y su relación con la depresión. El costo para la sociedad que implican las altas tasas de suicidio crecientes a nivel mundial y en Chile. Se efectúa una breve referencia sobre los modelos de abordaje del suicidio, el reciente concepto de suicidalidad y los factores de riesgo asociados. Se trata sobre la desesperanza como una constante en las personas con alto riesgo suicida, y su forma de medición. Se exponen los resultados de la revisión de las escasas y aisladas referencias que hace el constructivismo sobre el suicidio. Y finalmente se trata sobre la teoría de las dimensiones operativas, su funcionalidad y el tránsito entre los polos antitéticos de las mismas.

1.1. Depresión y suicidio

El trastorno depresivo ha sido ampliamente investigado. Con respecto a la incapacidad que genera, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, proyectan que para el año 2020, será esta la segunda enfermedad a nivel mundial (Kramp, 2012).

En Chile, los trastornos ansiosos y depresivos representan casi un 28% del total de años de vida saludable perdidos por enfermedad (Kramp, 2012).

Al hablar de depresión estamos frente a un trastorno mental, por el cual el individuo que la padece la mayor parte de tiempo se encuentra en un estado de tristeza, donde predomina la anhedonia y la baja autoestima. Se acompaña de dificultades para dormir y alimentarse, con la consecuente sensación de cansancio permanente. El desempeño social, familiar y laboral del individuo que la padece puede verse significativamente interferido, desde hechos tan simples como levantarse en las mañanas o sostener un tema de conversación. Dependiendo de cada caso aparece por episodios, que en ocasiones son recurrentes y también puede resultar una enfermedad crónica (Organización Mundial de la Salud, 2013).

El estado depresivo que suele caracterizar al paciente con ideación suicida, genera imposibilidad para encontrar soluciones a sus problemas, está embargado por la sensación de fracaso y pérdida. Tienden a sobredimensionar de manera desproporcionada las situaciones problemáticas que los involucran, en la dirección del pesimismo y la negatividad. Su visión del mundo y de la realidad está reducida y la capacidad de razonar está enlentecida y limitada (Colimón, Téllez-Vargas, & Cisneros, 2006).

La depresión presenta distintos niveles de manifestación, en los casos severos hay presencia de ideación suicida, gestos suicidas y en muchos de estos gestos suicidas las personas deprimidas consuman el suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2013).

“(...) la conducta suicida no siempre está relacionada con la gravedad del trastorno mental y, por otra parte, no todos los individuos que hacen un intento de suicidio tienen un diagnóstico en el eje I del DSMIV” (Colimón et al., 2006, p. 43). Sin embargo, como veremos a continuación hay una alta correlación entre estos dos fenómenos, específicamente entre el suicidio y la depresión.

Existen factores de riesgo suicida asociados al diagnóstico de depresión que se resumen en la siguiente Tabla 1:

Tabla 1: Factores de riesgo de suicidio en personas con depresión.

- Ansiedad severa
- Desesperanza
- Anhedonia
- Antecedentes de intentos de suicidio anteriores
- Comorbilidad con el Eje II
- Impulsividad
- Pérdida reciente de personas significativas

(Adaptado de Guía Ministerio de Salud , 2006, p. 20)

De acuerdo a Colimón et al. (2006) el 90% de las autopsias psicológicas efectuadas a personas cuya causa de muerte ha sido el suicidio, estos cumplían con criterios diagnósticos de uno e incluso más trastornos de orden psiquiátrico, entre los que figura la depresión.

1.2. Suicidio

Históricamente el suicidio ha sido asociado a los demonios, a la inmoralidad, a la insanidad, a la locura, y dentro de este apartado lo han asociado más frecuentemente a la depresión. Morón (1992) plantea que la melancolía es un caldo de cultivo para el engendro de las ideas suicidas. Al respecto plantea que *“Se favorece particularmente la reacción suicida cuando la constitución mental implica una franca disposición mórbida, sobre todo de orden depresivo, cuando se favorece particularmente la reacción suicida”* (Morón, 1992, p. 19).

Se pueden encontrar innumerables definiciones de suicidio. Algunas que apuntan a la moral, otras a la enfermedad, y con un sesgo al juzgamiento del individuo que ha cometido suicidio o intento suicida. Una de las primeras definiciones desprejuiciadas que se ha encontrado en la literatura es la de Deshaies (1947), que lo define como: *“El acto de matarse de una manera habitualmente consciente tomando la muerte como medio o fin”* (Morón, 1992, p. 3).

La Organización Mundial de la Salud indica que ocurre un suicidio cada 40 segundos. Que esta cifra ha sido alcanzada a lo largo de los últimos 40-45 años, con un incremento de un 60%. Señala que por cada suicidio consumado, se han producido también cada 40 segundos, 20 intentos más (Montreal, 2012; World Health Organization, 2012).

Las enfermedades mentales son la causa más frecuentemente relacionada con el suicidio. Este dato es reportado por los resultados de estudios post mortem denominados autopsias psicológicas, antes mencionadas. La depresión figura entre las causas más frecuentes, además de los problemas de adicción al alcohol y a las drogas. También la esquizofrenia es otra enfermedad mental que se asocia con el suicidio (Vicuña, 2003).

Gómez (Gómez, 2012) señala que de las personas que han tenido un episodio depresivo, el 40% de ellos cometen suicidio y entre el 47% y el 69% presenta ideación suicida.

Algunos investigadores estiman que los gestos suicidas tienen una ocurrencia que sobrepasa a los suicidios consumados entre 8 y 15 veces. Que es más frecuente en mujeres de estratos sociales bajos y que ellas suelen utilizar métodos considerados de baja letalidad. Con respecto al área afectiva describen una población con síntomas predominantemente depresivos y manifestaciones irascibles. Personas que comúnmente tienen la sensación de que con el suicidio resolverán algún problema que los afecta, incluso en ocasiones la finalidad era pedir ayuda y que creen que el efecto de este intento cambiara algo en su entorno. Posterior al intento, se detecta también cierto alivio por haber sobrevivido e incluso, prometen no volver a intentar suicidarse (Vicuña, 2003).

Los hombres a diferencia de las mujeres, suelen desplegar gestos suicidas con métodos más violentos, lo que genera que con mayor frecuencia se conviertan en suicidios consumados. Es preocupante que en los últimos años se ha incrementado la incidencia en niños y adolescentes. Aproximadamente el 50% de los casos de muerte por suicidio en hombres, ya han tenido gestos suicidas previos. En cuanto a la motivación para el acto suicida para el hombre es la muerte, y afectivamente presentan marcados síntomas de depresión y desesperanza (Vicuña, 2003).

Tal es el incremento de la tasa de suicidio a nivel mundial, que desde el 2000 se ha preparado y se ha venido desplegado un proyecto llamado SUPRE encauzado a la prevención del suicidio. Con una visión integradora intenta movilizar con sus intervenciones y sus publicaciones, a todas las instituciones y personas, en pro de reducir la mortalidad y la morbilidad consecuente de gestos suicidas no consumados (Organización Mundial de la Salud, 2001)

La Organización Mundial de la Salud ha creado con la Asociación Internacional de la Prevención del suicidio, el Día Mundial de la Prevención del Suicidio cuya fecha oficial es cada 10 de Septiembre (Organización Mundial de la Salud, 2012b).

El Mental Health Gap Action Programme (MHGAP), es un Programa de acción para Superar las Brechas en Salud Mental, creado por la Organización Mundial de la Salud. Se compone de un conjunto de intervenciones enfocadas en la prevención y el tratamiento de enfermedades consideradas como prioritarias entre las que figuran la depresión y el suicidio. Cada intervención sería aplicada y moldeada según el contexto histórico cultural en el que se llevaría a cabo. Dicho programa se puede descargar en 5 idiomas de la página web de la OMS en la siguiente dirección: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/index.html (Organización Mundial de la Salud, 2012a)

En Chile en 1990 la tasa de suicidio era de 5,7 por 100.000 habitantes. Desde 1999 es una prioridad del Ministerio de Salud Pública trabajar en la reducción de un 10 % de la tasa de suicidio, que en aquel momento era del 9.7 por 100.000 habitantes. Alcanza para el 2004 la categoría de primera causa de muerte de los hombres entre 20 y 44 años de edad. Seis años después no se había logrado el objetivo y la tasa de suicidios en Chile asciende a 11 por 100.000 habitantes para agosto del 2010, siendo la segunda causa de pérdida de años de vida saludable por discapacidad entre las mujeres, con el respectivo impacto tanto a nivel de salud personal, como a nivel de salud pública (Ministerio de Salud, 2011).

Es importante mencionar que se ha detectado que en el MINSAL por asuntos de orden legal, religioso y cultural, durante muchos años ha solido subdiagnosticarse al suicidio como causa directa de muerte en los certificados de defunción (Vicuña, 2003). Esto pone en entredicho las estadísticas

oficiales en tanto no reflejan los datos reales relativos a las tasas de suicidio; es decir la cifra que exponemos puede ser aún más alta en realidad.

En Chile el suicidio o la muerte por “lesiones autoinfligidas intencionalmente” como lo recoge la base de datos estadísticos del Ministerio de Salud Pública; con respecto a los hombres la señala como la séptima causa de fallecimiento. Y este se ha mantenido entre las 10 primeras causas de muerte desde el año 2000 hasta el año 2009, con excepción de los años 2005 y 2007, no así en el caso de las mujeres, en quienes es menor la tasa. El suicidio en hombres promedia en los 10 años mencionados antes, el 4% de las muertes (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2012).

En atención primaria de salud en Chile se manejan dos conceptos fundamentales:

1- El suicidio auténtico: es caracterizado por la puesta en ejecución de un procedimiento eficaz para lograr su finalidad. Dentro de este grupo de casos se encuentran contemplados los suicidios de alta letalidad, que han resultado frustrados según la finalidad del ejecutor. Es frecuente encontrarlo en hombres cuyas edades oscilan entre 40 y 60 años. De estos logran consumarse en una proporción de 3 en hombres con respecto a 1 en mujeres (Vicuña, 2003).

2- El parasuicidio, intento de suicidio o gesto suicida: en estos casos los procedimientos y motivaciones de sus ejecutores no están dirigidos a producir la muerte directamente. Pueden constituirse una manera de llamar la atención, así como también un medio de demostrar su valentía o estado irascible, que está mediando la búsqueda de un cambio en su vida. Dentro de este tipo de conductas están circunscritos los “suicidios involuntarios”, que son los gestos suicidas que fallan por alguna razón y derivan en la muerte de la persona ejecutora (Vicuña, 2003).

Esta modalidad incluye comportamientos autolesivos, que varían en gravedad desde actos considerados potencialmente peligrosos hasta actos sin ningún riesgo para la vida del paciente. El parasuicidio puede resultar a simple vista no relevante para la integridad física de la persona, sin embargo no se debe restar importancia al mismo y sí debe ser considerado parte de una enfermedad mental (Vicuña, 2003).

“En consecuencia, todo caso de suicidio o intento de suicidio es, por definición, un caso psiquiátrico que nunca debe ser dado de alta sin ser evaluado por un psiquiatra” (Vicuña, 2003, p. 6).

Se plantea en la literatura que el riesgo de suicidio se encuentra relacionado directamente con el número de factores de riesgo presentes. Al respecto Mann y cols. (en Vicuña, 2003) han perfilado un modelo de conducta suicida de dos dimensiones relacionadas entre sí. Por un lado está la dimensión de los rasgos de la persona, referida a aspectos de orden genético, el consumo de sustancias, rasgos de personalidad limítrofe e incluso la impulsividad. Por otro lado se encuentran los desencadenantes o precipitantes, como son: una enfermedad psiquiátrica aguda o el cúmulo de ciertos acontecimientos vitales que resulten adversos para la persona. Mann indica que deben coexistir, por lo menos un factor de cada dimensión y de esta manera el riesgo de suicidio se incrementa. Según refiere este modelo puede dar una explicación al hecho de que algunos pacientes con la misma enfermedad psiquiátrica sí se suicidan y otros no (Vicuña, 2003).

“El paciente con ideas de suicidio asociadas a una enfermedad mental como la depresión, en general, ha recorrido un largo camino de sufrimientos que le han impedido disfrutar de su existencia. Su vida marcada por los síntomas de la enfermedad se hace difícil de sobrellevar.

La inseguridad para realizar sus actos, lo confina a escoger conductas de evitación para no exponerse ante una sociedad que percibe amenazante y en algunos casos, demandante de respuestas y resultados que no está en condiciones de cumplir. La vergüenza y culpa por no poder satisfacer las exigencias del entorno aparecen y el individuo se concentra en la incapacidad que tiene para responder con el papel que ha caracterizado en su vida. Experimenta sentimientos de abatimiento, de pérdida de energía vital lo que ayuda a propiciar la aparición de la idea de muerte como solución” (Colimón, Téllez-Vargas y Cisneros, 2006, p.108).

1.3. Suicidio, enfermedad mental y costo social asociado

La depresión es considerada como uno de los trastornos psiquiátricos que más frecuentemente se vincula con el intento suicida, incrementando el riesgo en el contexto de la población general en un 20%. Involucra sentimientos de rabia hacia sí mismo, que lleva a la persona a pensar en ejecutar acciones contra sí (Campos, 2009).

El 60% de las personas que cometen suicidio están aquejados por un trastorno de tipo afectivo. Específicamente en las personas que son hospitalizadas con trastorno depresivo el riesgo está incrementado en un 15%, sobre todo si son hombres. La gravedad de la depresión, sumada a estar en la etapa de la adultez temprana, ser soltero, con familiares que hayan cometido intento suicida o suicidio consumado, son factores de riesgo suicida mencionados en la literatura (Campos, 2009).

“Cuando el Trastorno Límite de la personalidad se asocia con una depresión severa el riesgo de morir por suicidio es 450 veces mayor” (Campos, 2009, pp. 45-46).

En el caso de los adolescentes es frecuente encontrar antecedentes delictuales asociados a un patrón de conducta antisocial. Ellos también suelen haber presentado síntomas de depresión antes del evento fatal (Campos, 2009).

En la guía del Ministerio de Salud, se indica que la ideación suicida debe pesquisarse precozmente, y una vez detectada la posibilidad de suicidio, el tratamiento se enfoca directamente en la disminución de la potencialidad suicida, que según el grado de severidad se indican los procedimientos a seguir (Ministerio de Salud, 2006, p. 7).

Dada la incidencia de la depresión en la salud de la población chilena en los últimos años, y lo discapacitante que esta puede ser, se ha hecho necesario un método de análisis de la situación de salud de estas personas. Para todas las enfermedades, se han desarrollado indicadores que dan cuenta del fenómeno no solo de la mortalidad, sino de la funcionalidad y la calidad de vida de las personas afectadas (Ministerio de Salud, 1996).

A través de estas mediciones se ha podido saber que por ejemplo la depresión en el 2006 se ubicaba en el número 10 entre las principales causas de discapacidad de la población chilena (Ministerio de Salud, 2006, p. 7). Y en el año 2011 la depresión en Chile ocupaba el segundo lugar en la escala AVISA, que indica años de vida saludable perdidos por enfermedades (Gómez-Dantés et al., 2011).

La escala AVISA fue elaborada por el Ministerio de Salud, en su empeño se dio a la tarea de identificar los problemas de salud más relevantes que se habían constituido como prioridades de salud.

Dentro de este contexto, el Ministerio de Salud Pública decidió llevar a cabo un estudio para identificar los problemas de salud más relevantes para el sector denominado: "Prioridades en Salud". Ordenando las enfermedades más frecuentes según el cálculo de los años de vida ajustados por discapacidad de las mismas. En el año 1993 se publica la primera escala AVISA1.

“Al analizar las enfermedades que producen Discapacidad por sexo se observan diferencias importantes. En los hombres, la dependencia al alcohol ocupa el primer lugar en orden de frecuencia con una proporción de 8.8%, la cual es casi 6 veces superior a la del sexo femenino. En las mujeres, la principal causa de AVPD son los trastornos depresivos (MAD)” (Ministerio de Salud, 1996, p. 34).

En la Tabla 2 se aprecia el peso de la enfermedad depresiva en la pérdida de años de vida saludable en el año 1993. En ese momento estaba entre las 10 primeras causas de pérdida de años de vida saludable por enfermedad.

Tabla 2: Peso de la enfermedad depresiva en la pérdida de años de vida saludable en el año 1993 (Adaptado de Ministerio de Salud, 1996, p. 20).

Enfermedad	AVISA	%	Razón/100
Anomalías congénitas	103.654	5.86	7.53
Infecciones respiratorias agudas bajas	73.234	4.14	5.32
Enfermedad isquémica del corazón	67.354	3.82	4.90
Enfermedad hipertensiva	60.172	3.40	4.37
Enfermedad cerebrovascular	57.700	3.26	4.19
Asma	55.118	3.11	4.0
Accidente de tráfico	53.692	3.03	3.90
Dependencia de alcohol	53.498	3.02	3.88
Trastornos vía biliar	53.361	3.02	3.87
Trastornos depresivos- MAD	53.279	3.01	3.87
Artrosis y afines	48.452	2.74	3.52
Alzheimer	42.889	2.42	3.11
Afecciones perinatales	41.710	2.36	3.03
Psicosis	32.474	1.84	2.36
Cirrosis	32.172	1.82	2.34
Total	828.941	46.84	60.19

Para la elaboración del listado de enfermedades, se clasifican en tres grandes grupos, que tratan de dar cuenta sobre los distintos condicionantes que actúan en la dinámica de los fenómenos de salud y enfermedad:

Grupo I: Infecciosas, maternas y perinatales

Grupo II: Enfermedades no infecciosas

Grupo III: Traumatismos y envenenamientos

Al interior de cada grupo se definió un listado de enfermedades sobre la base de la magnitud de las defunciones, la utilización de servicios médicos y la importancia estratégica de la patología. La lista así definida incluyó a alrededor de 140 entidades nosológicas, las cuales fueron causantes del 96% del total de defunciones ocurridas en el país en el año 1993. Los trastornos depresivos pertenecientes al grupo II, ocupaban el décimo lugar.

Dados los datos anteriormente explicitados de la relación de los suicidios con la depresión y los años de vida perdidos por muerte prematura, es importante mencionar que la causa de muerte por suicidio en el año 1993 se encontraba en el séptimo lugar. Lo que se puede observar en la Figura 1, que expone la medición de los Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (AVPM).

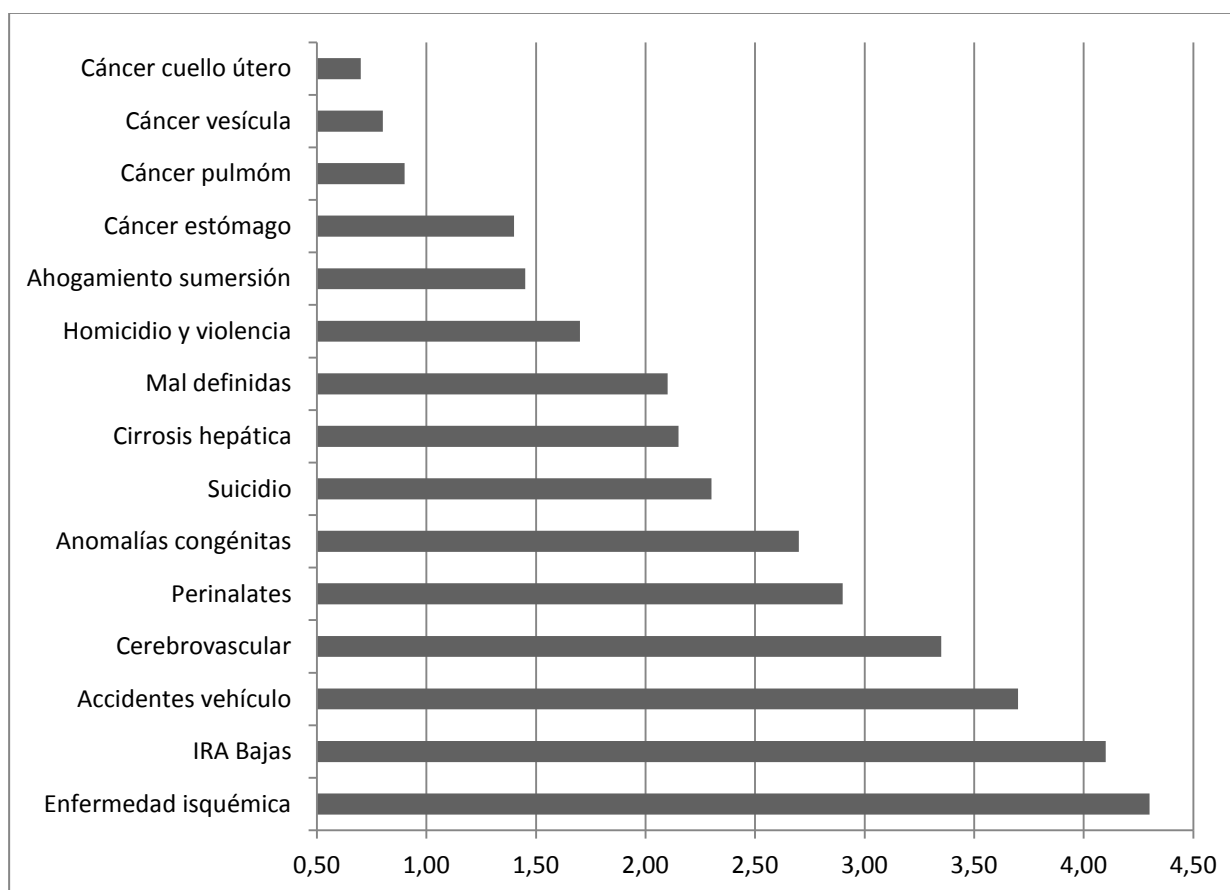


Figura 1: Medición de los Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (AVPM) (Adaptado de Ministerio de Salud, 1996, p. 28).

Nota: Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura, 15 primeras causas, ambos sexos, 1993. Razón/1000 habitantes.

1.4. Modelos de abordaje del suicidio

En el año 2004, Oquendo y colaboradores proponen un modelo con la finalidad de explicar la conducta suicida. Este es del tipo diátesis-estrés, donde como es clásico en ellos los aspectos estresantes que son observables desde afuera como: problemas económicos, eventos vitales, pérdida de seres significativos y enfermedades mentales. Los anteriores estresantes se conjugan con la diátesis que se refiere a la vulnerabilidad del individuo, que presente rasgos con tendencia a la desesperanza, al pesimismo y a la dificultad en el control e inhibición de impulsos (Colimón, Téllez-Vargas y Cisneros, 2006). Este modelo es similar en su enfoque al planteado antes por Mann y cols. en el año 2003.

Desde el psicoanálisis clásico Freud habla del suicidio consumado, de los impulsos obsesivos como causa del suicidio, como una manera de interrumpir el sufrimiento, de la intención comunicada. También lo menciona como método de chantaje, como manera de pedir auxilio, y como tentativas fallidas (Jinkis, 1986).

1.5. Suicidalidad

Dentro del modelo cognitivo se habla de términos como suicidalidad, desesperanza y factores de riesgo. La suicidalidad es definida por el Dr. Gómez como un “*Espectro que incluye, en un continuo de progresiva severidad, las ideas suicidas, los intentos suicidas y el suicidio consumado.*” (Gómez, 2011b). “*La suicidalidad es secundaria a la construcción de significados desadaptativos asignados al sí mismo, el contexto y el futuro*” (Gómez, 1992, 2011a).

Plantea Gómez (1992) que si un individuo presenta alguna muestra de lo entendido antes como suicidalidad, es más propenso a morir por suicidio. Si una persona tiene ideación suicida activa corre 30 veces mayor riesgo de suicidarse. También agrega que una persona que repite los gestos suicidas, tiende a elaborar planes con mayor nivel de letalidad en cada uno, por lo cual se incrementa considerablemente el riesgo de muerte en ellos.

Un factor que empeora la situación, es la existencia de gestos suicidas previos. El riesgo se ve incrementado en su máxima expresión durante los 6 meses posteriores al evento, sobre todo en pacientes con trastornos psiquiátricos. Alcanza el nivel de hasta 100 veces la posibilidad de autoeliminación durante los 12 meses siguientes al intento previo comparado con la población general (Gómez, 1992, 2012).

Aún 24 meses después de un gesto suicida el 30% de estas personas lo intentará nuevamente y de ellos entre el 20% y el 10% cumplirá su objetivo (Gómez, 1992).

Entre los factores cognitivos que se relacionan directamente con la conocida tríada cognitiva de la depresión se menciona a la desesperanza como un factor nuclear, en una persona cuyo locus de control está externalizado, presenta recuerdos específicos y negativos que han sido generalizados a muchas áreas de la vida. El pensamiento dicotómico acompañado de una rigidez cognitiva que no permite movilización o ampliación de la visión en túnel. Creencias de incompetencia, de ser defectuoso, no querible y sin valor, que con su contenido adquieren esta direccionalidad hacia la intención suicida (Gómez, 2011a, 2011b).

Con respecto a la esfera afectiva del paciente con algún nivel de suicidalidad es descrito con una baja capacidad de reconocer y manejar lo que piensa, lo que siente, la rabia. Presenta baja posibilidad de ser empático, una conducta matizada por la impulsividad con baja tolerancia al propio desequilibrio emocional del momento y un deterioro importante de su desempeño en el plano de las relaciones interpersonales (Gómez, 2011a, 2011b).

En el ámbito comportamental el individuo con un determinado nivel de suicidalidad, presentará dificultades en la capacidad de evaluar y definir situaciones problemáticas, deficiente capacidad de planificación y de la posibilidad de elaborar estrategias de solución de problemas cotidianos, tanto personales como interpersonales. Presentará en el nivel conductual explícito manifestaciones de riesgo e indicios de estar preparando o implementando algún intento (Gómez, 2011a).

Para que se active el modo de funcionamiento suicida en una persona, como se ha mencionado antes, se piensa que existe una relación directa entre una vulnerabilidad previa y un estrés gatillante que deriva en un modo de interacción interrelacionada entre los sistemas anteriormente mencionados (cognitivo-afectivo-comportamental) con las tendencias asociadas (Gómez, 2011a).

El Dr. Gómez enumera importantes creencias nucleares presentes en personas con ideación suicida, cuyo contenido ronda en la creencia de no ser una persona querible, de ser incapaz, impotente e incompetente, con una percepción de la realidad como algo insoportable, en un contexto psíquico de desesperanza. La tríada cognitiva de la depresión como una red expansiva, cae y aplasta toda posibilidad de ver de manera optimista el futuro, el mundo y a sí mismo (Gómez, 2011a).

El Dr. Alejandro Gómez también menciona algunas de las estrategias compensatorias que en ese ambiente solo tienden a confirmar las creencias nucleares y fomentan el sostenimiento de la suicidalidad, cual un estilo de vida que se instalara. Estrategias compensatorias como perfeccionismo, sometimiento, tendencia a la complacencia del otro, a la subyugación, a la evitación y el retraimiento, alta intolerancia y marcada autonomía (Gómez, 2011a).

“En la crisis suicidal el sujeto afronta una situación que produce dolor emocional y que percibe como inescapable, interminable e intolerable” (Gómez, 2011a).

Presentar un trastorno psiquiátrico es uno de los factores de riesgo principales encontrados en personas que han hecho intento suicida, de hecho se registra que el 90% de estos individuos estaba afectado por ello. Un intento suicida previo, que es un factor de riesgo, unido a una historia de vida con eventos vitales tempranos traumáticos; sumado a una situación de estrés actual, entre otras circunstancias generan un alto nivel de suicidalidad (Colimón et al., 2006; Gómez, 2011b).

En los pacientes que presentan trastornos del ánimo, la ausencia o insuficiencia de tratamiento, alguna experiencia de pérdida, la comorbilidad con trastornos del eje II, entre otros y fundamentalmente la desesperanza, son los factores que más se asocian con la ideación y el riesgo suicida (Gómez, 2011b).

El Dr. Gómez menciona importantes indicadores de suicidalidad, unos directos y otros indirectos. Los primeros tienen relación con la magnitud de la ideación suicida y con los intentos propiamente tal, teniendo en cuenta que son más fuertes en una relación directamente proporcional con la severidad de los mismos. De manera especial la existencia de intentos suicidas previos imprime al pronóstico del 30% de los pacientes una alta probabilidad de morir por otro intento, sobre todo

durante el año siguiente al acto. Particularmente en personas con diagnóstico de depresión el nivel de suicidalidad se ve notablemente incrementado, si el individuo en cuestión ha presentado intento suicida previo (Gómez, 2011b).

1.6. Desesperanza

Viktor Emil Frankl [1905-1997] le da forma al constructo “sentido de la vida” en el libro *“El hombre en busca de sentido”*. Según este neurólogo y psiquiatra cuando una persona experimenta que su vida “tiene sentido” es porque ha alcanzado la capacidad de autorrealización personal (García-Alandete, Gallego-Pérez, & Pérez-Delgado, 2009).

Cuando no se logra este nivel de funcionamiento, la persona se siente frustrada, con desesperanza y sin metas propias. El vacío existencial acompañado de una visión pesimista de sí mismo, del mundo y del futuro, se potencian entre sí dando lugar al incremento de la probabilidad del suicidio (García-Alandete et al., 2009).

“Entre el vacío existencial y la desesperanza, por tanto, existiría una relación estrecha; ambas remiten a un estado de ánimo y motivación, de sentimientos y de expectativas sobre el futuro caracterizados por la apatía, el cansancio, la falta de ilusión, la sensación de inutilidad de la vida, el fatalismo y la desorientación existencial, pudiendo llevar a la comisión de suicidio. El riesgo de cometer suicidio se incrementa notablemente cuando se experimenta vacío existencial, tanto más cuanto más sinsentido resulta la propia existencia” (García-Alandete et al., 2009, p. 448).

En esta condición se asume que la desesperanza es el eje que se articula entre la depresión y la conducta suicida. Desde el lugar que ocupa matiza las distorsiones cognitivas que puede presentar un individuo con ideación suicida en depresión (García-Alandete et al., 2009).

Hunter y O’Connor (2003) descubrieron en un estudio comparativo de tres grupos y un total de 65 personas, que las expectativas que ellos poseían sobre su futuro y más concretamente aún la desesperanza, influyen e incrementan el riesgo suicida. Utilizaron para su investigación la Escala de Desesperanza de Beck con grupos control (Hunter, E. C. & O’Connor, R. C., 2003).

En un estudio prospectivo realizado por Beck et al. en el que incluyeron 1958 pacientes ambulatorios arrojó resultados importantes, en la dirección de detectar el síntoma de la desesperanza, como un importante factor asociado a la conducta suicida. En dicho estudio fue utilizada la Escala de Desesperanza de Beck (Beck, Brown, Berchick, Stewart, & Steer, 1990).

Colimón, Téllez-Vargas y Cisneros (2006) plantean que la desesperanza acompañada de un alto grado de neurosis, de la conducta agresiva, y del déficit en el nivel de elaboración cognitiva imperante, introduce al individuo implicado en el “triángulo letal” del que habla Schineiderman. En este “triángulo letal” están incluidos tres factores que son predisponentes para la conducta suicida. Estos factores son:

- 1- Odio contra sí mismo debido a una muy baja autoestima.
- 2- Un estado de agitación y tensión.
- 3- Una limitada capacidad de raciocinio que provoca la visión en túnel, sin poder percibir en su análisis más allá de la situación presente (Colimón, Téllez-Vargas y Cisneros, 2006).

Se plantea que una necesidad imperante de escapar de la situación dolorosa que envuelve al individuo con desesperanza, es acorralada por la incapacidad de encontrar la salida. El contexto de este encuentro en que la necesidad es aplastada por la incapacidad, es el suelo fértil para la desesperanza, que instala la idea de la muerte como una opción que le proporcionará alivio. Suele ser un individuo que se siente solo y carente de sentidos que den orientación para continuar viviendo, por lo cual comienza a generar planes para escapar del malestar mediante el suicidio (Colimón, Téllez-Vargas y Cisneros, 2006).

La siguiente cita pertenece a una paciente con depresión e ideación suicida:

” (...) la desesperanza, el sentirse impotente ante la vida, de pronto es mejor huir que seguir el resto de la vida con temor, con angustia. El quitarse la vida puede resultar aparentemente más fácil que seguir con tantas preocupaciones que cada día son más y más: el trabajo, el estudio, la crianza de los hijos, no tener dinero para las necesidades básicas (...)” (Colimón, Téllez-Vargas y Cisneros, 2006, pp. 106-107).

El estado de desesperanza unido a la ideación suicida, se convierte en un paralizador cognitivo, que impide extensión alguna de los alcances de la capacidad de análisis objetivo, limita de manera significativa la posibilidad de generar alternativas de vida y mejoras, que no incluyan la ideación suicida (Colimón, Téllez-Vargas y Cisneros, 2006).

La persona es consciente de varias situaciones, de su desesperanza, de su situación real problemática, de su falta de control y de voluntad para cambiar tanto el entorno como las ideas y vías de solución. Esto genera mayores niveles de angustia e impotencia, convirtiéndose en un ciclo cerrado que se circunscribe en el suicidio como solución. La persona se agota cada vez más mental y físicamente (Colimón, Téllez-Vargas y Cisneros, 2006).

Es en esta terreno de la desesperanza cuando *“El suicidio puede concebirse como una solución, una forma posible de huir, de evitar el sufrimiento, terminar de una vez por todas con el temor que no desaparece y la angustia que acosa, aunque por ello se deba pagar el costo más alto que puede pagar un ser humano: su vida”* (Colimón, Téllez-Vargas y Cisneros, 2006, p.107).

Según Colimón, Téllez-Vargas y Cisneros (2006) las personas que sobreviven a un intento suicida, en entrevistas reportan que antes de pensar en esta opción habían recorrido otras alternativas que pensaron efectivas. Que después del fracaso en este empeño es que comienza a emerger el suicidio como una opción, no sin antes entablar una lucha por resistir y sobrevivir (Colimón, Téllez-Vargas y Cisneros, 2006).

Antes de llegar al intento suicida la persona ha comenzado un proceso curioso que fomenta la desesperanza, donde a partir de la sensación de incapacidad de recibir y entregar afecto, se genera el desapego. Con la sensación de fondo de que todos sus seres significativos, logran armonizar con la vida y los acontecimientos y él no. Estas personas que antes eran muy significativas pasan a segundos planos. *“Pierde los lazos conectores con la vida, desaparece la motivación, siente que no le interesa nada, se suspenden sus deseos y deja de vivir en vida”* (Colimón, Téllez-Vargas y Cisneros, 2006, p. 109).

La desesperanza es considerada un aspecto esencial del espectro suicida a abordar y sobre el cual influir en el tratamiento psicoterapéutico (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

En la guía de abordaje de la prevención y tratamiento de la conducta suicida, del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de Galicia, se toma en cuenta la evaluación de la desesperanza como un síntoma para evaluar el riesgo suicida de los pacientes. Es considerada la Escala de Desesperanza de Beck como uno de los instrumentos recomendados, junto a la Escala de Ideación Suicida y la Escala de Intencionalidad Suicida, para la evaluación del riesgo suicida de los pacientes (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

En el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de Galicia consideran que algunas de las variables psicológicas que se vinculan a la conducta suicida son: la impulsividad, la tendencia al pensamiento dicotómico, la primacía de la rigidez cognitiva, que incrementa la dificultad para solucionar problemas. También se aprecian tendencia al perfeccionismo y a la sobregeneralización. Todo lo anterior en el contexto de la desesperanza instalada. Siendo esta última, junto a la rigidez cognitiva los más poderosos (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

“La desesperanza se considera el factor psicológico más influyente en relación con el riesgo de conducta suicida, ya que el 91% de los pacientes con conducta suicida expresan desesperanza en la escala de Beck” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011)

“Desesperanza: esquemas cognitivos que tienen en común expectativas negativas acerca del futuro, sea este el futuro inmediato o el más remoto” (p. 156).

La medición del constructo de desesperanza ha sido propiciada por Beck y sus colaboradores, con para ello elabora la “Escala de Desesperanza de Beck” (*Beck Hopelessness Scale, BHS*)” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 156).

1.7. Escala de Desesperanza de Beck

Chanto Alpízar (2004), realiza investigaciones en el ámbito de las creencias irracionales y pensamientos sobre la vida y la muerte en adolescentes. La muestra se conformó con 16 adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico costarricense, con antecedentes de intento suicida. Fue detectado que la mayoría de estos pacientes tenían creencias irracionales consistentes con considerar a la muerte como una forma de solución de problemas. Predominaban en ellos pensamientos depresivos, tremendismo, baja tolerancia a la frustración y la impulsividad como factores de riesgo. Otro de los factores de riesgo se refirió a los intentos suicidas reiterados que presentaban estos pacientes (Campos, 2009).

Para la medición de la desesperanza fue creada la antes mencionada Escala de desesperanza de Beck. Es una escala de tipo autoaplicada, que mide fundamentalmente el grado de pesimismo y el nivel de expectativas negativas hacia el futuro, a corto y a largo plazo (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974; Beck, & Steer, 1988).

Dado que la desesperanza es un factor de riesgo muy valorado para la predicción de la conducta suicida “(...) la APA propone que la desesperanza medida con la BHS debería ser considerada un factor de riesgo de suicidio y, en consecuencia, uno de los objetivos del tratamiento” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

La Escala de Desesperanza de Beck posee 20 preguntas que se responden según sea la afirmación para el evaluado como verdadero o falso. A cada respuesta se asigna puntuación de 0 o 1, y los

resultados oscilarán entre 0 y 20. El punto de corte para establecer riesgo de suicidio es de 9 en adelante, si la puntuación es de 9 puntos esto indica que la persona evaluada tiene menos riesgo suicida. Se ha hecho una traducción de la Escala de Desesperanza de Beck al castellano en España, pero esta no está validada. El único estudio encontrado en la literatura donde se evalúan sus propiedades psicométricas fue realizado en Perú. Este estudio arroja que los niveles de especificidad, indicarían que no resulta un instrumento útil que reporte datos exactos para escoger a los pacientes que se puedan beneficiar de un tratamiento (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

La Organización Mundial de la Salud en el estudio SUPRE-MISS se utiliza solo una pequeña parte de esta escala, que consideran suficiente para medir la desesperanza. Se refieren solo al ítem: de “*el futuro me parece oscuro*” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

1.8. El suicidio desde el constructivismo

La teoría de los constructos personales de Kelly (1969) reconoce a la persona como un científico que investiga e intenta anticiparse a los eventos y sus resultados a través de una organización funcional, y su estado de equilibrio pende de la incorporación de las discrepancias cotidianas de manera coherente en su “Sí Mismo” a través de su re-significación. Mientras lo esperado y lo experimentado por la persona sean congruentes, al menos de manera cercana en sentido y significado para él, no hay conflicto ni desequilibrio, no hay discrepancias y no se genera un aumento significativo de la necesidad de recursos para la re-significación o la recuperación de la coherencia interna.

Sin embargo cuando el hecho acontecido y la expectativa difieren entre sí, cuando la experiencia emocional asociada no es la esperada, la explicación con la que cuenta el sistema no es funcional para entender lo vivido y mantener la coherencia interna. Es entonces cuando se produce lo que se puede ilustrar como el incremento de la distancia entre lo tácito (experiencial) y lo explícito (explicación a esa experiencia). La persona moviliza recursos operativos en pro de hacer puentes funcionales, que den continuidad a la existencia del "Sí Mismo" y de paso otorgue nuevamente espacio para el despliegue a la capacidad de anticiparse a lo que acontece.

Cuando esta distancia se alarga y comienzan los tropiezos y fracasos en la anticipación de los eventos, es tan intensa la emoción como cuando se logra con éxito la anticipación de algo proporcionalmente relevante en la experiencia vital de la persona pero en el sentido contrario; que en algunas personas deriva en un acto de intento suicida.

Es en esta instancia de discrepancia donde comienzan a emerger las perturbaciones significativas, irresolubles y con ello la angustia en la persona que no logra resolverlas. En la persona que hace intento suicida, lo anterior derivará en procesamientos que seguirán la línea o patrón de la Organización de Significado Personal que predomine en él, en cuanto al contenido profundo, y nuevos intentos de anticipaciones fallidas reforzarán el ciclo de la angustia y la sensación de contraste con respecto a su entorno y los hechos que le afectan.

En estas circunstancias la realidad no se presenta como fuente de maleabilidad en la elaboración de sus expectativas, sino como un manantial de desconfirmación de su “Sí Mismo” y confirmación de sus angustias y desasosiegos. Determinadas personas insertas en este círculo vicioso se convierten en los autores que van esculpiendo, cual obra maestra, desde el plano operativo que se refleja en la

funcionalidad de las dimensiones operativas: su propia y autosustentable incoherencia interna, que sobrepasa los niveles de tolerancia hasta el suicidio.

Lo curioso es que una decisión como el suicidio, le coloca fin a toda posibilidad de volver a ser “el sujeto científico”, de anticipar y de seguir buscando otra propia verdad “distinta a la anterior”. Por tanto debe tener poderosas elaboraciones precedentes que se entrecruzan, se potencian y la resultante paradójicamente va en contra de la continuidad del sistema que se encuentra en situación de crisis.

Kelly contemplaba esto como un acto que de alguna manera intentaría validar alguna anticipación formulada. En este sentido el autor propuso dos alternativas que según su criterio le otorgan sensatez al acto suicida y a su vez las denomina dos condiciones límites para el mantenimiento de la vida, “(...) *saber todo lo que se vale la pena saber (...) e ignorar todo lo que vale la pena saber*”. Las enuncia de la manera que sigue:

- 1- “*Que el curso de los acontecimientos sea tan obvio que no tenga sentido esperar el desenlace.*”
- 2- “*Que todo parezca tan categóricamente impredecible que la única acción bien definida sea abandonar la escena*” (Kelly, 1969, pp. 230-231).

Cada ser humano intenta proyectar sus anticipaciones y en este empeño, hay momentos en la vida en que lo esperado no siempre coincide con lo que acontece en la experiencia vital, ante lo cual los desafíos son buscar y encontrar nuevas formas de significación que sean funcionales a su cotidiano.

Esta condición genera ansiedad, que según la perspectiva del constructivismo se denomina “*percepción del caos*” o crítica de que la situación real no está validando las anticipaciones. Esta contradicción suele revelarse de manera súbita donde aparentemente había certidumbre, pero su evolución solapada data de mucho tiempo. En este instante se carece de constructos para afrontarlas, y sin estos basamentos se está a merced de los acontecimientos (Kelly, 1969). No es la situación real lo que realmente desata la crisis, sino la concordancia o no con los constructos y la capacidad de anticipaciones y resignificación de la persona sumergida en ella.

Pero... ¿Qué tipo de anticipación actúa de una manera tan autodestructiva, que hace que lo que el sistema integre sea la “*no búsqueda*” de la coherencia, el final, dejar de lado su función esencial de continuidad? ¿Cómo significa la persona esta tendencia al suicidio? ¿Como un intento de validar y después continuar, o simplemente colocar fin al todo que lo implica? ¿Es correcto suponer que esta fue la alternativa que la persona encontró como la válida o confirmatoria con respecto a sus anticipaciones?

Según Kelly esto es el reflejo de que la persona ha optado por la *constricción* en su punto máximo *versus* la *dilatación* como polos de un mismo eje, con la finalidad de “(...) *intentar reducir el mundo a un tamaño manejable (...)*” (Kelly, 1969, p. 231). También afirma que si una persona ha tenido la posibilidad de moverse hacia el polo constrictivo, implícitamente la tendría para activar la movilidad al polo de la dilatación de este mismo eje. Es sobre esta base que se pudiera plantear, que vale la pena investigar los indicadores del nivel operativo de quien es propenso a un acto suicida, para intervenir en ellos antes de este suceso, ya sea durante o antes del momento crítico previo.

De acuerdo a la teoría de Slaiku (véase en Freeman & Reinecke, 1995) la naturaleza del suicidio indica un momento de crisis. Puede ser un momento en que se presenta una importante perturbación,

probablemente la mayor en toda la historia de vida hasta ese momento que genera disfuncionalidad extrema en la persona, que pone en juego y amenaza sus constructos nucleares y formas de significación.

Desde el modelo constructivista, con respecto a lo planteado anteriormente independientemente de un historial de impulsividad y las condiciones estresantes, que si bien tienen una alta relación con el suicidio, no siempre deberían derivar directamente en ello. De lo cual se puede inferir que generalizar en este sentido es perder de vista a la individualidad, a la persona, a la significación que asigna y la manera en que procesa los eventos que le acontecen. También una misma persona con las características impulsivas de base y un historial de eventos potencialmente desequilibrantes y estresantes, antes del primer intento suicida no había tenido esta vía como una variante válida en su repertorio de soluciones para el afrontamiento.

Es en este punto donde hay que explorar la existencia de factores que de manera circunstancial se presentan y derivan en la decisión de optar por el suicidio. ¿Qué sucede con ese mismo ser humano que en esa situación particular ha decidido luchar “dejando de hacerlo”? ¿Sobre qué base está procesando de manera diferente a como su sí mismo lo ha hecho hasta el momento? Es cuando debemos recurrir entonces a la contingencia psicológica emocional y cognitiva, al estado de funcionamiento del tiempo en que se encuentra tomando la opción suicida como válida.

Para el abordaje y comprensión del suicidio algunos enfoques de la psicología proponen efectuar una exploración psicológica de la historia del paciente que ha cometido un acto suicida y ha muerto. Investigan en sus notas, diarios, entrevistan a familias, amigos, colegas, y denominan esto como: Autopsia Psicológica del Suicidio. Es difícil desde el enfoque constructivista intentar el mencionado método para investigar el mecanismo y la organización que subyace a una decisión como esta. Quedaríamos insatisfechos y metodológicamente nos resulta incompatible con la epistemología de base, para hablar de una aproximación a la comprensión del asunto.

De ninguna manera con este método se tendría acceso a los significados otorgados al intento e ideación suicida, ni a las verdaderas emociones implicadas en el fenómeno. Probablemente tampoco tendríamos posibilidad de conocer a qué aspectos, personas o contenidos, les otorgó los significados más preponderantes en las estructuras nucleares de sus constructos personales. No se accede a ello sino a través de la propia persona, que para el momento de indagar ya ha cometido el suicidio.

Lo que hagamos o planteemos con este método de la autopsia psicológica del suicidio, que no es directamente a través de la persona en cuestión, será desde afuera. Finalmente serán solo conjeturas que quedan en el plano de las especulaciones y lo racionalizado, desde un frío marco metodológico de acuerdo al criterio y subjetividad del profesional que lo analice y por lo tanto, lejos de la verdad de quien ha transitado por la experiencia comentada.

1.9. Las dimensiones operativas

Es esencial mencionar en primer lugar de qué se tratan las dimensiones operativas. Aunque no se ha encontrado bibliografía referida a la relación de la funcionalidad de las mismas con respecto al suicidio, de eso se trata esta investigación: encontrar la relación funcional que se establece entre las dimensiones operativas y la ideación suicida.

Las dimensiones operativas son polaridades antitéticas cuya tendencia central es la mantención de la estabilidad del sistema, que cuando se ve amenazada a ciertos niveles que implican desborde de posibilidades, produce la activación de Mecanismos de Control Descentralizados o mecanismos de defensa.

Son mecanismos de control descentralizados porque ante la experiencia perturbadora responde instalando significaciones parciales o transitorias con respecto a la misma, con la finalidad de resolver demandas de cambio o de mantenimiento de la coherencia del sistema. Para que este proceso ocurra se sostiene en una circularidad dialéctica que implica: las condiciones del contexto, las condiciones interpersonales (personas implicadas), y las condiciones intrapersonales de la persona que experimenta (Yáñez, 2004).

La resultante en cuanto al nivel de adaptación y estabilidad de la coherencia interna del sistema, va a determinar lo eficaz o no del funcionamiento, así como la generatividad y la complejidad como medio para el paso a niveles superiores de progresión en la operatividad del sistema (Yáñez, 2004).

1.9. 1. Concreción-abstracción

Una de las dimensiones operativas se denomina concreción-abstracción. Se refiere a lo largo de su continuum a la capacidad presente de simbolizar los contenidos de la experiencia real, la vivencia en curso, a través del lenguaje y la abstracción en las correspondientes categorías conceptuales explicativas. En otras palabras: llegar a lo explícito, que simboliza lo tácito. Lo psicopatológico en estas polaridades es que la persona manifieste interferencia en el proceso de simbolización, o sea que tienda al polo de la concreción, que se da en situaciones en las que el sistema se encuentra con sobredemanda. Se produce la emergencia de resoluciones y significaciones transitorias, que abarca solo unos pocos contenidos de la experiencia en curso, y no se puede reconocer en ellos la presencia de las características propias del pensamiento abstracto formal (procesos deductivos, inductivos, analíticos y que tomen en cuenta lo global de la situación) (Yáñez, 2004).

Angel (2011) define operacionalmente en su cuestionario a la concreción como un relato descriptivo analítico de la experiencia en curso referido a lo contextual, acontecimientos y anécdotas, en tanto que para la dimensión abstracción señala que se refiere al uso de una categoría conceptual para referirse a una experiencia en curso.

Durante la niñez debido al desarrollo ontogenético del sustrato neurológico y las capacidades cognitivas alcanzadas, predomina un pensamiento y un procesamiento concreto. Sin embargo el hecho de que el niño no pueda abstraer conscientemente el significado de una situación, no indica que no pueda generalizar o percatarse de estar una y otra vez en un tipo de escena en particular donde no posee mucho control de la situación.

Al respecto Guidano (1987) plantea que “(...) *una escena representa la unidad básica de análisis desde el punto de vista de la experiencia de vida del niño - un conjunto de esquemas emocionales que ensaya y reproduce un sentido de sí mismo a partir de una experiencia concreta previa*” (Guidano, 1987, pp. 43-44).

Es entonces cuando, en base a la repetición de situaciones al evolucionar biológicamente, se generan las bases neurofisiológicas y la posibilidad del desarrollo de las capacidades cognitivas, entre ellas las capacidades del pensamiento de: síntesis, análisis, comparación y consecuentemente de la capacidad de abstracción.

Los niños durante sus años preescolares pueden integrar y separar los elementos que conformarían una situación. Este proceso de tomar la situación inmediata como un objeto y colocar distancia entre él y la situación misma, es lo que se ha venido a denominar: el “*proceso de descentralización*” (Guidano, 1987).

Guidano también habla de “*abstracciones concretas*”, y al hacerlo se refiere a este punto intermedio, en el cual el niño, logra identificar sentimientos en sí mismo pero todavía emocionalmente se encuentra externamente definido, ya que necesitan percibir el estado emocional de su figura significativa, para de cierta forma validar u otorgar una base sólida a su sentido de sí mismo en base a las emociones en curso (Guidano, 1987).

Durante la niñez aún se conserva lo que Guidano llama “*ligazón al objeto*”, porque aún, aunque verbalice sobre la situación, expresándose en la organización de una unidad con significado, esta elaboración la hace desde y apoyado en las cualidades y detalles concretos de la situación. Este producto de la cognición aún no es una abstracción totalmente independiente de la situación que le da origen, esto se alcanza como generalidad, alrededor de los 12 años de edad aproximadamente (Guidano, 1987).

Ya para ese momento no solo deja de atribuir directamente a los otros sus propias emociones; sino que las reconoce como tal, como emociones propias, abriendo paso a su identidad y a su manera de significar personalmente el mundo circundante. Emerge un sentido de diferenciación entre lo que identifica y cree que siente, y lo que piensa que sienten los demás. Comienza a emerger la cognición social al poder abstraerse de la situación concreta y dar cuenta de sus emociones propias, provenientes de una dimensión de tiempo con pasado y futuro. También para este momento logra atribuir una dimensión histórica al momento y situación específica que vive. Esto prepara el terreno para la futura creación de hipótesis e inferencias que se sustenten en un código conceptual superior y abstracto (Guidano, 1987).

De los procesos de identificación que son predominantemente tácitos, se traslada a un escalón superior de funcionamiento en el cual con sus nuevas capacidades cognitivas logra internalizar valores, creencias y elaborar sus propios significados. Se adentra en la capacidad de abstracción. Lo anterior ocurre sin dejar de lado la identificación que se sostiene en la interdependencia que mantiene el ser humano con respecto a las figuras significativas, que alimentan los procesos de identidad, de significado personal y de autoconocimiento (Guidano, 1987).

Tanto durante la adolescencia como en la adultez, aunque los personajes que giran en torno a los lugares significativos para la persona en crecimiento vayan cambiando en el tiempo, según la etapa de la vida en la que se encuentre y según la historia que lo precede, siempre tenderá a mantener vínculos a través de los cuales conforma, apoya y expande su realidad personal (Guidano, 1987).

En la adultez claramente los vínculos continúan y ayudan al autoconocimiento, pero ya se ha alcanzado un sentido más pleno, estable y diferenciado de la propia identidad personal. Al interactuar con los otros, en un nivel más abstracto está en juego una especie de relación dialéctica de reconocimientos, donde la persona se reconoce a sí misma con elementos propios, a través de la interacción con los demás. Así como también reconoce en otros características que pueden ser reconocibles en sí mismo a pesar de haberlas reconocido en otros (Guidano, 1987), en el plano de la mencionada interdependencia pero en un nivel más abstracto. Ya en la adultez el ser humano no está tan sujeto a situaciones concretas, sino a generalizaciones y simbolizaciones que se han ido forjando desde la historia de la propia identidad.

Es en esta etapa de adultez donde en la coyuntura de la interacción entre emoción y cognición se alcanzan los llamados meta guiones de Schank & Abelson, mencionados por Guidano (1987). Los meta guiones son esquemas emocionales integrados a un nivel superior: al de la abstracción de los guiones, que sirven posteriormente a las estrategias de control emocional y a las estrategias de control de sus relaciones afectivas.

Cuando se activa la percepción del yo, solo a través las circunstancias concretas y dicha percepción va ajustada a los eventos circundantes, esto es lo que Guidano (1987) llama "*el yo aparente*". Lo cual es una funcionalidad descentralizada de las dimensiones operativas.

En cambio cuando las circunstancias y los eventos que rodean la situación no son el punto de referencia para hallar al "yo", sino el "propio yo" en curso encontrándose con sus límites internos en su propio despliegue, entonces estará en curso el funcionamiento en un polo centralizado, equivalente al polo de la abstracción sobre el sí mismo. Es lo que Guidano (1987) llama "*el verdadero yo*", que tiene en cuenta de manera simultánea: el yo del presente, del pasado y la anticipación del futuro. Ese verdadero yo está en conexión con la situación, pero a la vez descentralizado de ella misma, para girar centralizado en el "yo" que se auto refiere de manera autónoma e independiente.

Para el manejo y entendimiento de este proceso de centralización y descentralización, el ser humano se apropia del lenguaje, a través del cual logra articular, simbolizar y abstraer conceptos que contengan la articulación de los contenidos en juego.

Somos impactados por la experiencia en el nivel tácito. Guidano plantea que este nivel tácito es el que elabora la información para ser procesada a niveles cada vez más abstractos pero paralelamente la información es procesada en el nivel explícito. Sin embargo el resultado de este procesamiento que parte de una experiencia concreta, recibida a nivel concreto con una tonalidad de impacto, es procesada y devuelta al nivel tácito nuevamente, con un alto nivel de abstracción. Estas elaboraciones generan representaciones muy abstractas que vuelven al nivel tácito y no consciente, que genera un marco de referencia para la persona para las nuevas situaciones concretas que lo impactarán en su cotidiano de vida, y esto es el resultado de un nivel de funcionamiento eminentemente abstracto.

Las elaboraciones ahora están en un nuevo marco tácito re-acomodado e impregnado de elaboraciones abstractas provenientes del nivel explícito, niveles que son diferentes pero estrechamente interrelacionados.

Ante una situación específica se activa una autoimagen, la cual está altamente asociada a las circunstancias percibidas, ya que estas justamente la han activado. Es en ese contexto en el cual la

autoimagen más preponderante que desemboca es la que sostiene como base la identidad percibida de la persona que se despliega.

El nivel de auto-conocimiento que alcanza un individuo, es directamente proporcional a la posibilidad que ha tenido de acceder a las estructuras más profundas y abstractas de su nivel tácito, al resumen más abstracto de su historia, de su ontología emocional y experiencial.

1.9. 2. Rigidez-flexibilidad

La flexibilidad es la característica que permite evaluar cada situación y contar con diversas alternativas para responder ante las exigencias de un medio diverso también. Cuantas más posibles respuestas de variada índole la persona pueda generar ante una situación de alta demanda que coloque en jaque la estabilidad y coherencia del sistema, mayor será la gama de posibilidades y la oportunidad de poder escoger una respuesta que garantice la mencionada continuidad y coherencia. Dentro de esta mayor cantidad de opciones se incrementa la probabilidad de escoger la que con mayor efectividad favorezca el incremento de la complejidad y generatividad del sistema en su proceso de adaptación, mantención y crecimiento cualitativo.

En el polo de la rigidez acontece todo lo contrario y la gama de respuestas posibles que se activa es menor o hay una única respuesta que usualmente conspira contra la mantención del equilibrio del sistema. Si este polo toma protagonismo se genera una situación en la que se dificulta la evolución ortogenética del sistema, con baja de la generatividad y por tanto tendencia a inaccesibilidad hacia el alcance de los niveles complejidad que pudiera lograr.

En esta instancia de desplazamiento en la presente dimensión, se encuentra que la flexibilidad de una operación se traduce proporcionalmente en mayor cantidad y calidad de las posibles explicaciones y respuestas aplicables a la experiencia en curso. Por lo tanto la persona que se encuentra funcionando en el polo de la flexibilidad posee un mayor número de opciones para seleccionar entre dichas explicaciones y respuestas, la que más armónica resulte con respecto a la mantención de su coherencia interna.

Se menciona que lo psicopatológico relativo a esta dimensión operativa, es que el material de la experiencia vital tenga dificultades para ser registrado e integrado al sistema de conocimiento de una persona que se encuentra funcionando con tendencia al polo de la rigidez. Si esta tendencia se mantiene durante el proceso de desarrollo se dificultará la progresión ortogenética, la capacidad de generatividad y el necesario incremento de la complejidad del sistema. De mantenerse en este extremo del polo rígido, se cierra en un proceso recursivo en el que la propia tendencia a la rigidez no permite el encuentro con nuevas ópticas que permitan el fluir de la complejidad de menos a más, que es el fluir natural que debería acontecer (Yáñez, 2004).

Los mecanismos estereotipados y rígidos en exceso de la propia coherencia interna son los que usualmente marcan el inicio de una disfunción cognitiva. Esto lleva a la persona al desequilibrio, dada la imposibilidad de sostener la continuidad frente a una realidad perturbadora, que exige del sistema la activación de sus cualidades esenciales: la generatividad y complejidad.

Los niños pequeños como es sabido están sujetos a la inmediatez y carecen de control de la conducta. Esta misma inmediatez, limita la posibilidad de desplegarse en el polo de la flexibilidad que

posibilite y facilite su adaptación. Esta característica los hace más vulnerables ante situaciones ambiguas complejas, debido a que carecen de movilidad y no pueden efectuar una búsqueda exitosa de recursos cognitivos para la comprensión, la detección de puntos medios y la modulación emocional a través de los matices (Guidano, 1987).

“Quienes somos y lo que experimentamos de un momento a otro no está determinado unilateralmente por un único "uno mismo ejecutivo" reinante; sino, que es el producto de competencias progresivas entre subprocesos versátiles. Somos, en otras palabras, expresiones momento-a-momento de un número incalculable de realidades personales en competencia” (Guidano, 1987, p. 74).

En este punto Mahoney expresa indirectamente y sin intencionalidad, un atisbo de lo que posteriormente en el constructivismo sea definido como las dimensiones operativas. La persona se moviliza en ellas ante cada situación, o sea en cada “momento-a-momento” en todo el continuum que está entre los extremos de cada polaridad antitética. Esta movilidad da como resultante un espectro de conductas, en ocasiones impredecibles para un observador común e incluso para la persona en cuestión. Es en estas instancias, cuando la propia persona se extraña explícita o implícitamente de sus reacciones, de sus capacidades y de sus modos de afrontamiento. Es probablemente en este contexto de extrañamiento extremo, en el cual su respuesta se torna indescifrable explícitamente, en el contexto en el cual surge la perturbación irresoluble y generadora de desequilibrios. Ocasión en la que además se incrementa la movilidad entre las polaridades de las dimensiones operativas que puede convertirse en consecuencia y causa del sostenimiento en el tiempo de la falta de coherencia y continuidad del sí mismo inestable.

Este dinamismo no deriva solamente en desequilibrio, también puede constituirse en lo que se convierte potencialmente en la puerta de entrada a las posibilidades de flexibilizar cognitiva y emocionalmente a la persona para la escogencia de respuestas, dentro un amplio espectro, ante situaciones diversas sin que esto sea un motivo de perturbación interna. La persona en cuestión afrontará las más variadas situaciones movilizándose a lo largo de las polaridades antitéticas con patrones conductuales resultantes muy distintos entre sí, dependiendo de la circunstancia. En el mejor de los casos logrando una adaptación, que permita mantener su coherencia interna y la continuidad de sí mismo, intactas.

Es decir, la persona se encuentra en este sentido, funcionando en el polo de la flexibilidad, se ubica en un punto clave que facilita a su vez la movilidad en el resto de las dimensiones operativas de una polaridad a otra sin que esto signifique un desequilibrio en sí, sino modos de adaptarse momento-a-momento ante cada circunstancia prevista o imprevista, como suele ser la realidad misma en su cotidiano de vida.

En cuanto al cambio personal, constantemente estamos expuestos de manera potencial a presiones externas e internas, que según su preponderancia (determinada por el significado del contenido que toca y la fuerza con la que presiona) nos resultan desafiantes, en tanto colocan en juego la integridad y mantención de la coherencia del sí mismo. Cuando estas situaciones desafiantes presionan a un nivel potente, pero que no desestabiliza al protagonista, es cuando este puede reorganizar su actitud hacia la realidad, puede efectuar pequeños cambios y reajustes que le permitan comprender, explicarse, buscar teorías sobre lo que sucede y solucionar lo que le ocurre. Es cuando la situación en curso está bajo su foco atencional, y todo esto sin llegar a modificar elementos propios de su identidad. Estamos en presencia de una persona que si frecuentemente tiene estos logros,

encontramos que funciona en el polo de la flexibilidad. Ocurre entonces lo que Arnkoff y Mahoney llaman “*cambios de superficie*” (Guidano, 1987).

Plantea Guidano (1987) que el ser humano llega a alcanzar “*Un sentido de la percepción de sí mismo de actor cuyas características emocionales y cognitivas percibidas están tan inculcadas que operan automáticamente. Este arreglo permite economizar esfuerzo para concentrar la conciencia y el pensamiento racional hacia dominios específicos de la experiencia aunque también limita la flexibilidad del sujeto. Como la cognición y la acción se han automatizado, no son realmente accesibles al procesamiento consciente, y por eso son difíciles de modificar*” (p. 89).

“El doble filo de la integración del sí mismo”, puede parecer una frase que echa por tierra lo que se intenta lograr en el transcurso del período vital de un ser humano que apunta al equilibrio, sin embargo tiene su explicación.

Es posible que en una persona que ha logrado con la madurez, la integración de sus características emocionales, cognitivas y conductuales ante ciertas situaciones, mientras no exista un estímulo intenso que coloque en jaque dicha integración, más probabilidades existen para que esta integración se automatice excesivamente. Lo anterior, al punto de volverse casi inaccesible al sistema de conocimiento, y más allá, al sistema de meta-conocimiento y al nivel explícito de la persona que lo vive.

Así la integración es un logro del sí mismo en la dirección que indica el fruto de la continuidad y la coherencia interna, que para actuar libera de la angustia y el costo de estar en una permanente reestructuración y reconocimiento de sí mismo en el mundo mientras no haya situaciones que perturben. Sin embargo en ocasiones se puede convertir en un bloqueo para acceder conscientemente a estas estructuras que siempre son modificables y perfectibles en la trayectoria del crecimiento y la ampliación del espectro de recursos disponibles.

Es decir, la persona que con cierta flexibilidad ha logrado adaptarse a algunas situaciones específicas, ha generado recursos suficientemente eficientes, pero limitados en su potencial eficacia para la diversificación, ya que no tendrá facilidad para la generación de nuevas estrategias.

Lo anterior acontece al constituirse, no en un contenido accesible sino automatizado. Aparentemente se ha adaptado, pero por otro lado se habrá estado movilizándolo lento y subrepticamente al polo de la rigidez en la medida en que a lo largo del tiempo, sus respuestas eficientes se han automatizado en la dirección del encuentro con la coherencia interna y la sensación de continuidad en el tiempo. De manera que lo aparentemente flexible e indicador de adaptabilidad, puede convertir a esta persona, aparentemente equilibrado, complejo y adaptado, en alguien que se acerca al polo de la rigidez en tanto esos niveles de funcionamiento alcanzados, en un momento que requiera de flexibilidad, no tengan acceso para ser modificados.

1.9. 3. Exclusión-inclusión

La exclusión-inclusión se refiere a la capacidad del sistema de conocimiento para la integración de nuevos contenidos, desde el “yo” que experimenta y actúa, inmersa la persona en fuertes presiones de su experiencia en curso. No solo para integrar, sino para simbolizar el material perturbador desde el “mi” que observa y evalúa (Yáñez, 2004).

En este proceso se gesta la operación de autorreconocimiento, en el cual es posible producir un sentido unitario de sí mismo, emergente de la posibilidad autorregulada de funcionar, desde la diferenciación de los límites de la mismidad para el mantenimiento del sistema y la ipseidad para los procesos de cambio (Yáñez, 2004).

Mediante el despliegue de la inclusión se pone en marcha un proceso esencial para la integración de nuevos contenidos a la coherencia interna. La persona que es inclusiva en este sentido es capaz de incorporar contenidos nuevos a su sistema. Que aunque sean perturbadores, logra trasladarlos desde un nivel tácito que es donde se presentan durante la experiencia en curso, hacia un nivel más explícito que involucra la simbolización y la explicación de lo novedoso que le acontece, sea bueno o malo y que independientemente de su signo, es perturbador (Yáñez, 2004).

Esta capacidad de incluir a través del procesamiento cognitivo y emocional dichos contenidos de la experiencia en curso, ha de hacerlo sin que se afecte la continuidad y la coherencia de la experiencia de seguir siendo el mismo “sí mismo”. Es decir, sin dejar de auto reconocerse en el proceso, y sin perder la potencialidad de diferenciarse y reconocerse a la vez en la perturbación, sin perder la posibilidad de mantener su mismidad en la ipseidad (Yáñez, 2004).

Esta polaridad de la dimensión operativa en particular es una constante en todos los sistemas, ya que el ser humano desde lo biológico propiamente tal viene diseñado para ser selectivo (ajustado para sensibilidad a un espectro de colores limitado, a un rango auditivo limitado) desde su limitación, con respecto a la información contenida en la multiplicidad de estímulos que lo impactan en todo momento (Yáñez, 2004).

Existen dos tipos de exclusión: *exclusión natural* que se refiere al sesgo que efectúa el “sí mismo” sobre la sobreabundancia de la información que se procesa en el sistema nervioso central. En cambio el otro tipo de exclusión es la *exclusión defensiva* que excluye el contenido medular y especialmente perturbador, que resulta amenazante para la mantención y continuidad del sistema (Yáñez, 2004).

La psicopatología en este caso estaría dada por una desmedida tendencia a la exclusión. El funcionamiento en este polo impediría ampliar las dimensiones del conocimiento para obtener mejores posibilidades de transformar las perturbaciones en información significativa para el propio orden experiencial, e incremento en la complejidad del sistema (Bretherton & Munholland, 2008, en Fresno, Spencer y Retamal, 2012; Yáñez, 2004).

Pero en el ámbito subjetivo, la acción de excluir un contenido que está siendo perturbador puede provocar una ceguera peligrosa para el sistema. Ya que por mucho que se excluya un contenido impregnado en las circunstancias en las que una persona es perturbada y en las cuales continuará, eso no significa que se libere de las demandas, ni que haya resuelto la situación problemática. Además que dicho polo aísla a la persona involucrada en un estilo, que casi podría colindar con una estructura psicótica (en el extremo de este mecanismo de funcionamiento descentralizado), desconectado de la evolución de la situación demandante, que con independencia no se resuelve, cobra vida y fuerza hasta ser incluso ineludible e “*inexcluíble*” para el sistema afectado (Yáñez, 2004).

Vittorio Guidano (1987) nos habla de la subjetividad del ser humano como una complejidad autoorganizada, en cuya autoorganización se van dando cada vez niveles más complejos de funcionamiento, centrados en la diferenciación, en la unicidad y la continuidad histórica. En este

camino se producen espontáneamente exclusiones de otras personas, de situaciones, de momentos de la historia, de algunos lugares, que son por sí mismas exclusiones necesarias.

La necesidad de excluir o incluir un contenido, que en cada momento influye en el proceso de individualización de cada ser humano, se determina multifactorialmente. Sin embargo, los posibles factores que conforman el telón de fondo para el mecanismo de la exclusión o la inclusión no se comportan tan predeciblemente, no hay un continuum que rija su principio de activación, ni una lógica ponderable única o externa. Esto ocurrirá en la confluencia de la realidad, con elementos tácitos como la continuidad histórica de la persona, la relevancia de la situación para esa persona en particular, la coherencia interna que lo sostiene y su contenido asociado, el momento emocional de su ciclo vital en que se da una determinada situación, entre otros innumerables factores, que en ese instante en particular confluyen para que el sistema autoorganizado opte por la que considere la mejor de las opciones.

En los procesos de formación de la identidad durante la niñez, cuando aún la relación padre-hijo es muy cercana, los padres o cuidadores tienen una influencia fuerte sobre la forma en que los niños aprenden a identificar las emociones que conforman su espectro emocional. Según Bowlby, si el niño siente emociones diferentes a las de los padres frente a una situación determinada, los padres tenderán a excluir de esa realidad contextual dichos sentimientos o pensamientos del niño, tan diferentes a los de ellos (Guidano, 1987).

Esta exclusión puede ser consciente o inconsciente, y al suceder aquello en reiteradas ocasiones, puede llegar el momento en que el propio niño excluya de su sistema de significados y vivencias conscientes, estos mismos sentimientos y pensamientos. Los cuales ya han sido tantas veces excluidos por sus padres frente a esas situaciones. Redefiniéndose así un sistema nuevo y distinto del que podría haberse generado, de no haber excluido sus propios pensamientos y sentimientos sobre las situaciones y eventos vitales (Guidano, 1987).

Plantea Guidano (1987) que esta situación repetida puede influir también en los patrones de autopercepción. En esa persona en desarrollo, que se ha ido adiestrando y acomodando hacia la exclusión de información externa e interna significativa, el sistema se ha educado con la tendencia a excluir experiencias emocionales que por su naturaleza son propias de su identidad, que a su vez le generan poca confianza en ese espectro emocional vivenciado, que le daría sentido y coherencia interna.

Referido lo anterior, a futuro será probablemente un gran factor de carácter automático, que jugará en contra de la posibilidad de identificar emociones propias, ante la ausencia de un punto de referencia externo que le dicte qué sentir ante cada situación que viva (Guidano, 1987).

A través de la inclusión, se van estructurando los patrones de experiencia emocionales y cognitivos, cuyos límites están dados por los denominados por Guidano (1987): “bordes tácitos de significado”. Los mencionados bordes le dan al procesamiento de la experiencia un orden que garantiza la coherencia interna del flujo emocional que incluye; dejando fuera o excluyendo a partir de ese “borde tácito de significado” lo que en el proceso de comparación y selección de la experiencia significativa, no le ofrezca o esté en contra de esa consistencia y continuidad alcanzada.

Es de suponer que cuando estos contenidos no pueden ser asimilados y la persona activa lo perciba, se generen y se diferencien nuevos dominios emocionales y se amplíen entonces esos “bordes tácitos

de significado” en un continuo sin discrepancias perturbadoras. Así, esto se constituiría un incremento de la complejidad y la generatividad del sistema que se desarrolla cualitativamente a un nivel de funcionamiento superior (Guidano, 1987).

Cuando J. Bowlby (en Guidano, 1987) se refiere a los mecanismos de defensa que operan durante la niñez, habla de la capacidad de los niños de excluir de manera selectiva el contenido del flujo sensorial entrante, que proviene de dominios que son perturbadores para su equilibrio. Cuando estos niveles de exclusión alcanzan puntos muy extremos, ante situaciones intensas, dramáticas y no eludibles, ocurre lo que Bowlby denomina *desconexión cognitiva*, ocasión en la que la respuesta y la situación en curso, no tienen una aparente relación.

En este sentido Bowlby (1969, 1973, 1980, en Fresno, Spencer, & Retamal, 2012) estudia las representaciones mentales que se generan en el niño, sobre sí mismo y sobre la relación que sostiene con su cuidador. A estas representaciones mentales las llama “Modelos Internos Operantes” (MIOs). Los MIOs surgen en la dinámica que se establece entre el cuidador y el niño (en Fresno, Spencer, & Retamal, 2012).

Los ingredientes de los MIOs en el contexto de este vínculo, son dos extremos idealmente complementarios y fundamentales: por una parte las demandas del niño manifiestas en su conducta, y por la otra parte las respuestas que el cuidador significativo da ante dichas demandas (Bretherton & Munholland, 2008, en Fresno, Spencer y Retamal, 2012).

“Bowlby (1980) plantea que en situaciones de maltrato tempranas los niños desarrollarían procesos defensivos para enfrentarlas, tales como la exclusión defensiva y la segregación del sistema principal” (Bretherton & Munholland, 2008, en Fresno, Spencer y Retamal, 2012).

Cuando no es completa la exclusión y la desconexión cognitiva, lo que suele suceder, es que el niño tiene la posibilidad de desviar su atención hacia otro foco que salvaguarda el tener que afrontar e incluir lo que resulta tan perturbador. A este nivel Bowlby habla de *“actividades distractoras”* cuyo fin no es el aparente de la actividad o la demanda como se ha explicado, sino el de mantener intacta la identidad y la continuidad existente hasta el momento (Guidano, 1987).

Cuando un esquema emocional es excluido, este queda en el nivel tácito en su forma más primitiva y se interrumpe su rumbo a ser procesado de manera explícita. Sin embargo este proceso trunco no hace que el esquema primario emocional deje de existir, sino que seguirá influyendo desde la sombra, generando a su vez mayores niveles de exclusión de la información y de las emociones que se asemejan a ese rango. De esta manera ese contenido se aleja cada vez más de la posibilidad de convertirlo en objeto de pensamiento, o sea en contenido explícito (Guidano, 1987).

El hecho de desplegar en tan escasas ocasiones la aplicación de la práctica cognitiva a las emociones, debido al mecanismo de control descentralizado de la exclusión frecuente de contenidos significativos y desestructurantes para la persona, se limita el uso del pensamiento consciente y el metaconocimiento. Paralelamente también se minimizan las posibilidades de distanciamiento y descentralización. Sin embargo, ello no libera al sistema consciente de estos contenidos porque ellos por sí solos llamarán la atención de la conciencia, que no cuenta con los recursos necesarios para su racionalización, para llevarlo al nivel explícito, para colocar estos contenidos en el terreno del conocimiento (Guidano, 1987).

1.9. 4. Reactividad-proactividad

Weimer a través del desarrollo de las teorías motoras de la mente, echa por tierra la concepción del ser humano como un ser pasivo, eminentemente receptivo que solo se deja impactar por los estímulos que le alcancen. Desdibujada esta imagen poco favorecedora, se instala la nueva perspectiva epistemológica a través de la cual el ser humano es quien construye activamente el conocimiento a partir de la información que recibe, interactuando activamente y modificando la realidad que le circunda. Alcanzando cada vez niveles distintos de construcción del conocimiento, de modificación y de conceptualización del mundo y de sí mismo, así como de su conducta en el entorno circundante (Guidano, 1987).

Sin embargo, las características innatas de la persona de cierta forma predisponen a un estilo de enfrentamiento ante las demandas del mundo real, y a esto se refiere la cuarta de las dimensiones operativas: reactividad-proactividad, aquí explicada. El grado de persistencia y permanencia en el nivel de respuesta afectiva, cognitiva y comportamental, que caracterizan a la persona ante los eventos perturbadores.

La psicopatología presente en esta dimensión, apunta a la negación del conflicto con la realidad o el desentendimiento de la persona con la situación y se refiere al polo de la reactividad. El polo reactivo es opuesto a la propositividad en función del despliegue de competencias del sistema de significación, que sí facilitaría una respuesta desarrolladora ante la demanda en curso.

Yáñez (2004) para definir la reactividad se refiere a la activación consecuyente y mínima del sistema, resultante de la interacción no prevista ni anticipada con el entorno, que presenta inminentes y desbordantes demandas, vivenciadas como tal por un sistema hipoactivo tanto motora, como emocional y cognitivamente (Yáñez, 2004).

Esta tendencia no generará suficientes oportunidades de activación y despliegue del sistema de significados de la persona para resolver situaciones nuevas y demandantes; por ende no encontrará dicho sistema las oportunidades necesarias y suficientes para propiciar su propio desarrollo ortogenético, ni el incremento de su complejidad y generatividad (Yáñez, 2004).

La proactividad en cambio, Yáñez (2004) la vincula a la descripción de un estilo de afrontamiento activo de la persona ante las demandas que surgen del ambiente. Si el individuo en cuestión se moviliza cognitiva, afectiva y motoramente en pro de prever y anticiparse a la resultante de las demandas desbordantes, esto le permite tener un mejor manejo de la situación. Podrá desplegarse en sus respuestas, mediante el engranaje de sus potencialidades y con la generación de una estrategia de afrontamiento más provechosa, lo que aportará al incremento de la complejidad y el crecimiento ortogenético del sistema (Yáñez, 2004).

La proactividad abre las puertas a la propositividad, que implica a las competencias del sistema de significados para resolver las demandas desbordantes, en términos de significación e integración a la coherencia sistémica y a la continuidad del mismo (Yáñez, 2004).

1.9. 5. Evitación-exposición

En cuanto a la dimensión operativa evitación-exposición, esta describe la actitud que asume una persona frente a las demandas que le exigen más allá de su funcionalidad estándar, derivando en algún nivel de perturbación. Ante una situación perturbadora hay dos opciones: la de enfrentamiento (exposición) o la de escape (evitación). Opciones que son antiéticas y en las que la psicopatología se expresaría en un estilo de resolución de evitación, que limita las posibilidades de crecimiento y desarrollo del sistema, por lo tanto se constituye en una dificultad para la adquisición de mayores niveles de complejidad (Yáñez, 2004).

El proceso de emergencia de las emociones y de la conciencia de sí mismo en el mundo, se encuentra muy relacionado en el desarrollo ontogenético con la formación de las escenas nucleares. Las escenas nucleares se van conformando con la repetición de un hecho específico, o un patrón de acontecimientos con una alta carga afectiva para la persona. Debido a la recurrencia de dicha escena esta se torna prototípica.

La distinción que convierte una situación en una escena nuclear, no depende tanto de la similitud en los hechos concretos que acontecen o del lugar en el que ocurren, ni de la magnitud de los eventos mirados desde afuera, tampoco depende de las personas involucradas. La distinción de cada evento depende mayormente del significado y la emoción que son atribuidos por propio individuo que la vivencia. Cuando esta carga emocional es muy intensa; además debe sumarse a ello la sensación de perturbación del involucrado, que se traduciría en la imposibilidad de poder movilizarse a través de los polos de la dimensión operativa evitación-exposición, ya sea para directamente afrontarla o para evadirla. Ante situaciones en extremo perturbadoras puede existir en un individuo activo la tendencia a funcionar en el polo de la evitación, como mecanismo de acción descentralizado, a través de lo cual lograr evitar la exposición emocional sin defensas ante la intensidad del evento en curso (Guidano, 1987).

Cuando una situación resulta “descentralizadora” para la persona, recurre precisamente a los mecanismos de control descentralizados. Ello implica movilidad a través del continuum de las dimensiones operativas, para mantener las emociones intensas involucradas por debajo de niveles críticos que no puedan ser tolerados por la persona. Entre los mecanismos de control descentralizados está la evitación como se ha mencionado. Sin embargo cuando se despliega este mecanismo de acción descentralizado con alta frecuencia, se puede convertir en un patrón específico de reacción, que es súper utilizado en función de sostener cierto “equilibrio” del sistema (Guidano, 1987).

Específicamente la evitación es una actitud que incluye las dimensiones: cognitivas, afectivas y comportamentales. La tendencia de la evitación es a evadir un encuentro directo con las circunstancias, personas, pensamientos, objetos etc. que puedan resultar perturbadores por su significado en los esquemas de la persona. El contenido o situación que es evadido, es debido a que producto de este impacto sea el sistema demandado de sobremanera, sin poder gestionar sus recursos en pro de resolver la situación, sin que devenga en la pérdida de su coherencia interna.

Esta actitud puede jugar un rol protector desde el punto de vista operativo, temporal y específico. Sin embargo, aplicada de manera repetida hacia lo más profundo, estaría limitando y bloqueando desde ese funcionamiento evasivo, las posibilidades de crecimiento del mismo sistema que intenta proteger. Es decir, que a su vez lo limita en la tendencia a la exposición centralizadora, que se supone natural, para el incremento de la generatividad y la complejidad del sistema.

Sucede lo contrario con la hegemonía del polo de la exposición, en este caso la actitud es activa en la dirección del afrontamiento de la situación demandante. La situación en extremo demandante incluso pudiera desbordar las capacidades del sistema, explotando al máximo sus posibilidades, pero a su vez ampliando el chance de procurar su crecimiento cualitativo.

En el ámbito de la relación padre-hijo, es donde se producen las interacciones sociales que posteriormente derivan en los patrones de vinculación. Estos patrones de vinculación forjados en la relación padre-hijo, van a repercutir en la manera de vincularse de esos niños, en su edad adulta con el resto del mundo. Estos pueden comportarse de manera evitativa, agresiva o ambivalente (Ainsworth, 1979; Main & Weston, 1982; en Guinano, 1987).

Se ha detectado que incluso en primates el rol de la exposición a la interacción social, en este caso dirigida, es una vía esencial para lograr el proceso de auto-reconocimiento (Gallup, 1970 en Guidano, 1987).

1.10. Tránsito entre las polaridades de las dimensiones operativas

Las dimensiones operativas son polaridades que están en el nivel de funcionamiento superficial del ser humano, manifiestas en la conducta y en sus pensamientos más accesibles. Intervienen según su movilidad por las polaridades antitéticas, facilitando o entorpeciendo el desarrollo ortogenético del sistema. Lo anterior significa que de alguna manera las dimensiones operativas son dinámicas, tienen un potencial de adición, que al permitir el cambio del sistema, ellas mismas también evolucionan de manera complementaria, independiente y simultánea.

Una tendencia natural hacia la evolución que tiene cierta propensión a dirigirse desde los polos de la concreción, la rigidez, la reactividad, la exclusión y la evitación, hacia los polos de la abstracción, la flexibilidad, la proactividad, la inclusión y la exposición, respectivamente, durante el desarrollo ontogenético de las personas. Sin embargo la condicionante más importante para hablar de la evolución y funcionamiento eficaz de las dimensiones operativas se gesta en la capacidad de movilidad entre un polo y otro, más que la posibilidad de desplegar funcionalidad solo en el polo supuestamente no psicopatológico, o que pudiera llamarse en este caso “no psicopatogénico”.

Los procesos mentales del ser humano son complejos, incluso detrás de una conducta aparentemente simple se puede esconder un complejo entramado subjetivo de relaciones causales, de pensamientos y asociaciones de ideas, de hechos y significados. Lo anterior se despliega sobre la base del sustrato biológico que es el sistema nervioso central, el cual organiza el influjo experiencial que recibe a través de los sentidos.

Plantea Guidano (1987) que: *“El orden sensorial puede ser mejor entendido como un mecanismo auto-organizado, clasificador - decodificador, que ordena y estabiliza el influjo constante a través de la detección de los patrones altamente abstractos de su propia actividad.”* (p. 18)

“(…) en una perspectiva evolutiva-motora, los aspectos tácitos y explícitos del conocimiento son la expresión de dos niveles de procesos cognitivos estrechamente interconectados. Los procesos tácitos-abstractos proveen el andamiaje aperceptivo a través del cual la atención

selectiva consciente está acotada, permitiendo la inserción y manipulación de reglas ordenadoras profundas en procedimientos explícitos de representaciones del pensamiento, por ejemplo, las teorías, las creencias, las estrategias de solución de problemas, y así sucesivamente” (Guidano, 1987, p. 20).

Las dimensiones operativas, son la expresión exterior y final del mundo interno, o más bien del esfuerzo del mundo interno colocando en juego todos sus recursos en pro de sostener el equilibrio. Son las que en su funcionalidad, dosifican la medida de la participación de una y otra dimensión operativa en cada polaridad, con la misión de mantener intacta la “salud” del sistema; tanto en el cotidiano de vida, como ante situaciones de alta demanda psicológica.

Las dimensiones operativas pueden ser vistas como el *sistema inmunológico subjetivo*, que protege y gestiona el intercambio psíquico con el mundo para una óptima construcción de una continuidad y coherencia interna. En esta gestión, las dimensiones operativas son capaces de generar ganancias para sedimentar sistemas con mejores capacidades. Para que la persona en cuestión incorpore experiencia de manera generativa y complejizando su sistema de conocimiento, y así se torne más adaptable. Para que se transforme de manera paulatina en un ser cualitativamente superior en función del entendimiento propio, de la construcción y reconstrucción del concepto de sí mismo y su rol en el espacio y tiempo en el cual interactúa con el resto del mundo y construye su realidad a través del conocimiento.

1.10.1. Tránsito entre las polaridades de la dimensión operativa concreción-abstracción

Cuando se logra la abstracción de un contenido, ha tenido este que pasar por varios niveles de procesamiento. La historia procesal parte con el impacto del estímulo concreto: visual, auditivo o por cualquiera de los sentidos, como también puede ser un “estímulo” proveniente de una propia elaboración mental sobre un tema, o un hecho concreto. ¿Es acaso patológico cuando la futura abstracción está en *gestación*, o cuando dicho proceso de *gestación* toma un tiempo que es propio de la persona que la elabora, y no con respecto a la dimensión temporal “esperada” o “supuesta”? Sobre todo teniendo en cuenta que el producto abstracto de la funcionalidad de esta dimensión operativa (concreción- abstracción) es una elaboración que contiene mucho más del individuo que la hace, que del estímulo concreto que la gestó, o de los estímulos y elaboraciones concretas desde donde fue suscitada.

El resultado final de una abstracción es la amalgama del contenido previo, a nivel implícito, sedimentado en el sistema de conocimientos del mundo y de sí mismo, que activamente impacta y se entremezcla con nuevos contenidos simbólicos o directos que provienen de una vivencia. Es curioso como después de recepcionar una información proveniente de una experiencia concreta importante, esta es amplificada en sus partes significativas, es literalmente desmenuzada, son aislados sus componente conceptuales fundamentales, es explorada y analizada en sus detalles a través del filtro de los significados personales.

De esta funcionalidad cognitivo-emocional se van sintetizando representaciones, que se van uniendo con las preexistentes y se va reestructurando una esencia casi independiente del hecho concreto que le da origen; pero similar al mismo en tanto es conducida a un reducto simbólico concreto. Partiendo de una base concreta como es un evento significativo externo, trabaja esta dimensión con la meta en

una abstracción tan pura que termina constituyéndose en un contenido sedimentado y concreto la experiencia en sí misma, imbricada con el conglomerado vivencial histórico, integrado en un todo armónico, que de cierta forma también es un producto subjetivo concreto, que continúa otorgando sentido al sí mismo y al yo.

1.10.2. Tránsito entre las polaridades de la dimensión operativa rigidez-flexibilidad

Según Guidano (1987) las etapas de la vida tienen una tendencia a transcurrir con un predominio de funcionamiento en el polo de la rigidez o la flexibilidad, dependiendo en gran medida del polo en el cual haya funcionado la persona en la etapa previa.

“(...) en el continuum normalidad-psicosis, la normalidad viene a corresponder a la flexibilidad y generatividad con la cual se articula una Organización de Significado Personal, a su progresión ortogenética fundamental a lo largo de su ciclo vital, como también a los niveles más elevados de complejidad organizada y de auto-trascendencia que es capaz de lograr” (Guidano, 1987, p.166).

“Una actitud rígida, estrecha y concreta hacia sí mismo usualmente hace difícil a la persona explicarse los procesos tácitos, en particular los más desafiantes - a decir, aquellas que realmente le entregarían la información más significativa para reestructurar los actuales patrones de sí mismo y del mundo, concordantes con su experiencia” (Guidano, 1987, p. 97).

Cabe preguntarse en esta instancia si siempre tendrá buen resultado funcionar en el polo de la flexibilidad. Mantener en el tiempo y ante todo contenido la tendencia a producir cambios en las estructuras de lo que ya está ordenado, puede llegar a resultar contraproducente. Tanto como resultaría contraproducente funcionar en el polo de la rigidez, considerado como el polo psicopatológico de esta dimensión.

1.10.3. Tránsito entre las polaridades de la dimensión operativa exclusión-inclusión

Para el manejo y entendimiento de este proceso de centralización y descentralización, el ser humano se apropia del lenguaje, a través del cual logra articular y simbolizar conceptos que contengan la articulación de los contenidos en juego.

En este contexto la polaridad de una u otra dimensión no es necesariamente síntoma de patología o inadaptación. Una persona puede estar en una polaridad usualmente pensada como patológica (ej. exclusión) sin que esto represente una ruptura de la coherencia o un signo de dificultad para significar o para acceder al contenido necesario para su explicación de la experiencia que acontece.

¿Acaso no se excluye una parte de todo contenido en la vida cotidiana? Por ejemplo cuando se asume una sola de varias explicaciones que ofrezca sentido a lo que acontece, y que a su vez dicha explicación también va en la dirección de la propia manera de experimentar el mundo y de estar en él, en coherencia con el propio sistema de significado. Posiblemente sí, se excluye lo que no es armónico, lo que carece de significado para el sí mismo. Se producen exclusiones a nivel consciente,

e inconsciente, de un contenido que a nuestros ojos no es susceptible de ser incorporado para explicarnos el evento en curso. ¿Es eso patológico?

La parte excluida puede que no haya sido necesariamente “excluida” durante el proceso de análisis. Ha sido excluida porque justamente después de haber sido percibida e investida con un significado, la resultante de este paso a nivel tácito, ha colocado al sistema de frente a un contenido que contrasta, difiere y quiebra el nivel de coherencia interna que ha logrado el individuo. La exclusión como mecanismo de control descentralizado, porta en su esencia un contenido que es precisamente excluido. Sin embargo, cabe señalar que esta exclusión solo es posible, después de haber sido procesado, no es excluido a priori, sino justamente por constituirse en algo con un alto grado de disonancia, después de haber sido “procesado” en algún nivel, y seleccionado como intolerable.

El contenido que ha de ser excluido, lo es porque ya ha sido codificado y procesado en algún nivel cognitivo y emocional. Por alguna razón el protagonista de los acontecimientos no puede sostener dicho contenido candidato a exclusión en el terreno de lo accesible, de lo explícito. Contenidos que por sus patrones implícitos en el procesamiento inmediato, son detectados como descentralizadores y son directamente enviados a lo más profundo e inaccesible del nivel tácito.

¿Cómo se analiza entonces, si la resultante final de esa dimensión operativa funcionando en una polaridad considerada “psicopatológica” (además de natural e inevitable), le ha dado al sistema la oportunidad de incrementar su complejidad y favorecer su desarrollo ortogenético? Es probable que, excluir temporalmente un contenido, que igualmente se almacena, sea la garantía de salvaguardar al sistema hasta el momento en que se encuentre listo para rescatarlo y procesarlo a los distintos niveles según su complejidad.

¿Es entonces este ejemplo de exclusión, un mecanismo de control realmente descentralizado?

¿Cuál es el contenido incompatible que *somete* a exclusión “saludable” el paciente con ideación suicida que aún se mantiene vivo, que aún no concreta en un hecho sus intenciones de morir? ¿Será que finalmente incluye antes de tiempo el tirano contenido sin saber cómo procesarlo, que lo lleva al fin, a la muerte? Quizás excluye el buen fragmento que lo salva, no sabemos, y en eso se está enfocando el presente estudio, para alejarse de especulaciones y dar con luces sobre la verdad excluida de la ciencia con respecto al suicidio.

1.10.4. Tránsito entre las polaridades de la dimensión operativa reactividad-proactividad

Teniendo en cuenta que la reactividad es una característica innata de todo ser biológico, y del ser humano cuya subjetividad se sustenta sobre una base biológica; se pudiera pensar que la proactividad es una resultante unida inexorablemente al sistema de conocimiento que evoluciona hasta ciertos niveles de funcionamiento. Sin embargo, no es raro observar que los niños desde pequeños pueden tener tendencias marcadas tanto hacia la reactividad como hacia la proactividad, y son ellos los que mayor potencial de cambio y desarrollo tienen en pro de la adaptación y el desarrollo de su sí mismo.

Por ejemplo es distinto un niño demandante que busca variadas estrategias para conseguir la satisfacción de su necesidad sujeta a la inmediatez, de un niño que ante la mínima imposibilidad llora sin desplegar una estrategia, sin perseguir su objetivo, o sin cambiar a una actividad distinta que capte su motivación.

El funcionamiento de un ser humano adulto puede predominar en el polo de la proactividad, por la manera de activarse ante circunstancias altamente demandantes. ¿Será toda conducta proactiva no psicopatológica? Cabe señalar que una respuesta considerada reactiva, puede resultar más funcional ante una situación específica, que una respuesta que se considere proactiva. Ante determinadas situaciones una respuesta reactiva consume menos recursos cognitivos, emocionales y de tiempo. Además puede llegar a resultar muy adaptativa, versus una respuesta proactiva, que indudablemente requiere niveles más profundos de elaboración y generación de opciones para afrontarla.

1.10.5. Tránsito entre las polaridades de la dimensión operativa evitación-exposición

Puede una persona llegar a evitar tanto contenido de la realidad perturbadora que derive en la tradicionalmente llamada psicosis. Puede dejar de tener en cuenta aspectos esenciales de la realidad circundante, hasta mostrarse tan distanciado de esta, que no logre distinguirla de sus propias elaboraciones mentales. ¿Será bajo estas circunstancias la psicosis una respuesta que brinda la ocasión de desconexión necesaria? Una desconexión “benigna”, para mantener alcanzable la cualidad de equilibrio, una vez trascendida la situación crítica que para la persona que la vive es intolerable en su máxima expresión.

La psicosis en sí misma puede ser adaptativa, en la medida que refleja movilidad entre los polos de la dimensión operativa evitación-exposición. ¿Qué sucede con los casos que han tenido una crisis psicótica aislada, y que no ha vuelto a suceder por el resto de su vida? ¿Podríamos decir en ese caso que la persona estaba en el polo de la evitación? ¿Sería correcto ignorar que esa crisis “de desconexión” ha sido lo que ha mantenido a salvo al sistema, lo que ha proporcionado la salvaguarda al equilibrio necesario para continuar con vida? Especulativamente pudiera tomarse en cuenta como algo adaptativo la ruptura que ha permitido *continuar*, aún con un quiebre significativo de la continuidad de esa subjetividad, pero a fin de cuentas, *continuar*.

En el caso del suicidio podríamos preguntarnos si acaso la persona que funcionaba en un aparente polo de exposición antes del hecho, abandonó la neurosis o la “normalidad”. ¿Será entonces que, por no funcionar en el nivel “psicótico” que facilita la evitación, y exponerse a la situación en extremo intolerable, es que se produce el quiebre fatal e irreparable de su continuidad y el propio sistema se autodestruye? Es decir, el individuo se suicida.

Dados los antecedentes mencionados y las interrogantes que se abren, se hace necesaria la investigación que aborde la temática. Para ello surge esta primera aproximación, en función de efectuar un primer acercamiento a la funcionalidad de las dimensiones operativas en personas que han presentado un gesto suicida y aún manifiestan ideación suicida activa.

2. Metodología

Este apartado trata sobre el método utilizado para el abordaje del tema de la funcionalidad de las dimensiones operativas en pacientes con ideación suicida activa, en el contexto de un trastorno depresivo.

A continuación se presentan: preguntas directrices, objetivo (general y específicos), características generales de la investigación. Las características de la investigación como son: tipo de estudio, diseño, selección de la muestra, instrumentos utilizados, procedimientos para la obtención de datos y para su análisis. Además, se hará mención de los criterios de científicidad, confiabilidad y objetividad que se utilizaron.

Para llevar a cabo la presente investigación, previamente fueron solicitadas las autorizaciones a las correspondientes instancias e instituciones. Fueron aprobadas las cartas de solicitud enviadas al Comité de Docencia e Investigación del Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”, al director del Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak” y al Comité de Ética e Investigación del Servicio de Salud Metropolitano Norte (Véase Anexos 1, 2, 3, 4, 5).

2.1. Preguntas directrices

Esta investigación tiene como foco el análisis del funcionamiento de las dimensiones operativas en pacientes con ideación suicida activa, en el contexto de un episodio depresivo. En tal sentido, se plantean distintas preguntas directrices, las cuales se mencionan a continuación:

¿Existe una funcionalidad específica de las dimensiones operativas que explique el procesamiento emocional de la persona que opta por la ideación y el acto suicida?

¿Hacia cuál de los polos se orienta la funcionalidad de cada una de las 5 dimensiones operativas en una persona que presenta ideación suicida?

¿Cómo se entiende desde la teoría, que un nivel de funcionamiento como las dimensiones operativas, cuya razón cotidiana es gestionar la mismidad y mantenimiento coherente del sistema, derive en el sostenimiento de una idea suicida, que en muchos casos desemboca en un acto de esta categoría que le coloca el fin irreversible al mismo sistema que debería sustentar?

De esta pregunta general derivan cuestionamientos tales como: ¿Es considerado el suicidio como una opción más de “mantención” de la coherencia interna? ¿Se violentan todos los límites y finalidades intrínsecas que fundamentan la existencia de las dimensiones operativas? ¿Se entrega el control a otra “dimensión”, “organización” o “estructura subjetiva” que desconocemos? ¿Qué sucede con el Sujeto Científico cuya naturaleza es anticiparse a los acontecimientos, que deja de “investigar”? ¿Renuncia a su esencia, hasta el límite del irreversible cataclismo existencial, subjetivo y físico? ¿Qué tipo de anticipación actúa de una manera tan autodestructiva, que hace que lo que el sistema integre sea la “no búsqueda” de la coherencia, el final, dejar de lado su función esencial de continuidad?

2.2. Objetivo general y objetivos específicos:

Objetivo general:

Explorar y describir la funcionalidad de las dimensiones operativas en personas que presentan ideación suicida.

Objetivos específicos:

Explorar hacia qué polo de las dimensiones operativas funcionan preferentemente las personas con ideación suicida.

Describir un perfil de desplazamiento en las polaridades antitéticas de las dimensiones operativas que se asocie a la ideación suicida en los pacientes estudiados.

Analizar los factores que pueden influir en la paradoja de la ideación suicida en el contexto del desplazamiento de las dimensiones operativas, cuya función es el mantenimiento del sistema.

2.3. Características generales de la investigación

El presente es un estudio exploratorio, que utiliza el análisis de contenido del discurso de los pacientes entrevistados, mediante una entrevista semiestructurada elaborada para la investigación en curso (Véase Anexo 7). La muestra es intencionada, conformada por personas con ideación suicida activa y diagnóstico de trastorno depresivo. Se utilizaron instrumentos de evaluación para el cumplimiento de los criterios de exclusión e inclusión.

2.3. 1. Descripción del tipo de investigación:

Estudio exploratorio

Casos únicos múltiples

La presente investigación se aborda mediante metodología mixta, con fuerte énfasis en su esfera cualitativa.

Muestra intencionada no probabilística.

Se basa en el análisis del contenido del discurso obtenido a través de entrevistas semiestructuradas realizadas a la población objetivo.

2.3. 2. Tipo de estudio:

Es un estudio exploratorio debido a que se constituye como una primera aproximación, en el contexto del análisis de las dimensiones operativas, al abordaje de la ideación suicida desde el constructivismo, al alero de la teoría de las dimensiones operativas como marco de referencia. En la literatura se registran alusiones pobremente desarrolladas sobre la visión del suicidio desde el

constructivismo, pero ninguna referencia sobre el mismo tema visto desde la funcionalidad de las dimensiones operativas.

Es a su vez un estudio descriptivo en la medida que pretende a caracterizar (describir) los contenidos y el estado de las polarizaciones de las dimensiones operativas, en pacientes con ideación suicida activa.

2.3. 3. Diseño del Estudio:

Diseño de teoría fundamentada. Es un diseño de tipo no experimental, una investigación empírica, transversal; en la que las variables no se manipulan porque aluden a hechos que ya han sucedido o están sucediendo, pero desde la observación y el análisis.

Las inferencias sobre relaciones entre variables que se detecten son realizadas sin intervención o influencia directa, y dichas relaciones se observan tal y como se han dado en su contexto natural.

Mediante este diseño se podría arribar a una explicación a nivel conceptual de la funcionalidad de las dimensiones operativas en personas con ideación suicida. La teoría que potencialmente podría emerger del presente estudio, se basaría en los datos empíricos obtenidos durante la exploración del tema en curso. Este diseño abarca elementos tanto del diseño de estudio narrativo como el diseño de estudio fenomenológico. A partir de categorías y subcategorías que emergen del discurso de los pacientes entrevistados, se intenta dar forma al mundo psicológico de cada una de estas persona con ideación suicida activa; sin perder de vista que esto se hace desde el objetivo de visualizar la funcionalidad polarizada de las dimensiones operativas.

2.3. 4. Selección de la Muestra:

El número de los integrantes de la muestra inicialmente no está definido, es una investigación cualitativa cuya finalidad no es generalizar los resultados encontrados en ella, por lo cual no es necesario una muestra representativa de un universo o población. Depende de la existencia de los pacientes que cumplan con los criterios propuestos más adelante. Así como de la aprobación de la carta de consentimiento informado por parte de cada una de las personas seleccionadas para la investigación (Véase Anexo 6). El número de pacientes en estudio también se ve acotado según la evolución de la saturación de las categorías que emergen en el curso de la presente investigación.

2.3.4.1. Muestra orientada a la investigación cualitativa:

Muestra intencionada, orientada a:

- Pacientes que poseen en común la ideación suicida.
- Que en el presente tengan diagnóstico de Episodio Depresivo.
- Que no tengan compromiso de los procesos cognitivos.

Serán personas provenientes de la población de pacientes ambulatorios o internados en la Unidad de Atención Cerrada, que se atiendan actualmente en el Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”. La verificación del diagnóstico se obtiene de la revisión de las fichas clínicas, elaboradas por sus propios médicos de cabecera en el Instituto Psiquiátrico, además de la aplicación del M.I.N.I. Plus

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, luego de constatar que se encuentran vigentes sus tratamientos farmacológicos y atenciones psicológicas (Véase Anexo 11).

Se descartan pacientes internados que se encuentran en Tratamiento Electroconvulsivo (TEC). Lo anterior dado que el TEC merma sus funciones cognitivas de manera significativa, debido al efecto de este procedimiento sobre el funcionamiento de los neurotransmisores. Esto podría convertirse en un impedimento biológico insalvable que perjudicaría el libre fluir de sus razonamientos, sus procesos de memoria. Así como su capacidad de concentración y discriminación entre la información relevante y la no relevante, en el momento de ofrecer sus testimonios en la expresión oral, que será el vehículo de comunicación y exploración preferencial.

Para garantizar que los pacientes que conformen la muestra tengan preservados sus procesos cognitivos, como memoria, atención, capacidad de abstracción, entre otros procesos necesarios para una fructífera exploración, se priorizarán que no sean analfabetos. Se verificará que se encuentren dentro de los parámetros de rendimiento normales, esperados para la edad y escolaridad de cada persona, descartando además posible retraso mental. También se tendrá presente que no tengan secuelas neurológicas secundarias a la cronicidad de la propia enfermedad (depresión), de alguna demencia en curso, secuelas de TEC, u otra enfermedad que pueda implicar daño orgánico cerebral.

2.3. 5. Instrumentos a utilizar:

Para la verificación del funcionamiento dentro de parámetros estándares, de acuerdo a edad y escolaridad, del estado de los procesos cognitivos de los pacientes a entrevistar, se utiliza el test de cribado Mini-Examen del Estado Mental de Folstein (Véase Anexo 9) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; González-Hernández, Aguilera, Oporto, Araneda, Vásquez, & von Bernhardt, 2009; Lobo, Esquerro, Gomez-Burgada, Sala, & Seva, 1979).

Para determinar la presencia de diagnóstico de depresión se utilizan los criterios diagnósticos del M.I.N.I. Plus, Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Véase Anexo 10) (Sheehan, Lecrubier, Janavs, et al., 1994).

Para la determinación del nivel de desesperanza usualmente asociado a la presencia de ideación suicida es utilizada la Escala de Desesperanza creada por Beck (Véase Anexo 8) (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974; Beck, & Steer, 1988).

Para indagar la funcionalidad de las dimensiones operativas en esta muestra de pacientes es utilizada la entrevista semiestructurada generada para esta investigación con los fines descritos (Véase Anexo 7).

2.3.6. Procedimientos:

2.3.6.1. Para seleccionar la muestra:

Se utiliza el test de cribado Mini-Examen del Estado Mental de Folstein, que explora de manera general el estado cognitivo, ofreciendo la posibilidad de visualizar si existe deterioro cognitivo. Se utilizan como parámetros de medición los estándares obtenidos en un estudio del 2009 con una muestra de personas de la ciudad de Santiago de Chile. Los resultados de la aplicación del test a cada paciente se exponen en la Tabla 12, presentada en el Anexo 12 (González-Hernández, Aguilera, Oporto, Araneda, Vásquez, & von Bernhardt, 2009).

Para la exploración de la desesperanza asociada a la ideación suicida, se utiliza la Escala de Desesperanza creada por Beck et al (1974). Con vistas a cuantificar y evaluar el estado de desesperanza asociado a la intencionalidad suicida (Véase Anexo 7) (Beck, & Steer, 1988). Los resultados de la aplicación de la escala a cada paciente se exponen en la Tabla 12, presentada en el Anexo 12.

Se accede a esta población a través de las listas de pacientes que acuden al Consultorio Adosado de Especialidades del Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”, y que se encuentran vigentes en el sistema de entrega de medicamentos. Que estén cumpliendo con los tratamientos indicados por el psiquiatra que los atiende, y que también que sean aprobados para la derivación a este estudio por el equipo de psicoterapeutas de la institución.

También se tienen en cuenta a pacientes que ingresan por el sistema de urgencia del Instituto Psiquiátrico, cuyo motivo de ingreso sea un gesto suicida. En el caso de estos pacientes son entrevistados luego de ser estabilizados y trasladados a alguno de los Sectores del Centro de Responsabilidad de Atención Cerrada. Se espera a esta instancia, debido a que la medicación con la que se encuentran mientras están ingresados en urgencia, es demasiado limitante para establecer un diálogo fluido a través de la entrevista semiestructurada que se aplica.

2.3.6.2. Para analizar datos:

Las herramientas para la recolección de información son:

- 1- La observación: oscila entre observación con participación activa y observación con participación completa, por ejemplo durante el momento de las entrevistas.
- 2- Las entrevistas: enfocadas en la exploración y construcción de significados sobre el tema del suicidio. Para garantizar libertad en la exploración de la funcionalidad de las 5 dimensiones operativas se propone utilizar la entrevista semiestructurada generada para esta investigación (Véase Anexo 7).

Las preguntas que conforman la pauta son preguntas, según Grinnell, Williams y Unrau (2009, véase Hernández, Fernández & Baptista, 2010) de tipo generales sobre el tema, también el tipo de preguntas para ejemplificar para facilitar la exploración más profunda. También contiene preguntas de expresión de sentimientos, y preguntas sensitivas para la exploración de la información relevante,

que influye en su funcionalidad y significación de experiencias vitales, según Mertens (véase en Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

El análisis de los datos ocurre en paralelo con la recolección. Se debe ir otorgando estructura al cúmulo de los datos obtenidos mediante las distintas herramientas mencionadas que no tienen inicialmente una estructura específica. Dicho análisis se detiene cuando se obtenga la saturación de las categorías generadas, o no haya más pacientes que cumplan con los criterios de inclusión establecidos. El tipo de investigación facilita la posibilidad de retornar a la búsqueda de más datos, en caso de que surjan dudas o inconsistencias durante su análisis.

Se lleva a cabo la bitácora de análisis para ayudar al orden de la documentación paso a paso del proceso analítico. Primeramente se efectúa el procedimiento que sea necesario para colocar en posibilidad de análisis toda la información disponible, como es por ejemplo la transcripción del contenido oral que se obtenga a través de las entrevistas, para el procesamiento del mismo.

De la revisión de los datos se obtienen las polarizaciones, o las tendencias hacia las correspondientes polarizaciones de cada dimensión operativa en la totalidad de la muestra. Esta información se representa en figuras específicas para cada dimensión operativa, para una mejor visualización. Se colocan vastos ejemplos de frases de los pacientes relacionadas con cada figura que representa los datos de cada dimensión operativa.

Posterior a ello se explora y se describe a partir del discurso de cada uno de los pacientes, las categorías generales y subcategorías, a través de las cuales se organiza el contenido recopilado. A su vez estas categorías y subcategorías son sometidas a una evaluación en cuanto a la polarización que presentan, en el contexto de la exploración de la dimensión operativa en la cual han sido obtenidas.

El análisis se lleva a cabo por paciente y de manera global. Son presentados los resultados de cada parte del proceso en tablas, figuras y extractos de discursos que se vayan relacionando con los resultados que se obtengan.

2.3.7. Criterios de científicidad en investigación cualitativa:

Son tomados en cuenta los criterios más frecuentemente utilizados para otorgar rigurosidad científica a la presente investigación.

Criterios para imprimir validez que serán utilizados:

Densidad: Se tiene en cuenta la cercanía a los datos en el proceso de recolección y transcripción de la información recopilada, así como en el resumen de los mismos y la elaboración de las categorías detectadas.

Aplicabilidad: Se estima que los resultados de la presente investigación sean de ayuda para el ejercicio de la psicoterapia del enfoque constructivista. Estos facilitarán el acercamiento a la comprensión de la significación del paciente y las tendencias de funcionamiento operativo en los momentos en que está presentando la problemática de la ideación suicida, que aparentemente encierra un significado opuesto a la resultante que supone un proceso terapéutico, al cual asiste para el restablecimiento de su coherencia interna.

También pudiera tener utilidad en cuanto al aporte a instrumentos de exploración de las dimensiones operativas.

2.3.8. Criterios para facilitar confiabilidad:

Transparencia o replicabilidad: Se tiene en cuenta la descripción paso a paso de la evolución de la investigación, de los procesos que se han hecho para seleccionar y abordar a los pacientes entrevistados, pauta de preguntas e intervenciones exploratorias, tipos de datos recopilados y la forma de procesamiento de los mismos. Lo anterior con la finalidad de facilitar el entendimiento o la posibilidad de replicar la investigación, teniendo en cuenta que es una primera aproximación a la exploración del tema de las dimensiones operativas asociadas a un tema en particular como es la ideación suicida.

Contextualidad: Se tiene en cuenta el contexto del cual se extrae la muestra del estudio, ya que son pacientes del área norte de la región metropolitana que se encuentran en tratamiento, así como bajo supervisión y seguimiento permanente de un equipo multidisciplinario, en una institución de alta complejidad con profesionales especializados en patologías psiquiátricas. Pacientes que en un contexto de tratamiento con psicofármacos y atención profesional especializada para su patología continúan sin resolver su ideación suicida.

2.3.9. Criterios para facilitar objetividad:

Intersubjetividad y confirmabilidad: Se incluye la opinión de otros profesionales psicólogos incluso en el proceso de selección de la muestra como ya ha sido hecho; ya que inicialmente se entrevistaron a varios profesionales con vasta experiencia en tratamiento de pacientes con depresión, indagando fundamentalmente en la capacidad de dichos pacientes para ofrecer reporte sobre sus estado internos y el funcionamiento de los procesos cognitivos que lo permitan.

Durante la búsqueda y generación de categorías conceptuales y análisis de la información recopilada también ha sido pertinente la revisión y generación de categorías desde el punto de vista de otro profesional.

3. Resultados

A continuación se describe la polarización en cada una de las dimensiones operativas, a través de las respuestas ofrecidas por los ocho pacientes entrevistados, ante cada pregunta de la entrevista semiestructurada.

La presentación de los resultados se ordena según la pauta de la entrevista semiestructurada que explora las dimensiones operativas en el orden que se indica: concreción-abstracción, rigidez-flexibilidad, exclusión-inclusión, reactividad proactividad y evitación-exposición.

Esta información se presenta en función de cada dimensión operativa considerada en este estudio y combina el uso de figuras y tablas. En las figuras iniciales dentro de los resultados de cada dimensión operativa, se presentan los porcentajes de respuestas de la totalidad de los pacientes, polarizadas hacia uno u otro polo de dicha dimensión. Inmediatamente aparece la descripción de los resultados, que alude a la polarización teniendo en cuenta el orden de la pauta de entrevista semiestructurada utilizada para la exploración. También se presentará la pregunta de la entrevista semiestructurada a la cual se refiere cada descripción.

Después de la descripción de los resultados, siguiendo el orden de la pauta de preguntas de la entrevista semiestructurada, a modo de información se colocan fragmentos de discurso de los pacientes, que sean testimonio de la polarización dentro de la dimensión operativa descrita. Para mayor información sobre las respuestas de los pacientes a cada pregunta de la entrevista semiestructurada y a cada dimensión operativa y su polarización véase Anexo 13, 14, 21 y 22.

Finalmente después de la descripción de los resultados de cada dimensión operativa, se presenta una figura que contiene un gráfico de barras. Este muestra el porcentaje de respuestas de cada uno de los pacientes entrevistados en esa dimensión operativa, en ello se puede apreciar hacia qué polo tienden las respuestas de cada paciente en la misma.

3.1. Resultados por dimensiones operativas

3.1.1. Resultados dimensión operativa concreción-abstracción:

En la Figura 2 se ilustra la distribución de las respuestas según su polaridad hacia la concreción o la abstracción, representada en porcentajes. Se aprecia una marcada tendencia al polo de la concreción.

Dimensión operativa concreción-abstracción

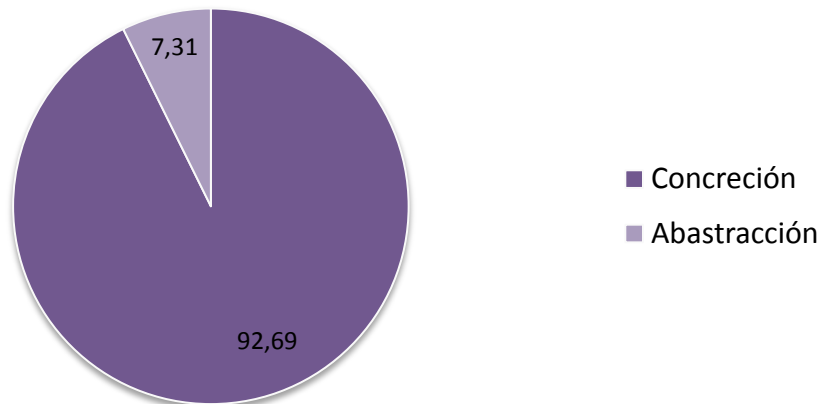


Figura 2: Porcentaje de polarización de las respuestas dadas por los pacientes en la dimensión operativa concreción-abstracción.

Al inicio de la entrevista semiestructurada se indaga sobre el **concepto que tienen estas personas sobre el suicidio**, con el objetivo de explorar el nivel de elaboración sobre dicho tema. Se realizan preguntas asociadas a sondear los argumentos involucrados para que esta ideación suicida se mantenga activa. Se descubre a grandes rasgos que son personas que al expresar su idea sobre el suicidio, incitándolos a hacer la elaboración más profunda que puedan de lo que están vivenciando, se refieren con términos concretos y escuetos.

Pregunta de la pauta de entrevista semiestructurada a la que alude esta descripción de resultados:

1.1- ¿Puede expresar su idea sobre lo que significa el suicidio?
 ¿Qué pensaba antes sobre la muerte como una opción? ¿Qué piensa ahora? Si ese concepto ha cambiado ¿Desde cuándo y cómo ocurrió?

En términos generales son respuestas que aluden a que al morir terminará su “sufrimiento” y llegará la sensación de “descanso” con respecto a la acumulación excesiva de eventos y sentimientos negativos. Otros lo significan como “desaparecer”, “un alivio” o “una liberación”.

A continuación se muestran ejemplos de respuestas que ofrecen los pacientes:

PI

T- ¿y qué significa para ti hacerlo?

PI- Para mí, yo pienso que... ya voy a dejar de sufrir, si. Porque en cada momento pienso que estoy respirando un aire que no... no tiene ni un sentido.

PII

T- Usted me dijo que tenía ganas de morir...

PII- Claro.

T- Que su meta es esa. ¿Puede hablar un poco, o expresarme su idea sobre lo que significa el suicidio para usted?

PII- Para mí es un descanso.

T- ¿Un descanso?

PII- Y toda persona que lo hace yo creo que, es un descanso para esa persona, porque no creo que se haya matado por ser feliz.

T- ¿Un descanso de qué?

PII- Un descanso total... ¿Si ya que? ... Si uno es polvo no más. ¿Qué va a hacer? Una no va a seguir vivo en otro lado.

T- ¿Y descansar de qué específicamente?

PII- De todos los problemas pues doctora.

PII... Que tengo esta depresión, que yo no quisiera tenerla, y no me gustaría que nadie la tuviera... ¡Porque es algo desesperante! Algo que, como que tuviera aquí una cosa que... (Suspiro hablando) que no puedo respirar, y la mente como que la mente está diciendo: “¡Descansa! ¡Descansa! ¡Mejor mátate! ¡Mátate! ¡Mátate! ¡Mátate!”

T- Qué difícil debe ser...

PII- ¡Uf!... y no tienes hambre, no tienes sed, el agua, para uno la ve el agua y... (Niega con la cabeza)

T- ¿No tienes ganas de nada?

PII- No, de nada.

PIII

T- PIII, como habíamos comentado vamos a hablar sobre el tema de la ideación suicida, la tristeza y toda esta angustia que hay detrás de esto.

Yo quería preguntarte si tú ¿Puedes expresar tu idea sobre lo que significa el suicidio?

(Silencio)

¿Qué significa para ti el suicidio?

PIII- Es la fórmula para exterminar la vida.

T- ¿Puede desarrollar un poco más la idea?

PIII- Es descansar para mí, en lo personal.

T- ¿De qué?

PIII- Descansar de todo lo malo que pasa, de todo lo malo que viene, y... y... y... y es porque yo en lo personal lo necesito.

PIV

T- PIV yo quiero que tú me digas con tus palabras, ¿Qué idea tienes tú sobre lo que significa el suicidio, o matarse? ¿Qué significa para ti?

PIV- Descansar.

T- ¿Descansar?

PIV- Sí.

T- ¿Descansar de qué?

PIV- De todo lo malo (Llanto de la paciente).

PV

T- ¿Tú puedes expresarme tu idea sobre lo que significa para ti el suicidio?

PV- Desaparecer.

T- ¿Desaparecer?

PV- Para no seguir sufriendo.

PVI

T- ¿Tú me puedes expresar tu idea sobre lo que significa para ti el suicidio?

PVI- Es como una liberación de... del sufrimiento.

T- ¿Una liberación?

PVI- Sí.

T-¿Cómo es eso?

PVI- Como librarme de... de estar sufriendo, de estar con... con angustia

... Ahora pienso que esa es una salida, que es viable para dejar de sufrir

... alivia el dolor que uno está padeciendo, la angustia que uno tiene, los sentimientos de... de culpa que uno mantiene en su cabeza

PVII

T- Me gustaría que me dijeras tu idea sobre lo que significa el suicidio.

PVII- Ya...

(Silencio)

T- ¿Qué significa para ti el suicidio?

PVII- A ver... el suicidio para mí es un escape... es una salida porque sé que... si yo me mato, ya yo no voy a sufrir más, y no voy a hacer sufrir...

T- ¿Un escape de qué?

PVII- Un escape a la vida, un escape al sufrimiento, un escape a esta maldita soledad que me está consumiendo día a día. (Llanto de la paciente)

PVIII

T- ¿Tú puedes expresar tu idea sobre lo que significa para ti el suicidio?

PVIII- Ya no estar más.

Con respecto a la **explicación que le otorgan al hecho de tener estas ideas suicidas**, es breve en la mayoría de los casos, y se refiere concretamente al propio sufrimiento como causa de la ideación suicida persistente. Esta explicación suele resultar coherente con el tema explorado antes, relacionado con el concepto que tienen del suicidio como opción. La mayoría reconoce que es un problema emocional, que no es “normal” lo que sucede, pero esto se acompaña de la sensación de cansancio y de no poder hacer nada distinto al suicidio.

Pregunta de la pauta de entrevista semiestructurada a la que alude esta descripción de resultados:

1.2- ¿Puede explicarse a sí mismo/a por qué tiene esas ideas suicidas?

¿Cómo te explicas a ti mismo/a esos pensamientos suicidas, y los sentimientos asociados?

¿Cree que tenga que ver con un problema emocional o es normal?

Como se aprecia en los siguientes fragmentos de entrevista, ellos justifican su postura con respecto a no seguir viviendo con los antecedentes de su historia vital, cargada de “sufrimientos”, que se sostienen en el tiempo y resultan insoportables para cada uno. Por ejemplo la sensación de soledad, de sentirse como una molestia para las demás personas que lo rodean, entre otras:

PI

T- ¿Tú puedes explicarte a ti misma por qué surgen estas ideas?

P I- Por mi soledad.

PIII

T- ¿Y tú te puedes explicar a ti misma por qué tienes esas ideas suicidas?

PIII- (Silencio) Porque quiero descansar

T- ¿Tú cómo te explicas a ti misma estos pensamientos suicidas y los sentimientos asociados? ¿Cómo te explicas que te esté pasando a ti?

PIII- Porque la vida me ha tratado mal.

PIV

T- ¿Tú crees que tienes un problema emocional, o es normal lo que está pasando de la idea suicida?

PIV- (Silencio) ¿Suicidarme?

T- Si. ¿Tú crees que eso es normal, o es un problema emocional que tú tienes?

PIV- No sé... (Voz muy baja con angustia)

T- ¿Qué piensas? ¿Qué piensas al respecto ahora, que te he hecho la pregunta?

PIV- (Silencio)

T- ¿Crees que es normal?

PIV- No, no es normal.

T- ¿No es normal?

PIV- No...

T- ¿Se debe a un problema emocional que tú tienes?

PIV- ... Yo creo que sí...

PV

T- ¿Y por qué esa solución?

PV- Es como lo más fácil, desaparecer y no molestar a nadie, no tener... (Silencio)

T- ¿Tú crees que estas ideas suicidas tienen que ver con un problema emocional o que es normal en tu situación?

PV- Tiene que ver con un problema emocional.

PVI

T- ¿Tú te puedes explicar a ti mismo por qué tienes esas ideas suicidas?

PVI- Eehh... (Silencio)

T- Esas ideas, esos sentimientos asociados. ¿Cómo te los explicas? ¿Cómo se instaura eso?

PVI- Yo creo... yo creo que parte por... porque empecé a relacionar muchas cosas desde mi infancia hasta, hasta... hasta... hasta el episodio de... de lo que me pasó en la oficina.

T-... ¿Tú crees que es normal, o que tiene que ver con un problema emocional tuyo?

PVI- No es normal...

PVI- ... No sé qué es lo que es, yo sé que es mi mente, que me tiene sofocado, que no me deja salir, que no me deja hacer las cosas, que me mantiene a veces en cama dos, tres días sin hacer nada.

PVII

T- ¿Tú crees que estas ideas suicidas y este Estado que tú tienes es algo normal o es que se debe a un problema emocional que tú tienes?

PVII- No, yo digo que yo tengo un problema, si yo lo reconozco.

T- ¿Tú puedes explicarte a ti misma por qué tienes estas ideas suicidas?

PVII- No, no me las explico solamente pienso que la vida que he llevado ya no me daba más, lo único que quiero es, eliminarme.

T- ¿No te da más en qué sentido?

PVII- No, no puedo más, no puedo respirar más, ya estoy cansada, lo único que quiero... es eliminarme, quiero suicidarme nada más.

T- ¿Y qué es lo peor que ha tenido la vida que has llevado?

PVII- El llanto, la pena, la angustia, el saber que mi madre no me quiere... todo eso, se juntan estas cosas, ya estoy aburrida.

PVIII

T- ¿Puedes explicarte a ti misma por qué tienes esas ideas suicidas? ¿Por qué vienen a tu cabeza de repente esas ideas?

PVIII- Porque es el punto que ya tú a veces, ya no puedes más.

T- ¿Tú crees que estas ideas, estos pensamientos suicidas, estas ganas de morir que te dan de repente, tienen que ver con un problema emocional que tú tienes, o que es algo normal?

PVIII- No, emocional...

... lo intento y ese sentimiento no sale... luego yo me canso, porque me está cansando a mí, me está cansando psicológicamente.

Al explorar el **resultado potencial que para ellos tendría un suicidio consumado**, las respuestas se relacionan también con el primer punto referido al concepto del suicidio. En un nivel de elaboración concreto, la resultante de un suicidio consumado es analizada en términos personales, y finalmente visto enfáticamente por la mayoría de los entrevistados, como un “descanso” o vía de escape al sufrimiento. No hay una elaboración extendida sobre lo que pudiera suceder después con la familia, el impacto potencial de un suicidio para su entorno inmediato, por ejemplo, aludiendo nuevamente en este sentido a que dejará de ser un problema para el resto. No logran ver sus potencialidades, ni tomar de su entorno las redes de apoyo que puedan ayudarles a sentirse mejor.

Pregunta de la pauta de entrevista semiestructurada a la que alude esta descripción de resultados:

1.3- ¿Cree que puede tener un resultado especial el solo hecho de querer morir?

¿Cuál cree que puede ser para usted el resultado de suicidarse? (en términos de ganancia, ya sea de la ideación o del hecho)

Fragmentos de entrevista que reflejan lo antes mencionado:

PII

T- ¿Y cree que puede tener un resultado especial el solo hecho de querer morir?

PII- Para mí... como le digo doctora es un descanso, para mí.

T- ¿Es un descanso?

PII- ¡Sí!

PIII

T- ¿Tú crees que puede tener un resultado especial, sólo el hecho de querer morir?

PIII- Sí...

T- ¿En qué sentido?

PIII- ¡En que mis hijas van a descansar! La gente que está alrededor mío y ya no van a andar preocupadas: *“Que se va a tomar las pastillas, que va a ser esto, o va a ser esto otro, que... ¡Espera!, que ten cuidado con lo que hables, porque ella se puede sentir mal...”* ¡No! ¡Van a ser libres! Y ya no voy a molestar.

T- Y para ti... ¿Cuál crees que puede ser el resultado de suicidarte para ti?

PIII- ¡Un descanso!

PIV

T- ¿Tú crees que puede tener un resultado especial sólo el hecho de querer morir?

PIV- ¿Mmmh?

T- ¿Qué resultado puede tener para ti querer morir?

PIV- Descansar (Habla lentamente) (Silencio)

PV

PV- (Silencio) es que... donde uno está con depresión, uno ve como solución eso no más, no ve soluciones, no busca.

T- ¿Y por qué esa solución?

PV- Es como lo más fácil, desaparecer y no molestar a nadie, no tener... (Silencio)

T- ¿Tú crees que es fácil?

PV- Yo creo... (Silencio)

PVI

T- ¿Tú crees que pueda tener un resultado especial el sólo hecho de querer morir?

PVI- Para mí... eehh es la solución a todos mis problemas.

T- ¿El querer morir?

PVI- Sí, es la solución a todos mis problemas...

¿Querer morir, qué significa para ti?

PVI- Es que es como una opción.

T- ¿Es la opción que está ahí?

PVI- Sí.

T- ¿Es una posible salida?

PVI- Sí.

T- ¿O qué?

PVI- Es una opción, una oportunidad para... para acabar con todo.

PVII

T- ¿Tú crees que pueda tener algún resultado especial sólo el hecho de pensar en querer morir? ¿Ya eso te produce algún resultado a ti?

PVII- Mi descanso (Llanto de la paciente)

T- ¿El pensarlo, ya te hace descansar?

PVII- Mmmh. (Silencio)

T- ¿Sólo pensarlo?

PVII- Sí.

T- ¿Cómo es eso?

PVII- Sí, porque me voy a morir y voy a descansar (Habla con llanto la paciente)

PVIII

T- ¿Tú crees que pueda tener un resultado especial sólo el hecho de querer morir? ¿El hecho de pensar en morir ya para ti tiene un resultado?

PVIII- Sí.

T- ¿Cómo es eso?

PVIII- Es que ya no vas a llorar más, ya no vas sentir ese dolor que se siente dentro,

T- ¿Y el sólo hecho de pensar en querer morir ya te alivia un poco?

PVIII- Como que alivia un poco... ya... dice: *“Ya PVIII relájate, en un par de minutos no vas a estar, o te puede atropellar mañana un tren, o te puede... y ya no vas a estar”*

Ante la interrogante que intenta **descentralizar el foco de atención desde sí mismos hacia otro**, para tratar de explorar como visualizan la ideación suicida en otro, y qué opinarán al respecto, se obtienen respuestas orientadas al mismo polo concreto. En los casos en que logran referirse a un otro, lo hacen en la medida que se miran a sí mismos. Desde la autorreferencia, no desde la empatía. Imposibilitados de elaborar en niveles abstractos su condición, menos posibilidades tienen de elaborar algo sobre alguien que aparezca en una situación similar, es decir, con ideación suicida activa, sin referirse a ellos mismos.

Pregunta de la pauta de entrevista semiestructurada a la que alude esta descripción de resultados:

1.4- ¿Puede entender y describir a alguien que se ha suicidado o quiere suicidarse?
¿Cómo lo describiría o entendería?

Fragmentos de entrevista que reflejan lo antes mencionado:

PI

T- Si alguien te dice algo similar a lo que estás diciendo tú o algo similar, que se quiere matar, independientemente de lo que le haya sucedido, tú sabes que alguien se quiere matar, ¿qué piensas sobre esa persona y qué piensas de eso que te está diciendo?

PI - lo que pasa es que... la pregunta que usted me hace... pero me va a disculpar la respuesta que le voy a dar... pero no me interesa nadie.

T -¿No te interesa?

PI -No, no me interesa... y si alguien me dice que se va a matar... ¡Ah ya!

T -¿Y qué pensarías, hipotéticamente, como te explicarías que esa persona quiera hacer eso?

PI- Lo que pasa es que, eh... me pondría en su lugar.

T- ¿Te pondrás en su lugar?

PI- Porque en realidad yo no me siento bien acá.

... Me siento sola, me siento que... que la verdad es que me molesta al otro día tener que levantarme, eso.

T-¿Tener que levantarse?

PI-Claro, me molesta porque yo digo, pucha porque yo digo amaneció de nuevo y aquí estoy...

T -¿Aquí estoy cómo? ¿Sola?

PI-Sola... si... (Llanto) y la soledad mata...

PII

T- Y si alguien viene y le cuenta que quiere hacerlo, que quiere morirse, que quiere matarse. ¿Tú lo entenderías?

PII- ¡Según!,

...debería haber una ley donde la persona, desee vivir hasta donde uno quiere, y que a uno le pusieran una inyección y no sufriera y se fuera en el sueño, dormir sin dolor como del sueño. Sería rico poh.

... Según las circunstancias, pero si es una persona que está sufriendo. ¡Mejor descansar!, yo, pienso yo, en mí.

PIV

T- ¿Tú cómo entenderías a alguien que quiera suicidarse, o que se ha suicidado? ¿Qué piensas de esa persona?

PIV- Mi amigo cuando se m... suicidó yo fui al... cuando lo enterraron.

T- ¿Y qué pensabas de él?

PIV- ¿Que por qué había hecho eso?

T- ¿Y tú crees que eso era la solución?

PIV- (Silencio) No lo sé.

T- No lo sabes...

PIV- Porque no estoy en su cabeza.

PV

T- ¿Tú puedes entender y describir a alguien que se ha suicidado o a alguien que quiere suicidarse?

PV- Yo entiendo, porque... cuando la depresión es tan fuerte uno piensa todo tan mal, y es como algo que le gana a uno.

T- ¿Uno piensa todo tan mal en qué sentido? ¿Mal como un error, o mal como triste?

PV- Mal como triste, mal todo, mal no ve nada bueno, entonces al no ver nada bueno... yo entiendo que... si...

PVI

T- ¿Tú puedes entender y describir a alguien que se ha suicidado o quiera suicidarse?...

PVI- Yo todavía entiendo que... eso es como una cobardía.

T- ¿Sí?

PVI- Todavía lo... lo creo.

T- ¿En los demás lo pudieras ver así?

PVI- Sí.

T- ¿Cómo es eso?

PVI- Lo que pasa es que, eeh para mi punto de vista, la persona exterior, o sea la persona externa, tiene los recursos para salir adelante, pero yo no veo mis recursos.

PVII

T- ¿Tú puedes entender o describir a alguien que se ha suicidado o que quiere suicidarse?

PVII- No, no conozco a nadie...

T- Pero si alguien viene y te dice: "*Yo me quiero suicidar*", tú te vas a formar una opinión. ¿Qué opinarías tú de esa persona, qué piensas de esa persona?

PVII- En realidad no le diría nada.

T- ¿No le dirías nada?

PVII- Nada, porque si yo quiero lo mismo que él. ¿Para qué?

T- Está bien, igual me interesa saber qué piensas tú sobre alguien que quiere suicidarse. ¿Qué puede estarle pasando?

PVII- Algo le pasa, él debe estar mal con su familia, con su entorno, y quien soy yo para decirle que no lo haga si yo estoy en las mismas.

T- ¿Lo entenderías?

PVII- Sí.

T- ¿Cómo la entenderías?

PVII- Tratando de apoyarlo, diciéndole si tú lo quieres hacer, *hácelo...*

PVIII

T- ¿Y puedes entender o describir a alguien que ya se ha suicidado, o que quiere suicidarse?...

PVIII- ¿Se mató?...

T- ¿Y entiendes su idea y su deseo de morir?

PVIII- Mmmh (Asiente con la cabeza)

T- ¿Cómo qué?

PVIII- Su descanso.

Sobre el **autoconcepto** de las personas entrevistadas tampoco muestran una elaboración o sistematización del autoconocimiento. La descripción en la mayoría de los casos se circunscribe a la situación actual, a la hegemonía de la ideación suicida, a mencionar síntomas de la depresión como características personales permanentes. También aluden a la dificultad para elaborar una representación de sí mismos en otros términos. Se aprecia una marcada tendencia a la pasividad.

Pregunta de la pauta de entrevista semiestructurada a la que alude esta descripción de resultados:

1.5- ¿Cree que puede definirse como persona en pocas palabras?

Hábleme de usted.

¿Cómo se definiría usted como persona?

Fragmentos de entrevista que reflejan lo antes mencionado:

PI

T-PI con todo esto que está sintiendo en la situación en la que estás, ¿cómo se define ahora mismo como persona, cómo te describes?

PI-Como una persona que no le importa nada, nada, no me interesa nada. (Llanto)

T- ¿Absolutamente nada?

PI- ¡No! nada.

PII

T- PII ¿Tú crees que puedas definirte a ti misma como persona? En pocas palabras ¿Cómo te defines, cómo te describes tú?

PII- ¿Como enferma?

T- ¿Así te defines? ¿Cómo enferma?

PII- Pero si es que mi cabeza piensa así, que yo no puedo... no puedo, no. ¡Ni yo lo entiendo! Mi cabeza está diciendo... quítatela... mejor descansar, mejor, ¡Oh!: "*¿Qué rico sería descansar, y no estarías sufriendo así!*" Eso me llevo pensando, y diciendo: "*¿Por qué no pienso otras cosas? ¿Por qué no pienso hacer otra cosa?*" Pero no... pensar, pensar, pensar.

... ¡Mi mente! Me da pura vuelta la cabeza de eso, de morirme.

T- ¿Es como si tu mente fuera independiente de ti?

PII- Claro, como independiente, mi mente me... ¡Me manda a mí!

PIII

T- ¿Tú puedes definirte a ti misma, en pocas palabras como persona, quién eres tú?

PIII- (Breve silencio) Ni siquiera sé quién soy yo... Siempre me he hecho la misma pregunta: ¿Quién soy yo?

PIV

T- ¿Cómo te defines tú, cómo tú te describes?

PIV- ¿Antes o ahora?

T- Ahora.

PIV- Tonta...

T- ¿Tonta? ¿Y qué otras características tienes?

PIV- Inútil... (Llanto de la paciente)

T- ¿Y qué más, qué otras características buenas puedes tener?

PIV- Ninguna... (Llanto de la paciente)

T- ¿Ninguna PIV?

PIV- ¡No! (Llanto de la paciente)

T- ¿Y qué otras características más a ver?

PIV- No hay más.

T- ¿No hay más, sólo eso?

PIV- Sí... (Silencio)

PVIII

T- ¿Y tú, cómo te puedes definir como persona? ¿Tú cómo te describes a ti misma?

PVIII- ¿Antes o ahora?

T- Ahora, en este momento.

PVIII- A ver... en este momento podría definir que estoy... mal... muy mal... triste, pena, rabia... ahmm... lo pasaría... durmiendo.

Se intentó explorar el polo al que se desplaza el funcionamiento de la dimensión concreción-abstracción cuando las personas entrevistadas se veían **afrentadas a lo que ellos considerarían un problema**. Ante una situación que demande un incremento de los niveles de activación del sistema, que implica un contacto con la emoción, no pueden poner en palabras la descripción de su estado emocional. Tiende a activarse la ideación suicida sobre la capacidad de autoanálisis, impidiéndose a toda costa el contacto con un espectro emocional más amplio, que contemple otras opciones. Parecieran funcionar en un proceso en el cual la persona no pudiera movilizarse del polo concreto, y tendiera fuertemente a mantenerse inmerso en un tema recursivo, que se cierra en sí mismo en torno a la ideación suicida.

Pregunta de la pauta de entrevista semiestructurada a la que alude esta descripción de resultados:

1.6- ¿Puede identificar y poner en palabras sus emociones cuando está involucrado en un problema importante?

¿Puede hablarme de eso y su relación con los deseos de morir?

Fragmentos de entrevista que reflejan lo antes mencionado:

PI

T - Y esto de no pescar los problemas ¿Cómo lo relacionas con la idea suicida?

PI- Es que más me... me aferro a... a pensar cómo eliminarme...

PIII

T- Cuando tú estás involucrada en un problema importante, de tipo emocional. ¿Puedes poner en palabras y puedes identificar las emociones que están en juego?

PIII- No, en ese momento me siento perdida.

PIV

¿Qué sientes en esas situaciones, que son problemas que tienes que enfrentar, que estás viviendo?

PIV- No enfrento nada, me quedo callada, no hablo.

T- ¿Y qué sientes?

PIV- Me voy a acostar.

T- ¿Por qué, que sientes?

PIV- Porque quiero morirme.

T- ¿En ese momento?

PIV- Sí.

T- ¿Y que sientes adentro, en el corazón?

PIV- Que es más fuerte las ganas de morir.

T- ¿Es más fuerte encuentras?

PIV- Sí.

T- ¿Qué sientes? ¿Sientes pena? ¿Sientes rabia? ¿Qué sientes?

PIV- Puras ganas de morir más fuertes, más seguido.

T- No hay ni siquiera una pena, es puras ganas de morir. ¿Nada más?

PIV- Y lloro.

T- Y lloras... ¿Por qué lloras?

PIV- ¿Por qué no se apura mi mente, por qué me hacen demorar tanto?

T- ¿Te desesperas, te da ansiedad?

PIV- (Asiente con la cabeza) ¿Por qué no se apuran, por qué no me dan algo para que me muera más rápido...? (Llanto de la paciente)

PV

T- ¿Tú puedes identificar y poner en palabras tus emociones cuando estas involucrada en un problema importante? ...

PV- ¡No!

T- ¿Te ha costado siempre? ¿Sacar la emoción y decir: "*Esto es lo que siento*", y controlar la situación?

PV- Sí, me cuesta siempre.

T- ¿Y en estos momentos?

PV- Con mayor razón.

T- ¿... te cuesta todavía entender lo que está pasando contigo?

PV- Me cuesta.

PVI

T- ¿Tú puedes identificar y poner en palabras tus emociones, cuando estás involucrado en un problema?

PVI- Ahora último no. Antes si podía, ahora no, ahora... ahora, ahora me pasa lo siguiente, eeh pueden suceder cosas que están alrededor mío, y yo no reacciono a nada, no tengo ninguna reacción.

T- ¿No contactaste con emoción alguna?

PVI- No, nada.

T- ¿No pudiste ponerla en palabras tampoco?

PVI- Nada...

T- ¿Y esto tiene alguna relación, esta dificultad con verbalizar tus emociones e identificarlas, puede tener relación con la ideación suicida?

PVI- Yo creo que sí.

T- ¿Cómo es eso?

PVI- Yo creo que el deseo, el deseo tan, tan eeh tan concentrado que tengo de querer morir me inhibe los sentimientos.

T- ¿Cómo?

PVI- Me... me los... eeh... me los limita, me los... bloquea, o sea no me deja florecer los sentimientos, no me deja florecer. Yo por ejemplo, yo... dejé de llorar yo creo que hace meses que dejé de llorar aunque tengo unas ganas de llorar no puedo llorar, ya no lloro más ya no me salen lágrimas, ya lloré por decirte... yo creo que ya lloré lo que tenía que llorar y... no me salen más lágrimas aunque quiera... aunque quiera, aunque esté totalmente deprimido, pésimo, mal, nada no, no... no puedo llorar.

PVII

T- ¿Tú puedes poner en palabras qué tú sientes cuando estás metida en un problema?

PVII- Lloro.

T- ¿Por qué?

PVII- Lloro porque estoy metida en ese problema y lloro. Así me desahogo, llorando.

T- ¿Por qué lloras, que hay detrás de ese llanto?

PVII- Se juntan, se junta la pena, la rabia, la amargura.

T- ¿Amargura?

PVII- Sí, se junta todo eso y lloro.

Las tendencias hacia la concreción son claras y reflejan el predominio del polo concreto de funcionamiento. La Figura 3, que contiene un gráfico de porcentajes, se resume la posición de cada uno de los entrevistados de acuerdo a sus respuestas, dentro de los polos concreción y abstracción, se aprecia claramente lo anterior donde las respuestas que dejan entrever los niveles de elaboración concreta no bajan del 84%.

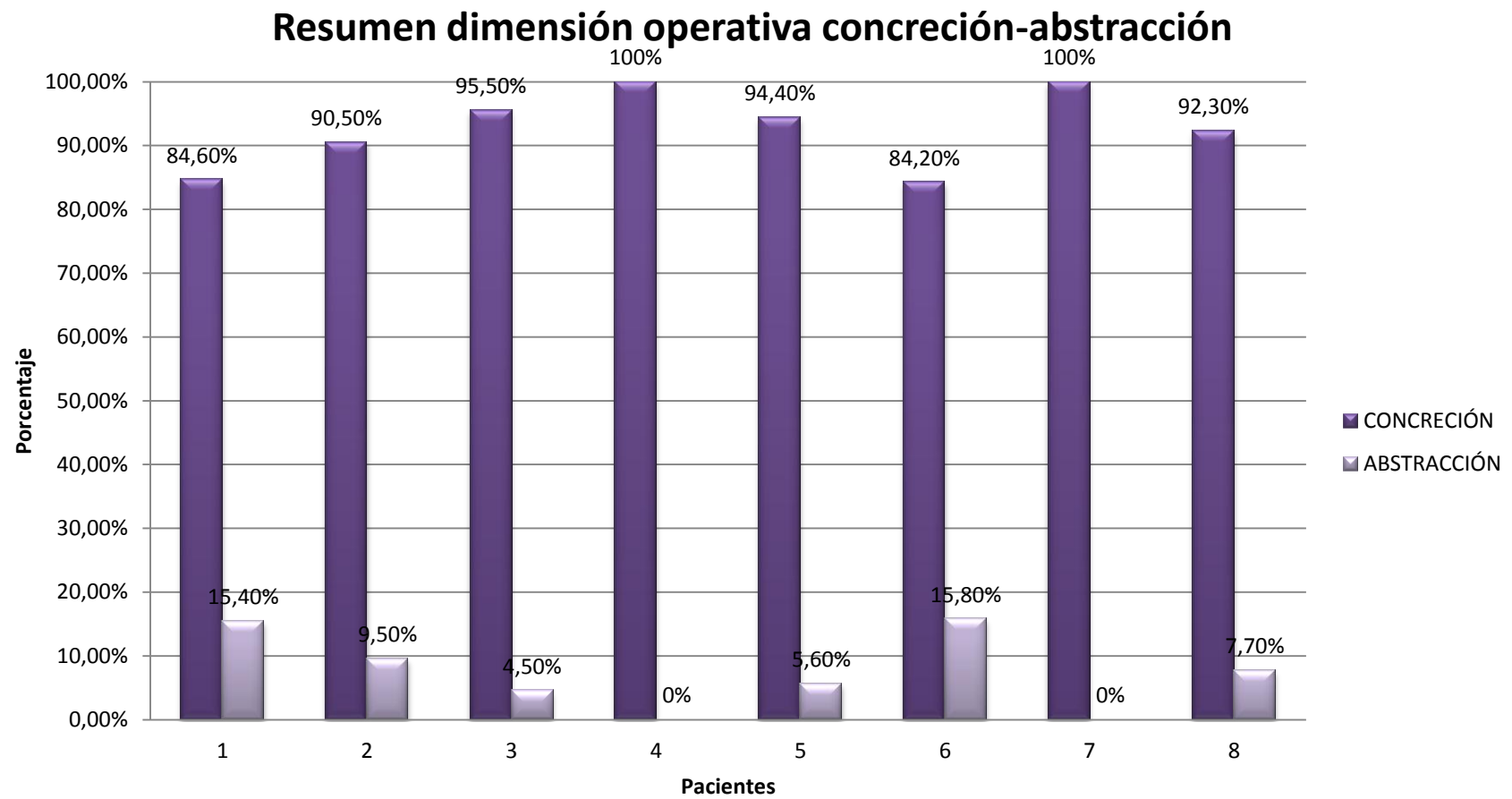


Figura 3: Resumen de porcentaje de respuestas dadas por la muestra de pacientes en la dimensión operativa concreción-abstracción.

Síntesis de los resultados observados en la dimensión operativa concreción-abstracción

El 92% de las respuestas de los pacientes entrevistados está orientado al polo de la concreción, lo cual indica poca elaboración de la situación actual referida a la ideación suicida. Dificultad para explicarse a sí mismos de manera tácita con predominio de bajo nivel de elaboración y simbolización. Las categorías utilizadas para referirse a su situación actual quedan en el plano concreto utilizando palabras específicas que, al no ser mayormente explicadas en el diálogo, denotan la inmediatez de su pensamiento como mediador de la expresión de sus emociones, así como la sensación de falta de control y conocimiento sobre la situación actual.

Pareciera que estamos frente a un sistema en situación de sobredemanda, cargado de resoluciones y significaciones transitorias, que sesga los contenidos más profundos de la experiencia en curso. Un sistema que funciona desde la carencia de una categoría conceptual fundamentada sobre la base de un análisis.

Son personas que en este momento de su vida no son capaces de tomar distancia y elaborar argumentos con respecto a lo inmediato, son engullidos por la situación misma, que los ha alejado del sentido de sí mismo en la contingencia.

Pasado y futuro se disuelven en la situación concreta actual, otorgando predominio de emociones que invaden y no dejan espacio a la elaboración de la experiencia y al distanciamiento de las mismas, con respecto a lo que sucede momento a momento.

La percepción del yo se circunscribe a los eventos más concretos, en este caso a la situación vital que ha puesto en jaque al paciente, no puede desligarse de la misma y en una especie de simbiosis con la realidad asumida como irresoluble, quiere hacer desaparecer, con él la situación misma a la que se encuentra ligado.

No encuentra al propio yo por encima de la situación, no encuentra al yo del pasado en el presente y no puede anticipar futuro, no puede establecer hipótesis que le brinden opciones de solución internas, ni emocional, ni verbalmente.

En las respuestas de los pacientes a las preguntas de esta dimensión durante la entrevista semiestructurada, surgen categorías que al ser analizadas en la tendencia a un polo u otro, se detecta que solo el 7% de las respuestas se dirigen al polo de la abstracción sin que esta dirección indique un proceso de abstracción completo.

3.1.2. Resultados dimensión operativa rigidez-flexibilidad

En esta dimensión se intenta explorar la posibilidad de cada uno de los entrevistados para **visualizar otras opciones** de afrontamiento a su realidad actual, que sean distintas al suicidio. Aparece en primer plano de sus repuestas una tendencia clara al polo de la rigidez, en algunos casos se refieren al deseo pasivo de contar con otras opciones, pero no hay una activación mental o comportamental en función de ello. En el caso que se refiere al intento de generar otras posibles opciones, manifiesta explícitamente la imposibilidad de ello y el fracaso en los intentos de hacerlo.

En la Figura 4 se representa claramente lo antes mencionado.

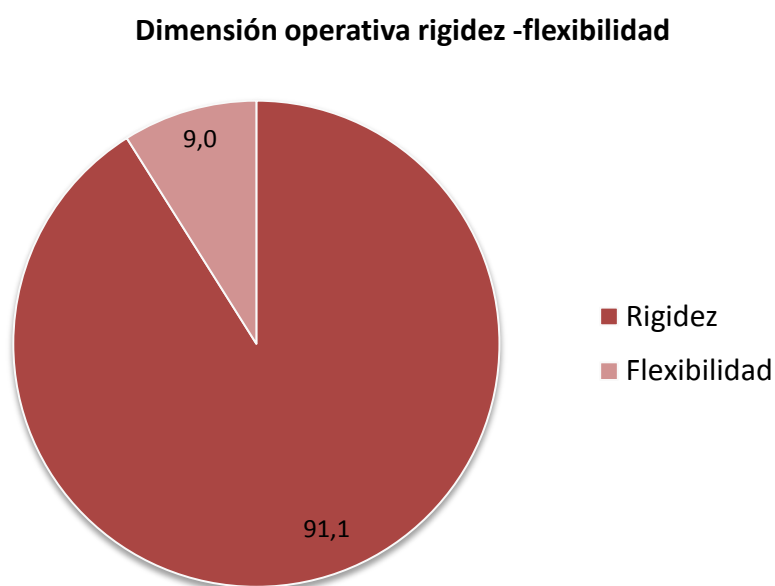


Figura 4: Porcentaje de polarización de las respuestas dadas por los pacientes en la dimensión operativa rigidez-flexibilidad.

A continuación un resumen de algunas de las respuestas emitidas en la entrevista que se orientan al polo de la rigidez. En estos fragmentos se aprecia la imposibilidad de ampliar el espectro de soluciones o salidas ante la contingencia de sus vidas. A través de sus expresiones dejan manifiesta también la desesperanza y la escasa gama de opciones, presentando al suicidio como el mejor camino para salir de la situación emocional que los embarga.

Pregunta de la pauta de entrevista semiestructurada a la que alude esta descripción de resultados:

2.1- Cuando piensa en el suicidio como una opción ¿Al mismo tiempo contempla otras posibles soluciones?

¿Puede hablarme sobre ese tema?

PI

T- Cuando tú piensas en el suicidio como una opción, ¿También piensas en otras posibilidades que no sean matarte?

PI -Por ahora no.

PII

T- Cuando tú piensas en el suicidio como una opción. ¿Piensas también en otras posibles soluciones a estos problemas?

PII- Es que... ¡Cómo a mi me gustaría no sentir eso!, si eso yo lo siento a cada rato, es que estoy comiendo y estoy pensando: “¿Cómo hacerlo? ¿Cómo?”

T- ¿No piensas en otras soluciones que no sean el suicidio?

PII- ¡No! ¡No! Trato de pensar, trato de pensar en otras cosas...

T- ¿En qué?

PII- En más cosas digo yo, me gustaría aprender más a tejer más bonito, a pintar más bonito, todas esas cosas.

T- ¿Eso sería una solución a los problemas que está sintiendo de estar sola?

PII- Pero no... ¡Vueelvo con eso!

T- ¿Tú quisieras pensar en esas otras cosas pero no puedes?

PII- No puedo, quisiera pensar en cosas... pero no puedo.

T- ¿O sea crees que es el mejor camino, el suicidio?

PII- ¡Pienso que sí!

PIII

T- ¿Me dice que se siente perdida ante los problemas de la vida en general?

PIII- Sí.

T- ¿Cómo es ese “sentirse perdida”?

PIII- Es como... no sé, no... a ver cómo lo explico, es como un cierre, así...

T- ¿Un cierre?

PIII- Claro así, o sea si, así yo lo explico, no sé.

T- ¿Y esta sensación de cierre, esto tiene relación con tus ganas de morir?

PIII- Sí... (Pensativa)

... ¡Porque no encuentro solución! La he buscado sí, he tratado de buscarla, una y otra vez.

T- ¿Qué soluciones por ejemplo?

PIII- Pensando, por ejemplo, que se lleve el problema más grande que tenemos en este momento... Ando pensando en eso, veo que no hay solución...

T- ¿Entonces tú tratas de contemplar otras soluciones al problema, pero no las logras encontrar?

PIII- No lo logro, no logro, no logro nada.

T- ¿Y el suicidio, tú crees que es el mejor camino posible?

PIII- Para todo lo que me está pasando, sí, sí...

PIV

T- ¿Cuando tú piensas en el suicidio, tú quieres suicidarte, pero a la vez tú tienes en cuenta que pueden existir otros caminos?

PIV- No hay...

T- ¿No hay?

PIV- Es el único camino que existe para mí.

T- ¿No hay otro? Una idea de otra cosa que pudieras hacer.

PIV- No, no...

T- ¿Ninguna... ninguna?

PIV- ¡No!

T- ¿Por qué? ¿Puedes hablarme de es un poco?

PIV- Porque no existe.

T- No existe...

PIV- No.

T- ¿Y no te pones a buscar tampoco, no te interesa buscar?

PIV- No.

PV

T- ¿Cuándo tú piensas en el suicidio como una opción, al mismo tiempo contemplas otras posibles soluciones a la vida en general?

PV- A veces, depende, depende si es muy grande mi... mi... mi depresión digamos, mi pena... ahí no veo... que no hay más opciones.

T- ¿Suele pasarte a menudo?

PV- Sí.

PVI

T- ¿Cuándo tú piensas, en el suicidio como una opción, como me has contado, también paralela a la idea del suicidio hay otras soluciones más para solucionar tu situación?

PVI- No las veo.

T- ¿No hay?

PVI- No hay, no las veo... no... yo sé, en mi... en mi interior yo sé que hay, pero no las veo, no las consigo percibir.

T- ¿Cómo es eso?

PVI- A lo mejor por ejemplo el médico psiquiatra me puede dar soluciones, y me puede decir: "*Mira si tú haces esto o vas por este camino te puede resultar*" ¡Yo le creo! Pero... no lo voy a hacer, algo me limita, algo me dice: "*No lo hagas, quédate ahí*"... o sea que... yo estoy estancado, yo estoy estancado... y ese estancado que tengo, no sé porque lo tengo, no sé por qué está en mi y no me deja... vivir.
... está el... el... como el opresor que está ahí... "*Quédate ahí no más en ese hoyo no salgas de ahí*".

PVII

T- Cuando tú piensas en el suicidio como una opción, al mismo tiempo ¿Tú tienes otras posibles soluciones que no sean el suicidio, o el suicidio es la única opción?

PVII- La única opción, para mi es lo único.

T- ¿Y no hay otras opciones?

PVII- No, no, es que no lo he pensado, para mí el suicidio es lo único.

T- ¿Abarca todo?

PVII- Todo, si.

T- ¿Para ti es la única opción?

PVII- Lo único, si.

T- ¿Puedes hablarme sobre eso, por qué?

PVII- Porque siento que si me pasa algo, me mato, voy a estar bien...

Se explora también la **frecuencia** con la que las personas entrevistadas piensan en el suicidio, la sensación de la permanencia de la ideación suicida. En algunos casos pareciera que su mente está solo ocupada con ello, tanto de día como de noche. Al preguntar sobre la frecuencia reiteran que es el mejor camino posible para la solución de sus problemas. Cuando se refieren a las veces que lo piensan, se encuentra que todos los días lo piensan al menos más de una vez, además de que lo hacen describiendo un pensamiento que se encuentra muy ligado a la posibilidad de acción, cercanos al método a través del cual lo harían y al acto mismo.

Pregunta de la pauta de entrevista semiestructurada a la que alude esta descripción de resultados:

2.2- ¿Piensa en el suicidio con mucha frecuencia?

¿Cuándo y con qué frecuencia piensa que es el suicidio el mejor camino posible?

Fragmentos de entrevista que reflejan lo antes mencionado:

PI

T- ¿Y tú piensas en el suicidio con mucha frecuencia durante el día?

PI- Sobre todo en la noche.

T- ¿Cómo es eso?

PI- Es como angustia, como... ¡no puedo llorar!

T- Y ahí en la noche cuando tú te pones a esperar, ahí se activa esto de querer morir, o es solamente esta angustia de pena.

PI- Es angustia de pena.

PII

T- ¿Y piensas en el suicidio con mucha frecuencia?

PII- Todas las noches estoy pensando, tratando de pensar: “¿Cómo... cómo hacerlo?”

T- ¿Y por el día?

PII- ¡Ah igual!

T- ¡También! ¿Todo el rato piensas en el suicidio?

PII- Sí... mm... ando pensando, “¿Cómo hacerlo y no sentir dolor?”

PIII

T- ¿Y tú piensas en el suicidio con mucha frecuencia?

PIII- Sí, lo deseo mucho. ¡Y lo deseo de corazón!

... Yo puedo estar riéndome con usted, y que se yo compartiendo, o con amigos o amigas, pero hay algo que lo tengo aquí... aquí... aquí... (Señala la cabeza). Y en las noches de repente, no duermo, prácticamente no duermo, porque pienso... pienso... pienso...

PIV

T- ¿Y cuando tú piensas en el suicidio con qué frecuencia lo haces?

PIV- Todo el día.

T- ¿Todos los días?

PIV- Y todas las noches, y cuando despierto.

PV

T- ¿Y piensas con mucha frecuencia en el suicidio en estos últimos días?

PV- En estos últimos días sí.

T- ¿Con qué frecuencia más o menos, una vez al día, o todo el día, o sólo en la noche, o todo el rato?

PV- Hay un día en que lo pensé dos veces, que fue el día cuando me quise ahorcar con la toalla, después en la noche que me quería tirar al metro con los niños.

T- ¿Ese día lo pensaste todo el día?

PV- Sí.

T- ¿Todo el día estuvo la idea en la cabeza?

PV- Sí.

T- Y ahora en estos días, en estos momentos, ¿Igual ronda la idea todo el rato la cabeza o no?

PV- Anoche estaba acostada y como no podía dormir, pensaba en eso.

PVI

T- ¿Piensas en el suicidio con mucha frecuencia?

PVI- Sí.

T- ¿Cuánta frecuencia?

PVI- Por lo menos unas dos o tres veces al día.

PVII

T- ¿Piensas en el suicidio con mucha frecuencia?

PVII- Sí.

T- ¿Cuántas veces al día?

PVII- Unas tres veces.

T- ¿Lo piensas seriamente?

PVII- (Asiente con la cabeza)

T- ¿Como el mejor y único camino posible?

PVII- Para mí sí.

PVIII

T- ¿Tú piensas en el suicidio con mucha frecuencia? ¿Estos flashes estas ideas que vienen de repente...?

PVIII- No, es como que estoy colapsada. Y es cuando ejemplo: salía del trabajo, llegaba a casa y... y yo me ponía a pensar, a pensar, a pensar, a pensar, a llorar, a llorar, a llorar, a llorar, a llorar, a llorar...

T- ¿En estos momentos cada vez que piensas mucho en la situación, que te viene como esta idea que te dice: "podría ser"... cuántas veces de pasa eso al día más o menos?

PVIII- Aquí... una o dos veces al día, pero más en la noche, porque en la noche las pastillas no me están haciendo mucho efecto, y me están dando el paso a pensar. Y me pongo a llorar...

Se aborda a través de las preguntas de la entrevista semiestructurada **la manera en que el entorno inmediato está influyendo sobre estas personas**. Esto con la idea de explorar si el paciente logra tomar de su medio, de su red de apoyo, algún elemento y de qué manera lo toma. En ello también se pone el juego la flexibilidad, si intentan incorporar opciones externas o visualizar como contenedoras o retenedoras personas que le circunden.

Pregunta de la pauta de entrevista semiestructurada a la que alude esta descripción de resultados:

2.3- ¿Las personas que lo rodean influyen de alguna manera sobre sus ideas suicidas?
¿Puede hablarme sobre esta influencia?

Se detecta que no logran percibir como parte de una red de apoyo a las personas que se encuentran en su entorno. La interacción con la familia, con la pareja y en ocasiones con los hijos, se vuelven activadores de la ideación suicida. Los vínculos significativos se truecan en impulsores para el sostenimiento de la ideación suicida y el posible intento. En algunos casos se detecta un aislamiento extremo, al punto que hasta el momento del gesto suicida que acaban de hacer, la familia no tenía conocimiento de la existencia de su ideación suicida previa.

Fragmentos de entrevistas que reflejan lo antes mencionado:

PII

T- ¿Y las personas que te rodean, influyen sobre ti de alguna manera, sobre esas ideas suicidas?

PII- ¡No saben!

T- No saben... ¿Pero la existencia de esas personas y el cómo te tratan influye sobre esas ideas?

PII- No.

T- ¿No?

PII- A ellos. ¡Uy! ¡No les pasaría ni por la mente!

PIII

T- ¿Las personas que te rodean influyen de alguna manera sobre tus ideas suicidas? ¿Ya sea que las aumentan disminuyan?

PIII- Con sus actitudes de repente como que las aumentan.

... Es como que le da lo mismo, "*Ya, listo. ¿Se mató? Se mató no más, una menos no más, y punto.*"

T- ¿Esa es la *Hija de PIII*?

PIII- Sí, ella lo dice así: "*¡Una menos y punto!*"

... ¡Claro! "*Ah ya hablando tonteras otra vez nomás, bueno me dice: ¡Una meno... una más!*", así me dice.

... las más grandes, eh, ellas quieren por plata.

... y si la mamá no lo tiene...

... Todo lo hago yo. ¡Todo lo hago yo!

PIV

T- ¿Las personas que te rodean, por ejemplo tus hijos, tu ex marido, ellos influyen en estas ganas de morir?

PIV- Sí.

T- ¿Las aumentan o las disminuyen?

PIV- Las aumentan. (Llanto de la paciente)

PV

T- Bueno, y las personas que te rodean entiéndase: tus hijos, tu marido, tus amigas más cercanas... ¿Influyen de alguna manera sobre tus ideas suicidas? Ya sea para aumentarlas o disminuirlas.

PV- Es que ellos no saben nada.

T- Es cierto ellos no saben nada... sí, me estabas diciendo...

PV- Nada... a mi pareja le comenté estos días: "*Me voy a matar, me voy a matar con los niños*". Y dice: "*Déjate de hablar tonteras*", no me creyó...

T- ... ¿Hay personas que por su sola presencia te afecten?

PV- Mi mamá.

T- ¿Tu mamá?

PV- Mi mamá, y mi Papá.

PVI

T- Las personas que te rodean, las personas significativas para ti, ¿Influyen de alguna manera sobre tus ideas suicidas, para bien o para mal?

PVI- Sí.

T- ¿Por ejemplo?

PVI- Por ejemplo ahora último mi familia, que ya no... ellos, ellos dicen que... el tema pasa por mí que la solución a mi depresión pasa por mí, que... que si yo quiero salir adiós hospitalizaciones, adiós medicamentos, adiós un montón de cosas que... que... que conlleva la depresión y puedo ser la persona que era antes.

T- ¿Y eso te hace bien o te hace mal?

PVI- Eso me afecta, porque los psiquiatras me dicen lo contrario. Los psiquiatras me dicen que yo tengo una enfermedad y la tengo, o sea por, por... por toda la vida la voy a tener, tengo... necesito de los fármacos...

T- ¿Eso te produce más ganas de morir?

PVI- Sí.

T- ¿Está relacionado con eso?

PVI- Sí.

T- ¿Cómo?

PVI- Eeh... el hecho de que ellos se... se alejen... se hayan alejado de mí, y no... y me dicen que van a volver a estar al lado mío siempre y cuando yo salga de la depresión.

T- ¿Y eso cómo te afecta?

PVI- Es como, es como, es como una estafa, o sea es como un... mira, tú has esto, y yo te pago con esto.

T- ¿Qué te provoca eso?

PVI- Entonces eso me provoca molestia... molestia, me... me afecta más todavía porque... es como un chantaje.

T- ¿Te afecta en tus ganas de morir?

PVI- Sí, porque es como un chantaje porque, yo digo entonces mejor me muero...

Se intenta explorar la **posibilidad de un cambio con relación a la ideación suicida**, en la dirección de su extinción. Más que conocer el funcionamiento actual que se detecta claramente en el polo de la rigidez, se pretende indagar si podrían obtenerse datos sobre la potencial predisposición ante la posibilidad de flexibilizar. También se desea conocer qué elementos tendrían el poder de actuar como flexibilizadores o catalizadores de una movilización hacia el polo de la flexibilidad.

Pregunta de la pauta de entrevista semiestructurada a la que alude esta descripción de resultados:

2.4- ¿Es posible que cambie usted de idea con respecto a querer suicidarse?

Hábleme sobre ello.

Algunos aparecen inamovibles, no visualizan futuro cambio posible, se centran en la descripción permanente como un estado que se mantendrá sin cuestionarse, que no hay nada que pueda fracturar el núcleo suicida del pensamiento. En otros casos se manifiestan incapaces de controlar el foco atencional interno y moverlo a otros temas, refieren dificultades para concentrarse debido a que la prioridad de su pensamiento y sus emociones está permanentemente ocupada con la ideación suicida. En otros casos se refieren a cambios externos que por el momento dadas las situaciones concretas de desempleo, sintomatología depresiva, alcances económicos y escasa red de apoyo, no parecieran soluciones viables.

Se muestran a continuación fragmentos de entrevistas que ilustran lo antes mencionado:

PI

T- PI. ¿Hay alguna posibilidad de que tú cambies esta idea del suicidio, que flexibilices, existe alguna posibilidad a futuro de que cambies esta idea?

PI- No sé, ¡No sé!

T- ¿No sabes?

PI- ¡No sé!, No le podría estar mintiendo, no le podría decir: “*No, pa nada, o, si voy a tratar*”.

T- ¿No hay nada con respecto al futuro?

PI- Nada.

PII

T- ¿Eso pudiera ser una vía de solución? ¿Dices tú?

PII- Si.

T- ¿Pero no puedes hacerlo?

PII- No lo puedo hacer porque ya, ya no pinto, no me queda muy bien, por... porque estoy pensando puras cabezas... como estoy pensando. ¡No estoy pensando en lo que estoy haciendo! Si yo estoy pintando, tengo que pintar bien ¡No puedo estar pintando para todos lados!

T- ¿Te cuesta concentrarte?

PII- Eso, me cuesta concentrarme en lo que yo estoy haciendo.

T- ¿Y por qué no te concentras?

PII- Porque estoy pensando en esas otras cosas.

PIII

T- ¿Y si las cosas siguen como están, tal cual, habría otra posibilidad de que tus ideas suicidas desaparezcan?

PIII- No.

T- ¿Mientras las cosas estén como están no hay nada que cambie tu opinión?

PIII- No, nada, absolutamente nada (Sollozos de la paciente).

PIV

T- ¿Es posible que tú cambies de idea y que no quieras morir?

PIV- Es que siempre está metido en la cabeza y gritando...

PV

T- ¿Es posible que cambies tú de idea con respecto a querer suicidarte, hay alguna posibilidad, de que tú cambies de idea, que dejes de pensar en querer matarte?

PV- (Silencio)

T- ¿En este momento vislumbras esa posibilidad?

PV- Si cambia mi vida, sí.

T- ¿Sólo si pasara eso tú dejarías de pensar en morir?

PV- O arrendar un departamento interior...

PVI

T- ¿Es posible que tú cambies de idea con respecto a querer suicidarte?

PVI- ¡Pasaría un milagro!

T- ¿Cuál?

PVI- Que tuviera a alguien a mi lado.

T- ¿Esa sería la solución?

PVI- O sea esa sería... esa sería, no la solución, sino que sería como... a mí como que me falta, eeeh preocuparme por alguien...

PVII

T- ¿Y es posible que tú cambies de idea con respecto a querer suicidarte?

PVII- (Silencio)

T- ¿En algún momento, es posible que tú cambies de idea?

PVII- En esta vida nada es imposible, pero por el momento mis ideas son claras, yo quiero matarme.

T- ¿Y crees que pueda existir la posibilidad, en este momento de cambiar de idea?

PVII- No, en este momento ¡No!

T- ¿Por qué?

PVII- No, no le voy a mentir, no, no...

T- ¿Por qué no?

PVII- No, porque no... porque no... (Silencio)

T- ¿No vas a cambiar de idea?

PVII- No.

En el Figura 5 se puede observar la postura rígida o tendiente a la rigidez de cada paciente ante las circunstancias actuales.

Resumen dimensión operativa rigidez-flexibilidad

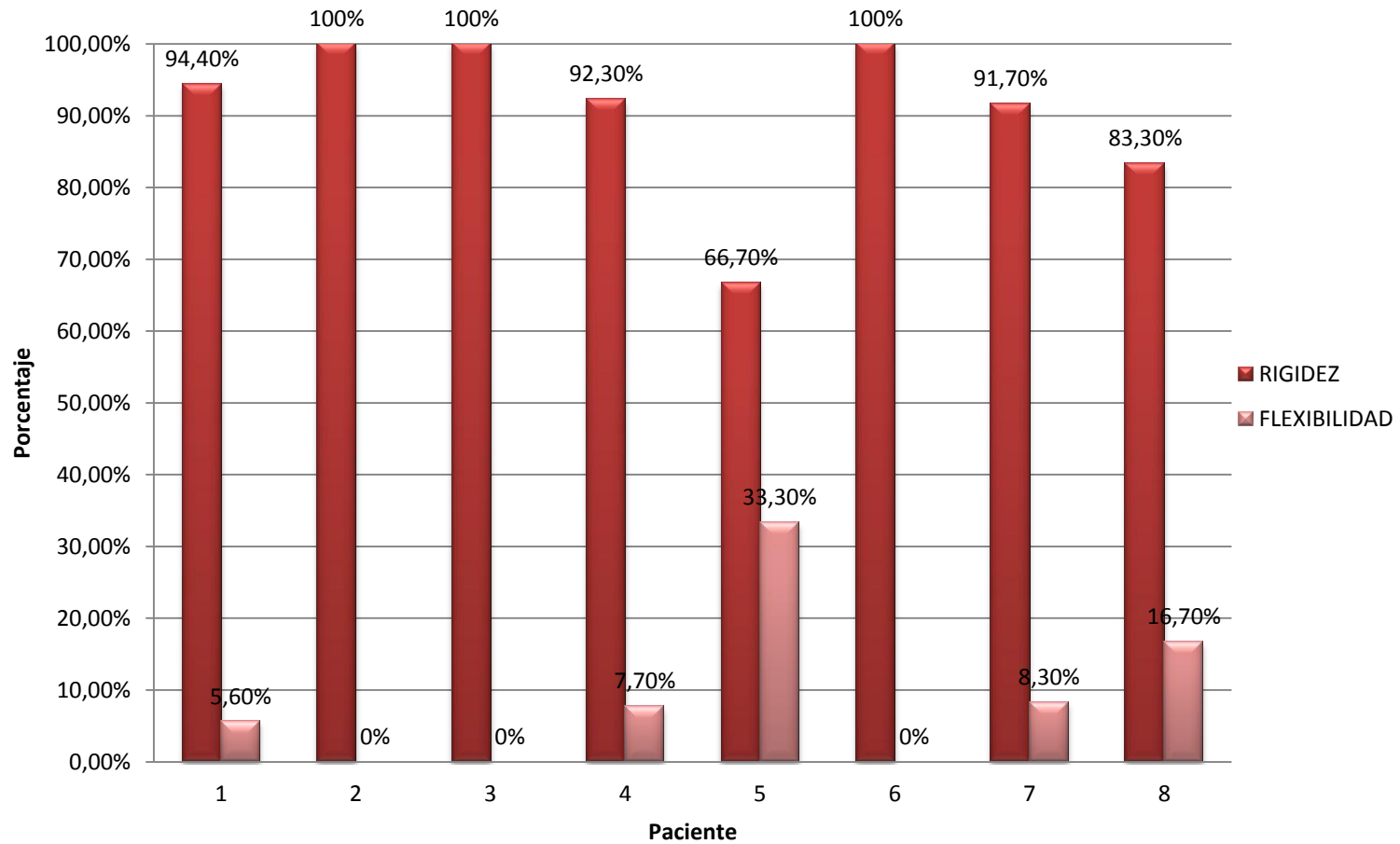


Figura 5: Resumen de porcentaje de respuestas dadas por la muestra de pacientes en la dimensión operativa rigidez-flexibilidad.

Síntesis de los resultados observados en la dimensión operativa rigidez-flexibilidad

El análisis de esta dimensión operativa refleja que el 91% de las respuestas está orientado al polo de la rigidez. Lo cual indica que las personas entrevistadas, con ideación suicida activa dentro de un episodio depresivo, no son capaces de diversificar alternativas distintas al suicidio.

Sus respuestas se circunscriben a encontrar como única solución posible: colocar fin a la vida. No se sienten atraídos por ninguna otra situación o área de su vida que los sostenga y les brinde opciones que puedan asumir como válidas para continuar. Si alguna de estas personas piensa que pudiera retomar los aspectos de su vida que antes resultaban satisfactorios, refieren que existe una especie de fuerza gravitacional desde el núcleo suicida que no les permite alejarse o despojarse de la ideación. Sin contar con una explicación para ello, la tendencia a la rigidización está orientada exclusivamente al tema del suicidio, no “ven” otra solución.

Aparentemente cada evento o persona que los rodea, tiende a empujarlos más hacia el polo rígido y la inmovilidad. Los argumentos externos que sugieran salir del estado de rigidez mental, son recibidos como sobrecarga y son procesados como una presión desestructurante que los acerca al colapso. Por lo tanto los argumentos de los otros, y en ocasiones la sola presencia de otro, es tomada como amenazante e interpretado como un argumento confirmatorio que justifica al paciente para quedar en el referido espacio subjetivo, asumido como “seguro”. Lo anterior refuerza la opción de permanecer inmóvil y protegido al lado de la posibilidad de suicidio.

La sensación de estancamiento, de estar paralizado desacredita posibles soluciones provenientes del exterior. El polo de la rigidez no permite validar ningún contenido de la gama de posibilidades, se encuentran inamovibles y convencidos del deseo de morir como algo propio y suficientemente elaborado, sin embargo, recursivo desde la justificación causal hasta la solución aparente.

3.1.3. Resultados dimensión operativa exclusión-inclusión

Se indaga sobre la posible **sensación de no estar teniendo en cuenta algunos temas de su vida, que pueden estar influyendo sobre su estabilidad emocional**. A su vez, se indaga si esto puede estar confabulando con los mencionados deseos de morir. Ante estas interrogantes tienden a referirse a que en el presente no desean contacto interpersonal, y se niegan a las actividades que antes eran significativas y evaluadas positivamente por ellos mismos. Cuando se refieren al pasado se detecta que la tendencia al aislamiento social, ha sido un precursor para llegar a la situación actual.

Resumen cuantitativo en la Figura 6 sobre lo antes mencionado, donde se visualiza cuánto estos pacientes incluyen contenidos para sus análisis. Posteriormente se colocan fragmentos de las entrevistas que sustentan lo antes mencionado, y que respaldan la descripción antes hecha sobre la tendencia a incluir experiencias de carácter negativo tanto del pasado como del presente, entre ellos la tendencia al aislamiento del pasado con sus respectivas limitaciones, que son coherentes hoy con la sensación de soledad durante su ciclo vital y esto es asociado a la ideación suicida. El contenido que incluyen no es suficiente para la activación en sentido contrario, y tienden a aislarse.

Dimensión operativa exclusiónInclusión

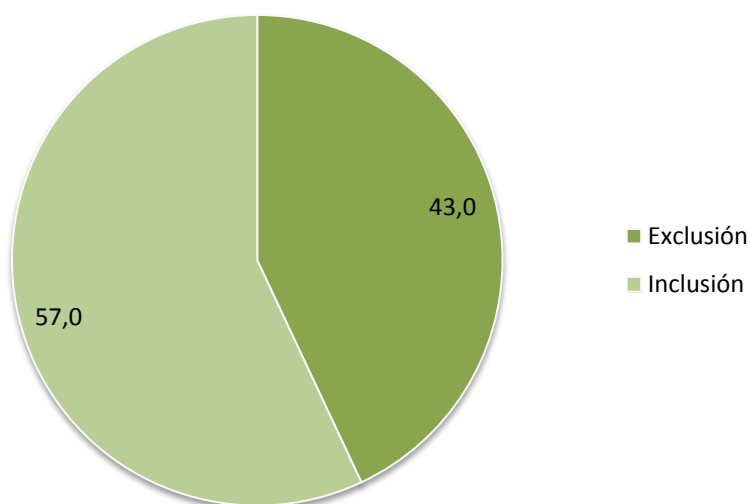


Figura 6: Porcentaje de polarización de las respuestas dadas por los pacientes en la dimensión operativa exclusión-inclusión.

Pregunta de la pauta de entrevista semiestructurada a la que alude esta descripción de resultados:

3.1- ¿Ha tenido la sensación de no haber tenido en cuenta temas importantes de su vida que han influido finalmente sobre su estabilidad?

¿Puede hablar sobre eso?

¿Puede estar vinculado eso con las ganas de morir?

Se centran en la descripción de la persistencia de la ideación suicida y de la imposibilidad de encontrar salida a través de los intentos de pensarse a sí mismos. También hay referencias a la tendencia constante hacia la exclusión en el pasado, de no haber tomado en cuenta sus propios sentimientos y a la sensación de haber sido comandados en sus actos por otras personas, a las cuales se sienten históricamente sometidas.

En casos extremos sus verbalizaciones se limitan a expresar la incapacidad de pensarse a sí mismos, así como a la no existencia de recuerdos del pasado, razón por la que no pueden dilucidar lo que han incluido o excluido.

Los siguientes fragmentos de entrevistas reflejan lo dicho anteriormente:

PI

T- Y qué cosas son las que tú estás excluyendo en este momento, temas importantes que no estés tomando en cuenta en este momento en tu vida, ahora.

PI- Haber, eh... es que, ¡Me da lo mismo todo!

T- ¿Todo lo estás excluyendo?

PI- Si, no todo me da lo mismo, o sea esto lo estoy haciendo por un sacrificio, yo sé que esto es un sacrificio para mi, el salir de mi casa porque, yo, por mi fuera estuviese todo el día mi casa, ¡Pero no quiero ver a nadie!

PII

PII- Si yo aquí me acuesto en la noche y digo: *“Ya estoy pensando, ya estoy pensando”* y entonces me desvelo, me desvelo y empiezo a pensar en *“¿Cómo, cómo hacerlo?”*...

PIII

T- ¿Hay algún tema que no hayas tenido en cuenta?

PIII- El salir... el ir a ni una parte, estar en la casa.

T- ¿Tú crees que has excluido eso?

PIII- ¡Yo creo que influyó bastante!

T- ¿Y esto puede estar vinculado con tus ganas de morir hoy?

PIII- (Silencio) Yo creo que sí...

T- ¿Cómo los relacionas?

PIII- Lo relaciono en el sentido de que... si yo hubiese hecho muchas cosas, o sea muchas cosas antes, yo no estaría psicológicamente... si yo hubiera sabido hacer las cosas, psicológicamente estaría sana, sana, pero no las supe hacer, le fui dándole vueltas y vueltas, y puras vueltas y vueltas y vueltas y nunca encontré la salida... y no la encuentro todavía.

PIV

T- Temas importantes de tu vida que no has tenido en cuenta... ¿Tienes esa sensación, que hay cosas en tu

vida que no la has tomado el peso que requieren?

PIV- No pienso en nada...

T- O sea, ¿No hay nada que tengas en cuenta? ¿Está todo fuera?

PIV- Sí...

PV

T- Cuéntame PV, en tu vida, ¿Tú sientes que has dejado de tener en cuenta algunas cosas importantes? ¿Que tienen peso en la vida, y tú no las has pescado mucho?

PV- ¿Cómo qué?

T- ... ¿Quiero que me digas si tienes esa sensación?

PV- Estudiar por ejemplo, haber seguido estudiando... y no haberme casado...

T- ¿Y qué otras cosas importantes tienes la sensación de no haber tenido en cuenta?

PV- El no haber hecho antes mis trámites para tener mi casa...

T- Esas son cosas concretas, ¿Y cosas emocionales cosas que tú hayas dejado de lado?

PV- El haberme casado, sin querer casarme, porque mi papá me obligó a casarme y ahí yo no estaba embarazada.

T- ¿Y te casaste?

PV- Me casé.

T- ¿No tuviste en cuenta la importancia que tenían en tus propios sentimientos y lo que tú querías?

PV- No.

T- Excluiste tus propios sentimientos...

PV- Sí, sí... Sí...

T- Y esto tiene algún vínculo, por ejemplo cosas como éstas, en las que no hayas tenido en cuenta tus propios deseos ¿Pueden tener relación con tus ganas de morir?

PV- (Silencio) Puede ser porque yo digo: "*¡Pucha! por qué no tuve la valentía*", me hubiera gustado haber sido como soy ahora, haber dicho: "*No poh, yo no me gusta esto, no quiero esto y no me tienen por qué obligar, yo soy mayor de edad y tengo que... tomar mis decisiones, pensar en lo que a mí me conviene o lo que a mí me gusta, o lo que me va a hacer sentir bien*". Entonces por eso quedé así como...

T- ¿Cómo?

PV- Como... me siento como, frustrada, como... incapaz de haber tomado mis decisiones. Y mis papás todavía quieren manejar mi vida, entonces por eso no quiero, estar ahí.

PVI

T- Y con respecto a temas emocionales, en relaciones interpersonales, ¿Hay cosas que has excluido?

PVI- Sí.

T- ¿Cómo se vincula esto con las ganas de morir, esta tendencia a excluir cosas importantes?

PVI- Eeeh... el hecho de eeeh... de no haber abarcado más mis relaciones interpersonales, otras personas, y no estar tan como... tan encerrado, en un callejón. Entonces el hecho de estar como en un callejón... siempre mi vida ha sido como un callejón.

T- ¿Tienes esa sensación?

PVI- ¡Claro! Nunca un campo abierto, donde puedo ir para acá para ella, para cualquier lado.

T- ¿Y al final del callejón?

PVI- Está la muerte.

PVIII

T- ¿Has tenido la sensación de no haber tenido en cuenta temas importantes de tu vida?

PVIII- Sí... nunca.

T- Es decir, ¿Cómo no tuve en cuenta esto?

PVIII- Sí, una vez una psicóloga me dijo: "*Tú tienes muy pocas ideas buenas de tu infancia.*"

PVIII- Una vez que me dijeron: "*¿Quieres ser enfermera?*" Yo dije: "*No*", y estaba todo listo, y no quise estudiar enfermería.

Se intenta explorar la medida en la que estas personas entrevistadas tienen la **capacidad de conocer e incluir en su autoconcepto las características personales** que **evalúan como negativas**. En qué medida son conscientes de cuánto estas características influyen en el control de su estabilidad emocional.

Pregunta de la pauta de entrevista semiestructurada a la que alude esta descripción de resultados:

3.2- Cuando se trata de aspectos negativos sobre usted mismo/a frente a la vida ¿Siente que puede integrarlos a su identidad de alguna manera?

¿Qué hace?

¿Cómo los incorpora?

¿Qué efecto tienen en usted?

Se obtienen datos que indican consciencia de conductas y tendencias que resultan contraproducentes para el avance a un estado emocional satisfactorio. Revelan la dificultad que tienen para el autoconocimiento y la aceptación de lo que evalúan como sus falencias. Otros reconocen directamente las características personales como la agresividad, que juegan en contra del establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias. Sin embargo, no se aprecian en su discurso indicios de una reacción activa y movilizadora para modificar dichas conductas o tendencias.

También mencionan características de orden más superficial, concreto referidas a lo físico, y lo asocian directamente con las ganas de morir, como si no hubiera espacio para el acceso y la profundización del mundo subjetivo que se entreteje detrás de la fachada. En estos casos especialmente se centran explícitamente en la inclusión de lo que consideran aspectos negativos superficiales, a través de los cuales evitan contactar con las características personales de orden subjetivo. Uno de los entrevistados refiere que excluye conscientemente en su cotidiano de vida las características personales, y explicita que si las incluyera se activarían inmediatamente de nuevo los niveles suficientes para llevar a cabo el acto suicida.

Fragmentos de entrevista que reflejan lo antes mencionado:

PI

T- PI, y cuando se trata de aspectos negativos de ti, sobre tu persona, características negativas, defectos.

¿Cómo los logras integrar, los logras asumir?

PI- ¿Como qué?

T- Cosas que haces mal, o cosas que sabes que están mal en ti, ¿Las logras integrar a tu personalidad, logras aceptarte así?

PI- O sea, por ejemplo con el trago ¡Me hago la loca!, así como que... ¡No soy yo! ¡Porque sé que está mal!

PII

T- Y cuando se trata de aspectos negativos sobre ti misma, defectos tuyos frente a la vida, ¿Sientes que puedes integrarlos a tu identidad, sientes que puedes vivir con eso? ¿O no?

PII- Oh... no, como le digo yo estoy cansada.

T- Aceptas tus defectos, aceptas sus errores ¿O te cuesta mucho?

PII- ¡Me cuesta mucho!

T- ¿Entonces es un problema que usted tiene, aceptar los cambios?

PII- Los cambios... pero es tonto eso, porque es un proceso natural.

T- Pero no lo puedes aceptar ¿Algo está pasando contigo que no aceptas esto?

PII- ¡Claro!, y ahí ponerse a pensar... y digo: “*No voy a salir más a la calle*”, y me encierro, y estoy semanas sin salir a la calle. ¡Y cierro todo!

T- Bueno ¿Ahí excluyes el mundo de tu vida?

PII- ¡Claro así!, que no quiero saber nada ni ver nada ni nada... y que no me vean a mi tampoco.

PIII

T- Cuando se trata de aspectos negativos sobre ti misma, frente a la vida, ¿Sientes que puedes integrarlos a tu identidad, los sientes como parte tuya, o estas cosas negativas como que no las aceptas?

PIII- No... yo tengo muchas cosas negativas, por ejemplo yo soy muy mañosa. No sé si es bueno, en el sentido, soy mañosa en el sentido del aseo, soy como muy pesada, que yo digo esa silla ahí, tiene que estar todo el día y bien limpia y que nadie me la toque. De repente en la forma de decir las cosas que no las sé decir. Estoy muy agre... ¡Muy agresiva...!

T- ¿Estás muy agresiva últimamente?

PIII- Sí, últimamente...

T- ¿Antes no tanto?

PIII- Antes no tanto...

PIV

T- Cuéntame PIV cuando hay aspectos negativos sobre ti misma, o sea hablando de tus defectos, de tus cosas malas, defectos tuyos, ¿Tú puedes tener conciencia de ellos?

PIV- Estoy llena de defectos.

T- ¿Estás llena de defectos?

PIV- Sí.

T- A ver cómo es eso. ¿Podrías hablarme un poquito?

PIV- Gorda, fea, tonta, inútil, no sirvo para nada.

T- ¿Esa es tu identidad?

PIV- (Asienta con la cabeza)

T- ¿Y no hay aspectos positivos?

PIV- Quiero puro dormir, que nadie me moleste (Llanto de la paciente).

T- ¿Y qué efecto tiene en ti PIV, pensar todo eso de ti?

PIV- Ahí me quiero morir... y descansar...

PVI

T- Está la muerte... cuando se trata de aspectos negativos sobre ti mismo frente a la vida, cosas negativas que tengas tú, ¿Sientes que puedes integrarlos a tu identidad de alguna manera? ¿Forman parte de ti tus aspectos negativos o los excluyes?

PVI- ¡Los excluyo!

T- ¿Los excluyes, cómo es eso?

PVI- Los excluyo porque... eeeh, trato de... darme... serme, darme cuenta de que, eeeh... mis limitantes no pueden ser mayores que mis habilidades... o o... tiene otra palabra eeeh (Silencio) no son habilidades son... eeeh...

T- ¿Virtudes?

PVI- ¡Virtudes!

T- ¿No quieres que sea así?

PVI- No.

T- ¿Y sientes que si las incluyes, si incluyes tus aspectos negativos va a suceder eso?

PVI- ¡Claro!

T- ¿Cómo es eso?

PVI- El hecho de que yo incluya los aspectos negativos de mi personalidad, pueden sofocar las virtudes que yo tenga, y es... esa... y esa la opresión que tendría, me llevaría a una depresión mayor... y eso significaría realmente buscar otra forma de nuevo... de quitarme la vida.....

T- ¿Por eso no las incluyes en tu concepto de ti mismo?

PVI- ¡No, claro!

T- ¿Cuáles son tus cosas negativas?

PVI- Eeeh... las cosas negativas son, por ejemplo mi timidez.

T- Ya, ¿Qué más?

PVI- Eeeh... el ser desordenado con el dinero.

T- Ya, ¿Qué más?

PVI- Eeeh... el no reconocer la... los errores que cometo.

T- ¿Qué más?

PVI- Eeeh... el no cumplir con mis promesas.

T- ¿Qué promesas no has cumplido?

PVI- Con mi familia.

T- ¿De?

PVI- De por ejemplo eeeh... deee, de mejorarme.

T- O sea, ¿De lo que estábamos hablando ahorita?

PVI- ¡Claro!

PVII

T- Cuando se trata de aspectos negativos sobre ti misma, defectos tuyos, mañas o cosas negativas sobre ti misma, ¿Tú las incluyes también dentro de tu análisis de las situaciones?

PVII- Sí.

T- Por ejemplo ¿Qué tipo de cosas de ti hay que sean negativas y que tú las incluyes?

PVII- Que bebo.

T- ¿Qué efecto tiene en ti reconocer esa parte, y qué te hace sentir el darte cuenta...?

PVII- ¡Culpable! poh, me siento culpable, de algo que no tenía que haber hecho. ¡Pero ya está! Ya lo hice y ¿Qué le voy a hacer?

T- ¿No es un gran problema ese?

PVII- No.

T- ¿Para ti?

PVII- No.

PVIII

T- Cuando se trata de aspectos negativos sobre ti mismo frente a la vida, ¿Sientes que puedes reconocer esos puntos?

PVIII- ¿Negativos?

T- ¿Sí? ¿Los integras a tu identidad como parte tuya?

PVIII- Sí, sí, sí... soy impulsiva.

T- ¿Impulsiva? ¿Y qué más?

PVIII- Mmmh... me valoro poco.

T- ¿En este período de tu vida?

PVIII- Sí, Mmmh, como que me avergüenza no saber matemática y... faltas de ortografía.

T- Y estas características que tú ves que te parecen negativas en ti, ¿Qué efecto tiene en ti el hecho de reconocerlas?

PVIII- Eeeh... ¿Qué efecto tienen en mí? Me da un poquito de vergüenza con alguna gente, si no se qué hablar mejor me quedo callada.

T- ¿Y qué efecto tiene en ti misma reconocer que tienes aspectos malos en tu forma de ser?

PVIII- Negativo.

T- ¿Un efecto negativo cómo?

PVIII- No soy completa...

A lo largo de la **historia vital** de estas personas ya se han detectado algunos detalles que indirectamente han referido, por lo cual se hacía necesario saber la **percepción global que tienen de este tema**. El espectro de eventos y el signo positivo o negativo que le asignan desde su perspectiva actual. En ello se obtienen datos que apuntan a que estas personas visualizan preferentemente los aspectos más negativos de su historia y de la actualidad. Los aspectos o eventos positivos que incluyen lo hacen desde la añoranza y la carencia actual. Todo esto que es evaluado con valencia negativa, aparenta tener una cualidad acumulativa y es asociado directamente con la activación de su ideación suicida actual. En algunos casos sí logran incluir aspectos positivos, por ejemplo del área laboral.

Pregunta de la pauta de entrevista semiestructurada a la que alude esta descripción de resultados:

3.3- Cuando mira lo que ha sido su vida ¿Puede tener en cuenta varios aspectos para pensar sobre ella?

¿Qué piensa sobre las cosas que ha vivido?

¿Las malas las incorpora a su experiencia?

¿De qué manera por ejemplo?

¿Cómo las relaciona con sus deseos de morir?

¿Cómo ve las cosas positivas?

Fragmentos de entrevista que reflejan lo antes mencionado:

PI

T- ¿Qué piensas sobre todo lo que has vivido?

PI- Creo que nunca le di importancia a mi persona como persona... ¿Y sabe por qué?

T- ¿Por qué?

PI- Porque yo me sentí que mi mami de alguna manera nos crió así como muy... mi mamá nos decían indiecitas.

... ¡Hay cosas que a uno no se le olvidan!

... yo nunca sentí cariño de parte de mi mamá. Ellos se separaron y desgraciadamente mi papá se olvidó de que nosotras existíamos, entonces nos dejó con ella.

... Yo tengo puras ganas de irme, pero no sé cómo hacer, cómo hacerlo que no... que me duela menos. ¡A lo mejor porque soy cobarde!

T- Y las cosas positivas de la vida ¿Las puedes ver? ¿Las puedes pensar en el momento?

PI- (Silencio)... No veo nada...

PIII

T- Cuando tú miras lo que ha sido tu vida ¿Puedes tener a la vez varios aspectos para pensar en ella? ¿Las cosas malas las incorporas a tu experiencia, No las olvidas?

PIII- Las tengo presente,... sí las tengo presente.

T- ¿Cuáles están más relacionadas con las ganas de morir?

PIII- ¡Las malas...!

T- ¿Las malas?

PIII- Sí...

T- ¿Cuáles son las más malas que están directamente relacionadas?

PIII- Los problemas de mis hijas, eeeh, el no haber sabido llevar un hogar, como debió ser, como debió haber sido, y y y... que yo me encuentro mala.

PIV

T- PIV, ¿Cómo tú relacionas todos estos eventos positivos y negativos de tu vida antes, con las ganas de morir que tienes hoy? ¿Cómo encaja eso?

PIV- No encaja eso.

T- ¿Cómo?

PIV- Lo conecto con lo feo.

T- ¿Encaja?

PIV- ¡No!

T- ¿Pero cómo relacionas, estas experiencias que tú viviste, buenas y malas que me acabas de hablar de tu vida, cómo las relacionas con tus deseos de morir hoy?

PIV- ¿Cómo? Si ya no tengo nada.

T- ¿Sientes que ya no tienes nada de eso, ni de lo bueno ni de lo malo?

PIV- Nada, nada, nada.

T- ¿Por qué me dices que no tienes nada?

PIV- (Silencio) No sé... (Silencio)

PV

T- ¿Más que por la experiencia de vida, estás así por la situación actual?

PV- Claro, y de repente como que se me juntaron un poco por lo que he pasado... entonces yo digo: “¿Para qué vine a este mundo?”, primero para puro sufrir, traje a mis hijos a lo mismo, y más encima no tener plata, de repente para comprar lo que necesito... y ahí ya se me empiezan a juntar cosas y empiezo a... (Silencio)

PVI

T- Cuando tú miras lo que ha sido tu vida, hasta el momento ¿Puedes tener varios aspectos para pensar en lo que ha sido tu vida? ¿O solamente este estar solo o puedes tener otros aspectos positivos, negativos para pensar en tu vida?

PVI- Para pensar en mi vida yo creo que tengo aspectos positivos, yo por lo menos eeeh... no... no ha sido... no ha sido... eeeh... dicho por mi sino por otras personas, que por ejemplo en el aspecto del trabajo, los trabajos los he hecho bien.

... he hecho de todo, y y y... todos los jefes que he tenido, todos han coincidido en que soy un buen trabajador.

... el no poder obtener trabajo ahora me... me da también el deseo de no... de morir.

T- Eso es algo bueno para pensar en lo que ha sido tu vida, lo que has hecho. ¿Qué más?

PVI- Eeeh...

T- Buenas o malas, como quieras...

PVI- (Silencio) Malo... el aspecto malo es el daño que le he hecho a otras personas, a personas cercanas a mí.

T- ¿Por ejemplo?

PVI- A mi hija.

T- ¿Qué daño le has hecho a tu hija?

PVI- ¡Porque tenía que haber luchado por ella! No tenía que haberme quedado tranquilo y haber eeeh... haber cumplido la promesa que le hice.

T- ¿Sientes que no luchaste a pesar de que hiciste las demandas e hiciste todo lo posible por verla?

PVI- Pienso que no luché lo suficiente.

T- ¿Qué faltó por hacer?

PVI- Faltó seguir intentando con la justicia verla, faltó eeeh... que a pesar de que yo pagaba la pensión, exigir las visitas,

... el darme cuenta que ya no... que a lo mejor ya no la voy a ver, que ya no... no va a ser parte de mi vida me da el deseo de morir.

PVII

T- Cuando tú miras lo que ha sido tu vida tú ¿Puedes tener en cuenta varios aspectos de tu vida para pensar, para hacer el resumen o lo haces en función de una sola cosa?

PVII- En función de una sola cosa.

T- ¿En función de qué?

PVII- De pensar en mí, en mis cosas, en lo que yo he hecho, en lo que yo estoy, en lo que yo hablo, en lo que yo digo, en lo que como, cómo me siento, en mi no más...

T- ¿En ti no más?

PVII- En mi no más..., en mí no más.

T- ¿Y qué piensas sobre las cosas que has vivido?

PVII- En que ha sido todo una mierda menos mis hijos y mi padre.

T- ¿Cómo es eso?

PVII- Todo lo demás no tiene valor para mí.

PVIII

T- ¿Cuando tú miras lo que ha sido tu vida puedes tener aspectos numerosos para pensar en ella, o sólo piensas en una sola cosa?

PVIII- Nooo... pienso en muchas cosas.

T- ¿En muchas cosas?

PVIII- Sí, la que más valoro es que si no me hubiese pasado por todo lo que me ha pasado, no estaría aquí. Si no me hubiesen violado, no me hubiesen matado mis perros, no me hubiesen hecho daño.

Se aprecia en el Figura 7 la distribución irregular de las tendencias polarizadas de esta dimensión operativa. Se aprecia en los 3 primeros casos la propensión a incluir las características negativas de su vida actual y del pasado, mencionan también que excluyen cosas del presente, pero al mencionarlas como excluidas indican que no se detienen a pensar en ellas, a elaborarlas constructivamente sino que están “excluidas” por resultar desestabilizadoras, angustiantes y paralizadoras, y porque al parecer a través de ellas no son movilizados en ninguna dirección.

Resumen dimensión operativa exclusión-inclusión

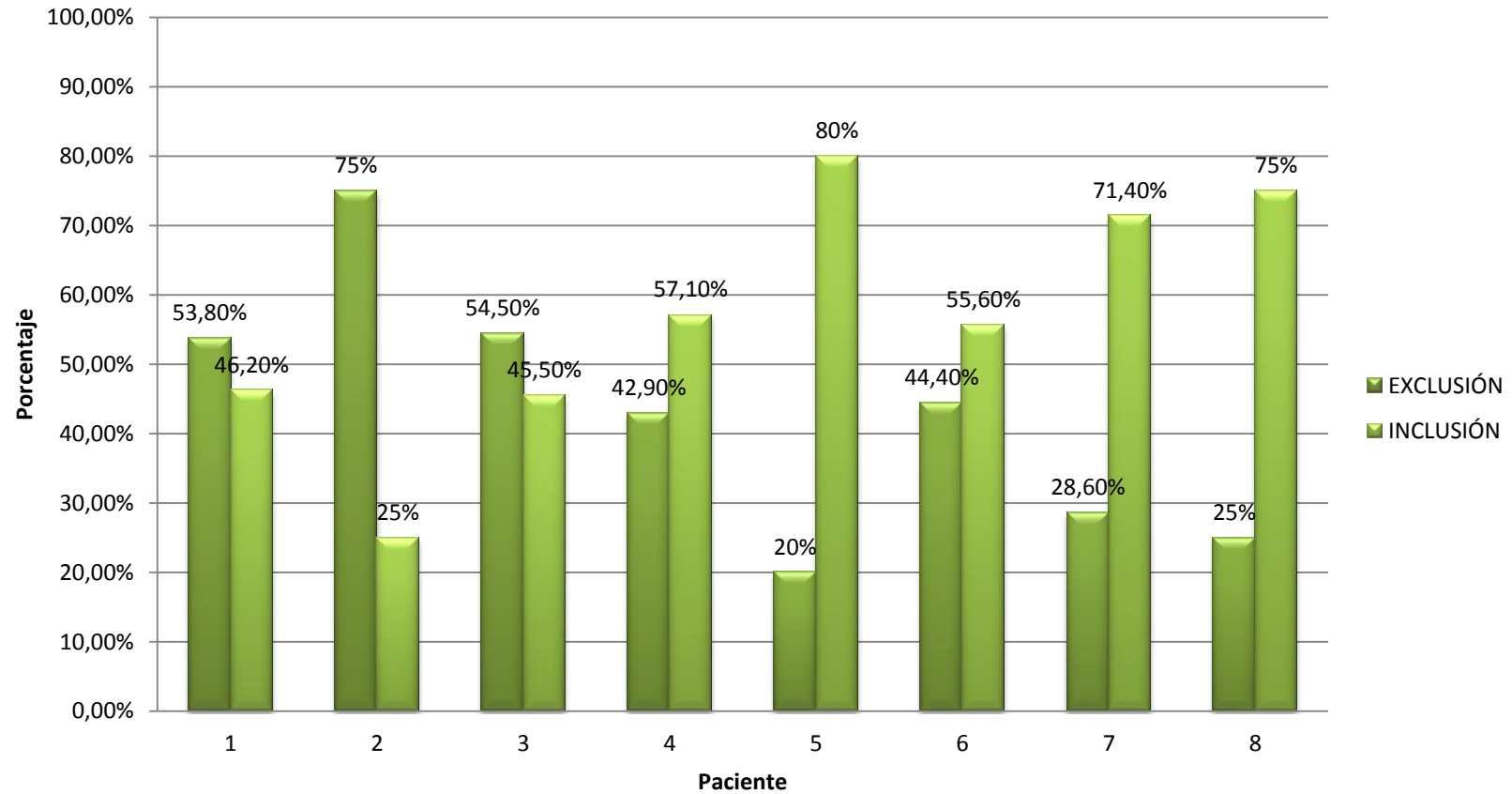


Figura 7: Resumen de porcentaje de respuestas dadas por la muestra de pacientes en la dimensión operativa exclusión-inclusión.

Síntesis de los resultados observados en la dimensión operativa exclusión-inclusión

En esta dimensión operativa aparentemente hay una tendencia a la inclusión, polo antitético que es considerado desde la teoría como el polo no psicopatológico. Esto es cuestionable, desde la situación de colapso en la cual el paciente se encuentra inmerso en la ideación suicida, que aniquila al sistema.

En esta dimensión aparece un paciente que pierde la capacidad de auto-reconocerse en su situación vital, se disuelve en el intento de solucionar lo que le sucede y en ello incluye. Pero en el despliegue de esta inclusión, contradictoriamente pierde los límites de la mismidad.

Al integrar información, esto no ocurre en la dirección de la coherencia interna histórica, sino excepcionalmente, ocurre en la dirección de extinguir el sistema y en consonancia con la ideación suicida del momento. A modo de confirmación de la situación crítica que lo conduce a colocar fin a su experiencia vital. En los casos en los que hay inclusión y devela algo del sí mismo histórico, se aprecia una tradición de enfocarse hacia las carencias y eventos percibidos de manera negativa y adversa, que en la actualidad tienden a reforzar la ideación suicida.

¿Qué es lo que incluye e integra una persona que funciona en el “*polo del suicidio*”?

Tiende a incluir contenidos catastróficos, que confirman la decisión, en coherencia con este otro-sí-mismo-suicida, que justifican la necesidad de auto eliminarse.

Podría decirse que en este punto el paciente con ideación suicida activa excluye los elementos positivos de la vida, que irían en consonancia con su coherencia interna cuando no presentaba ideación suicida. Los elementos positivos del pasado son “actualizados” con un cambio de signo, desde aspectos positivos históricos a carencias actuales.

No hay exclusión psicótica, ni inclusión no psicopatológica, se truecan los signos y potencialidades de las experiencias vividas, en función de la prioridad vigente: la autoeliminación.

Los llamados “bordes tácitos de significado” que menciona Guidano (1987), están rígidamente parapetados. No permiten inclusión alguna, ni expansión que se salga de los significados y hechos que estén orientados a la confirmación de la necesidad del suicidio como solución.

¿Qué es lo que sucede con el sistema que anula la tendencia natural a la “exclusión defensiva” de lo negativo? Ante la exploración realizada en entrevistas tienden a excluir y transmutar lo positivo y a incluir lo negativo e insoportable. El paciente con ideación suicida incluye los contenidos negativos y carencias de toda su historia vital, que en este momento resultan armónicos con la ideación suicida que ha tomado dominio absoluto.

3.1.4. Resultados dimensión operativa reactividad-proactividad

Las respuestas se referían en numerosas ocasiones a una “sensación de estar paralizado”, tanto subjetiva como físicamente. En ese sentido se pudiera pensar que la sensación de estar paralizados, sumado al intento suicida recién efectuado y la persistencia de la ideación suicida activa, sugiere que estamos frente a personas que operativamente se ubican en el polo de la reactividad, como se aprecia en la Figura 8.

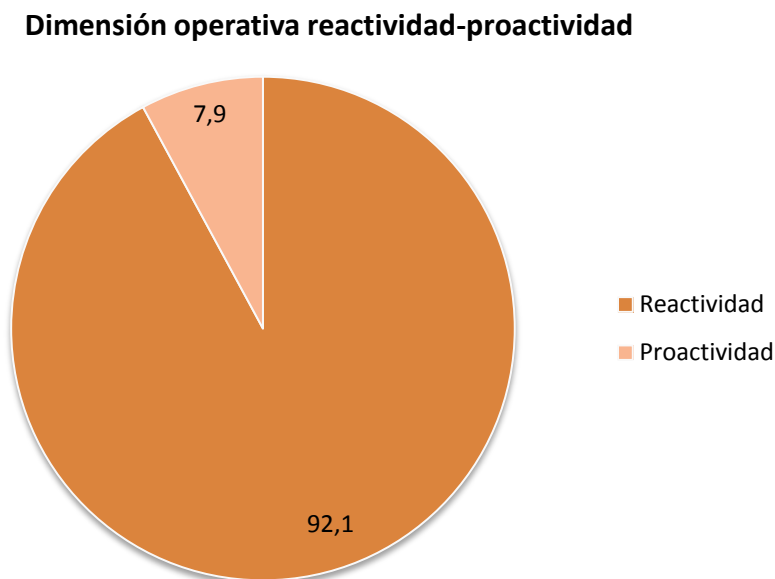


Figura 8: Porcentaje de polarización de las respuestas dadas por los pacientes en la dimensión operativa reactividad-proactividad.

Se explora a través de la entrevista la **reacción que consideran los pacientes que ellos tienen ante situaciones adversas**, ante situaciones que impliquen desequilibrio y por ende, un cambio en las demandas al sistema para su afrontamiento. La intención de estas preguntas era indagar la postura reactiva o proactiva.

Pregunta de la pauta de entrevista semiestructurada a la que alude esta descripción de resultados:

- 4.1- ¿Cuándo una situación complicada le involucra, tiende a actuar en función de ello?
 ¿Qué tiende a hacer (actuar o paralizarse) ante ella?
 ¿Puede hablarme sobre eso?
 ¿Cómo se relaciona eso con la ideación suicida?

La tendencia a realizar tareas diarias (domésticas o laborales), antes asumidas como placenteras y parte importante de su rol en la familia, en la actualidad son hechas por obligación, por presiones externas, con la idea de comenzarlas y terminarlas lo antes posible. En ocasiones refieren realizarlas como un mero trámite, vacío de significado y desconectadas de la sensación de realización personal. La sensación de “bloqueo” que describen les hace imposible visualizar cosas positivas que le sucedan o que tengan a su alrededor.

Fragmentos de entrevista que reflejan lo antes mencionado:

PI

T- ¿Tu sensación fue que te paralizaste o te movilizaste?

PI- Yo me paralicé...

P- ¡Yo creo que como a los niños que le obligan, vamos!

T- ¿Entonces estás como reaccionando al entorno?: Claro.

T- ¿Las cosas que empiezas las terminas? En este tiempo que has estado con esta idea de la muerte

¿Empiezas cosas y las terminas?

PI- Es que yo he hecho lo mínimo...

T- ¿Y eso mínimo que haces lo empiezas y lo terminas?

PI- Sí.

T- ¿Por ejemplo qué cosas?

PI- No sé, si hay que hacer el aseo... yo, hago todo el aseo, lo empiezo y lo termino.

T- ¿El aseo lo haces sola? ¿No tiene alguien que obligarte?

PI- O sea hay días que no quiero hacer nada nada nada...

PII

PII- ... a mí me encanta, me encanta esa cuando hacen natación en las piscinas, las señoras de edad, cuando se bañan.

T- Pero no lo haces tú. ¿Te quedas mirando?

PII- Me quedo mirando.

PIII

T- Cuando una situación complicada te involucra ¿Tú tiendes a actuar en función de solucionar eso? ¿O tiendes a paralizarte? ¿En qué parte del espectro estás?

PIII- Yo creo que me paraliza.

T- ¿Te paralizas?

PIII- Sí.

T- Hablando un poco más de eso ¿Por qué te paralizas, qué pasa?

PIII- No sé... por qué... no sabría por qué (Llanto de la paciente).

T- Cuando una situación compleja te paraliza ¿Por qué te paraliza?

PIII- Al no poder hacer nada.

T- ¿No tiendes a buscar posibles soluciones?

PIII- Claro, no, no.

T- ¿Eso no te pasa?

PIII- No.

T- ¿Y esto tiene relación con la ideación suicida también?

PIII- Eso siii.

PIV

T- Ahora, cuando estás ante un problema ¿Tú tiendes a actuar en función de eso, tiendes a paralizarte, o qué haces?

PIV- Me voy a mi cama a dormir. No quiero que me molesten, ni con sus gritos.

T- ¿Cuando tienes problemas lo que haces es que te vas de la situación?

PIV- Sí.

... Me voy a acostar.

T- ¿Te vas a acostar igual?

PIV- Sí, me tapo la cabeza.

T- ¿Cuando tú te propones algo tiendes a llegar al final, llegas al final de tu meta, o te quedas por la mitad?

PIV- ¿Ahora o antes? ¿Siempre estamos hablando de antes o de siempre?

T- Ahora, ahora, estamos hablando de ahora, de ti ahora. ¿Cuando tú te propones algo lo logras, o te quedas a mitad de camino, o que pasa con eso? ¿Con tus metas?

PIV- ¿Cuando hago la cama?

T- Por ejemplo...

PIV- Me obligan a hacerla.

T- ¿Y por ti, qué harías?

PIV- La dejaría así mismo.

T-¿No te pondrías metas?

PIV- No.

T- ¿Y cuando te pones una meta? ¿Te pones metas?

PIV- No.

T- ¿No?

PIV- No.

T- ¿Las metas que tienes en este momento son simples y son impuestas?

PIV- Me mandan... a comer, hacer la cama, a bañarme... pero yo siempre digo que me duele el estómago, para que no me obliguen a comer... y así no como, y me libero de eso.

PV

T- ¿Sueles darte por vencida? ¿Es lo que más te está pasando últimamente?

PV- Últimamente sí,

... Pero en este momento es todo.

T- ¿Es todo paralizado?

PV- Sí.

T- ¿Y cómo se relaciona esto con la idea suicida, esto de paralizarte ante los problemas graves?

PV- Ahí es cuando me dan ganas de... de desaparecer, cuando estamos puro sufriendo, mejor nos matamos ¡Nos vamos todos y ya!... (Tono de voz bajo con angustia)

PVI

T- Cuando sientes que una situación complicada te involucra ¿Tú tiendes a actuar en función de eso, tiendes a paralizarte, o qué haces?

PVI- Ahora último me pasa es que no... no reacciono.

T- ¿Te paralizas?

PVI- Sí...

T- ¿Cómo se relaciona eso con la ideación suicida?

PVI- El hecho de no tener contacto con la... con... con el exterior.

T- ¿Como que te has metido para dentro?

PVI- Sí.

T- ¿Y cuando algo te involucra internamente?

PVI- Es que no hay, no ha habido nada que me involucre.... Internamente.

... ahora todo lo que me pase... ¡Siempre es negativo! Y eso el hecho de hacer siempre las cosas negativas, hacen la idea de tener... de suicidarme.

Se declaran a sí mismos en su mayoría, dentro de la muestra explorada, como personas con una altísima y generalizada imposibilidad de tomar **decisiones**. Se encuentran como espectadores pasivos, subjetivamente inamovibles, que son impactados por la capacidad del resto de las personas para mantenerse vivos, pero que más allá de la teorización del deseo de hacer lo mismo no se movilizan en función de ello. Ello se explica mejor al captar frases como: “*Soy una persona muerta en vida*”.

La única decisión de la que parecen estar seguros, y que tienen consciencia de haber tomado en el plano personal, es la de querer suicidarse.

Pregunta de la pauta de entrevista semiestructurada a la que alude esta descripción de resultados:

4.2- ¿Cuándo toma decisiones tiende a generar nuevos caminos, a enfrentar cosas desconocidas?

¿Puede hablar de ello?

¿En general tiende a llegar al final de su meta, o se queda a medio camino?

4.3- En el momento de tomar una opción o una decisión importante para usted ¿Lo hace sin dificultad?

¿Cuál es la opinión que prevalece, la suya, la de sus amigos, la de su familia o la de alguien más?

¿Puede hablarme sobre eso y su relación con la ideación suicida?

Fragmentos de entrevista que reflejan lo antes mencionado:

PII

T- PII cuando tú tomas decisiones ¿Tiendes a tomar decisiones nuevas que cambien todo o prefieres quedarte con lo conocido?

PII- Prefiero quedarme... así, así no haciendo nada y mirando no más poh, entonces digo yo. ¡Es como una persona muerta en vida poh!, estar viva pero estar ahí, como, como quien dice con los brazos cruzados.

T- ¿Te está costando últimamente llegar a las metas que te propones?

PII- Sí.

T- ¿Te quedas a medio camino? ¿Cómo es eso?

PII- Como le dije yo antes, porque yo... yo... tal vez ya no, no puedo soportar más y... y... y me la gana la depresión.

T- ¿Te la gana la tristeza?

PII- Sí.

T- ¿Cuál es la opinión que predomina cuando hay que tomar una decisión? ¿Predomina su opinión la de las amigas, de la familia o la de alguien más?

PII- Nooooooooooooo ¡Las toma mi esposo!

T- ¿Tu esposo es el que toma decisiones? ¿Tú no te metes?

PII- ¡No!

... Yo me baso mucho en... todo lo que hace él no más.

PIII

T- Cuando tú tomas decisiones ¿Tiendes a generar nuevos caminos, a enfrentar cosas desconocidas?

PIII- No, no tomo nuevas decisiones.

T- ¿Te da miedo tomar nuevas decisiones?

PIII- Me da miedo, si.

PIV

T- ¿Qué pasa con PIV frente a las decisiones?

PIV- ¿Ahora?

T- ¡Sí!

PIV- No tomo decisiones.

T- ¿No?

PIV- No.

T- ¿Por qué?

PIV- (Silencio)

T- ¿Por qué no tomas decisiones?

PIV- Porque no encuentro... (Silencio) no le encuentro ningún... significado.

T- ¿No tiene significado?

PIV- No. (Silencio)

PV

T- Cuando tú tomas decisiones PV ¿Tú tiendes a generar nuevas opciones, te atreves a lanzarte por caminos desconocidos? ¿O prefieres no hacer eso, sino que mantenerte en una línea que tú conozcas cuando quieres hacer algo o tomar una decisión?

PV- (Silencio)

T- ¿Te mueve lo novedoso, o prefieres lo conocido?

PV- Prefiero lo conocido, me da miedo... de repente como buscar algo nuevo, me da miedo, me da miedo que sea peor, o... o el contarle algo a alguien y que eso seaaa... para peor.

T- ¿Que enrede la situación?

PV- Claro...

PVIII

T- ¿Y tu tendencia real cuál es?

PVIII- Seguir un mismo camino.

T- ¿Eso es lo que al final te pasa siempre?

PVIII- Sí. Quedarme ahí en el encierro y tratar de... ¡Pucha! quiero hacerlo y no me da...

T- ¿Te quedas a mitad de la meta que te pones?

PVIII- Sí.

La **capacidad de prever, de anticiparse proactivamente** a lo que pueda suceder pareciera estar abolida, no hay ni siquiera un atisbo de interés en el futuro. No es objeto de preocupación ni de elaboración en la más mínima posibilidad. Cuando se les coloca de manera forzada frente a al mandato de pensar en el futuro, expresan un miedo paralizador ante la probabilidad de empeoramiento de la situación actual y el incremento de su malestar, que ya es vivenciado como en el más franco extremo e insoportable.

Pregunta de la pauta de entrevista semiestructurada a la que alude esta descripción de resultados:

4.4- ¿Piensa en lo que pueda suceder en su futuro, trata de predecir o anticiparse estratégicamente a lo que puede suceder?

¿Actúa en esa dirección o solo lo piensa?

¿Puede ahondar más en ese asunto?

La ideación suicida es tan potente que coloca a la muerte en el próximo paso, después de esto lógicamente no hay más nada que acontezca en sus vidas. No es compatible planificación futura con ideación suicida activa.

Fragmentos de entrevista que reflejan lo antes mencionado:

PI

T- ¿PI tú piensas en lo que pueda suceder en el futuro, tú tratas de anticiparte a lo que pueda suceder? ¿Cómo es eso?

PI- Yo (Risa nerviosa de la paciente) estoy viviendo el día a día ahora, empujada... porque si yo tuviera la posibilidad más mínima de que me dijeran: *“Mira sabes que, sale para afuera, viene un camión y ¡Tírate!”*

PII

T- ¿PII tú piensas en el futuro?

PII- No.

T- ¿No tratas de predecir qué va a pasar, o de anticiparte en la fantasía del futuro?

PII- No.

T- ¿No?

PII- Por lo menos para mí no hay futuro.

T- ¿Por qué?

PII- ¡No no!, De todas formas a lo mejor mañana y yo no voy a estar... si... (Silencio, expresión de tristeza). No.

T- ¿Y por qué no vas a estar mañana?

PII- Porque si, porque... ¡Es algo normal poh!, que a lo mejor, a lo mejor mañana no, no voy a estar, por eso es que vivimos al día no más.

T- ¿Mañana cuando? ¿El futuro? ¿En el futuro en unos años más?

PII- ¡Ah! No ya ahí... yo, yo no voy a estar.

T- ¿No vas a estar?

PII- No.

T- ¿Por qué no vas a estar?

PII- No, porque yo... ¡No voy a poder soportar más poh!

T- ¿No vas a poder soportar más que cosa?

PII- La enfermedad, las ganas de morir...

PIII

T- ¿Tú piensas en lo que pueda suceder al futuro? ¿Tratas de anticipar a lo que pueda pasar en la vida cotidiana?

PIII- No, no.

T- ¿Vive el momento? ¿Reaccionas según las circunstancias?

PIII- Sí.

T- ¿No te anticipas, no planificas estratégicamente?

PIII- No, no.

T- ¿Ni siquiera lo piensas, no piensas en anticiparte?

PIII- No.

T- ¿Por qué? ¿Puedes explicar en un poco más de eso, por qué vas actuando repentinamente y no proactiva o anticipadamente?

PIII- Miedo a cometer un error..., prefiero hacerlo así en el momento, como se dice día a día, no proyectarme nada, no proyectarme a nada, me tengo miedo a mí misma.

... Que para mí no hay futuro (Llanto de la paciente) para mí no hay futuro (Llanto de la paciente).

PIV

T- ¿Tú piensas en lo que pueda pasar mañana, o en un rato más? ¿Tratas de anticiparte a los hechos o no?

PIV- No, solamente duermo, me tapo.

T- ¿Cómo es eso? ¿No piensas en lo que pueda pasar?

PIV- No.

PV

T- ¿Y tú piensas en lo que pueda suceder en el futuro, tú tratas de anticiparte al mañana mismo, que va a pasar mañana y en función de cosas actuales o no?

PV- No.

T- ¿No funcionas anticipándote?

PV- No.

T- ¿Aunque creas que puede venir algo malo?

PV- No.

... Me da miedo anticiparme fracasar y volver a... me da miedo caer en depresión por fracasar.

PVI

T- ¿Tú piensas en lo que pueda suceder en tu futuro?

PVI- No.

T- ¿Tratas de anticiparte al futuro?

PVI- ¡No, es que no lo veo!

T- ¿No lo ves?

P- (Niega con la cabeza)

T- ¿Igual tienes una idea de cómo pudiera ser?

PVI- ¡Es que le tengo miedo!

T- ¿Tienes miedo?

PVI- Le tengo miedo...

T- ¿A que le tienes miedo en el futuro?

PVI- Le tengo miedo al futuro de que sea peor de lo que ya estoy, o sea... siento que ya toqué fondo, siento que ya más no puedo bajar, siento que no puedo ya más caer en un hoyo más profundo. Y el temor a la realidad de que sí hay algo más profundo, a lo mejor un estado en Coma... eso lo veo, no como solución, sino que lo veo peor que ahora. Entonces no quiero... saber de la realidad no quiero, no quiero imaginarme la realidad a futuro.

... yo lo que hago es eeh... como vivir el día a día. Eeh... para mi, vivir un día es como el último día que tengo, siiii, en la tarde me dan ganas de matarme a lo mejor lo voy a hacer y, no voy a es... no voy a estar vivo para mañana, entonces no me reflejo ni me hago expec... expectativas de futuro. Porque sé que en cualquier momento a lo mejor yo me voy a quitar la vida y hasta ahí voy llegar.

PVII

T- ¿Y el futuro, cómo lo ves?

PVII- No lo veo el futuro.

T- ¿No ves el futuro? ¿No te anticipas a lo que pudiera ser?

PVII- No...

T- ¿Por qué?

PVII- Porque me voy a matar, qué futuro voy a saber... no me preocupo por el futuro.

Se intenta cualitativamente abordar la valoración de cada uno de los entrevistados sobre la potencia de las **ideas suicidas y la capacidad de sentir que ellos mismos pueden controlarlas.**

Pregunta de la pauta de entrevista semiestructurada a la que alude esta descripción de resultados:

4.5- ¿Siente que puede llevar el control de su vida, o las ideas suicidas lo podrán estar haciendo por usted?

¿Puede hablarme sobre ello?

Se observa en esta dimensión una sensación expresada por la totalidad de los pacientes entrevistados. Cada uno de ellos refiere la experiencia de sentir que las ideas suicidas son las que llevan el control de sus vidas, es decir de su subjetividad. Como si fueran estas un “ente” con vida propia que se ha apoderado de ellos, y a su vez ellos se ven misteriosamente obligados a seguir las indicaciones, imposibilitados de cuestionar lo que sucede. Algunos ejemplos de esto se aprecian a continuación:

PII

T- ¿PII tú sientes que el control de tu vida, lo llevas tú, o lo llevan las ideas suicidas?

PII- Lo llevan las... las suicidas...

T- Esta ideación suicida, es la que lleva el control de tu vida.

PII- ¡Claro! Como que me controlan si...

T- ¿Puedes hablarme un poco más de eso?

PII- ¡De vivir puro pensando en eso!...

PIII

T- PIII ¿El control de tu vida lo llevas tú, o lo llevan las ideas suicidas?

PIII- Las ideas suicidas (Llanto de la paciente)

T- Puedes hablarme de eso ¿Del control de tu vida?

PIII- ¡Ellas! Ellas me llevan a mí.

T- ¿Por qué?

PIII- Porque a cada instante está eso, de suicidarme, ellas me están controlando a mí, no controlándola yo a ella. Ya pasaron ya el límite hasta donde yo les permití, pero ya pasaron más arriba, (Suspiro) y eso yo lo siento.

T- ¿Cómo lo sientes?

PIII- Lo siento dentro de mí... es algo muy fuerte...

T- ¿Cómo lo puedes describir?

PIII- No sé, es como... no sé cómo explicarlo, no sé cómo decirlo, por eso necesito ayuda (Habla entrecortada, con angustia)

PIV

T- PIV ¿Tú sientes puedes llevar el control de tu vida, o las ideas suicidas lo llevan por ti? ¿Quién controla tu vida, tú o las ganas de morir?

PIV- Las ganas de morir.

T- ¿Puedes hablarme de eso?

PIV- Lo único que deseo y pienso todo el día es eso, de morirme.

PV

T- ¿Quién lleva el control de tu vida, tú o las ideas suicidas en este momento tu vida?

PV- En este momento... Las ideas suicidas.

T- ¿Te sientes vulnerable?

PV- Es que no me siento apoyada por nadie, me siento sola...

PVI

T- ¿Tú sientes que puedes llevar el control de tu vida o las ideas suicidas están llevando el control de tu vida por tí?

PVI- Las cosas suicidas me están llevando la vida.

T- ¿Ellas son las que controlan tu vida?

PVI- Sí.

T- ¿No tú?

PVI- No.

T- ¿Puedes hablarme de eso?

P- El hecho de pensar todos los días, cada día que me despierto, cada día que... que... que me doy cuenta de que por ejemplo no descansé bien, que no estoy bien anímicamente, que tengo problemas de alimentación, que tengo problemas de... de concentración, tengo problemas de... de relacionarme con personas... eeh que no soy la persona que era antes, que de poco a poco fue opacándose, antes era el que tiraba la talla, el que se reía... el... el que estaba siempre con grupos de personas, haciendo alguna actividad, ocupado siempre en algo, y ahora nada... me tiene... así con... con las ganas de morir.

PVIII

T- ¿Sientes que puedes llevar el control de tu vida, o las ideas suicidas lo podrían estar haciendo por ti?

PVIII- No, yo siento que puedo... siento que puedo, pero con... en este momento no.

Se intenta explorar la postura con la que una persona con esta persistencia de la ideación suicida reacciona ante las **frustraciones**, vistas estas como momentos críticos que pueden colocar en juego la dinámica y la estabilidad del sistema. Se manifiestan verbalmente como personas intolerantes a la frustración, y la mínima sensación de frustración se traduce en un detonante inmediato de la ideación y probable acción suicida. Se produce según referencias de los pacientes una especie de avalancha cognitiva de eventos negativos y de frustraciones previas, que generan reacciones impulsivas asociadas con el suicido. Se anula la posibilidad de ser proactivo y de focalizarse en la situación puntual que genera el estado de frustración, en la búsqueda de medios para solucionarla o sobrellevarla.

Pregunta de la pauta de entrevista semiestructurada a la que alude esta descripción de resultados:

4.6- ¿Cree que usted reacciona mal ante las frustraciones?

¿Cómo se relaciona esto con los deseos de morir?

¿Y ante los eventos positivos cómo reacciona?

Fragmentos de entrevista que reflejan lo antes mencionado:

PIII

T- ¿Cómo crees tú que reaccionas ante las frustraciones?

PIII- Lloro mucho... me da mucha rabia.

T- ¿Con mucha rabia?

PIII- Ira.

T- ¿Cuando tú se sientes frustrada tienes ganas de morir?

PIII- Sí.

T- ¿Por qué?

PIII- ¡Porque todo está mal!

T- ¿Por qué lo ves todo mal?

PIII- Todo mal, todo negro, todo mal, todo mal.

PIV

T- ¿Cómo reaccionas tú ante las frustraciones?

PIV- Me enojo.

T- Te enojas. ¿Y qué sientes cuando estás frustrada?

PIV- Rabia, me pongo a llorar, porque no puedo lograr lo que yo quiero.

T- ¿Qué es lo que tú quieres?

PIV- Morirme.

T- Y ante las cosas buenas que te pasan ¿Cómo reaccionas?

PIV- Mmmh... ¿Qué cosas buenas?

T- ¿No te pasan cosas buenas?

PIV- Y si hay, no las alcanzo a ver, porque mi mente está pensando otra cosa. (Silencio) o no las escucho, porque siempre estoy pensando lo mismo... en morirme.

PV

T- ¿Tú crees que reaccionas mal ante las frustraciones en este momento?

PV- Sí.

T- ¿Y cómo se relaciona esto con los deseos de morir, el reaccionar mal ante una frustración cuando las cosas no salen como tú quisieras en estos momentos?

PV- Es que me pongo a pensar, en todo lo que he tratado de hacer para atrás, y que todo me ha salido mal, desde mi casamiento, desde tener hijos con otro papá, eeh ¡Empiezo a juntar todo! Entonces ya eso me hace pensar yaaa, digo: "*No, estoy mal ¡No puedo!*"

T- Reaccionas mal.

PVI- No como... me aísló completamente, no como, no tomo desayuno, nada, no me alimento, no...

T- ¿Es como un suicidio lento?

PVI- ¡Sí!

T- ¿Las frustraciones las puedes tolerar?

PVI- No.

T- ¿Se relacionan con las ganas de morir?

PVI- Sí.

T- ¿Cómo?

PVI- Se relacionan porqueee... las frustraciones, como no las tolero, porque no... no están dentro de mí... de mi... de mi carácter, entonces... si hay una frustración, si hay o un fracaso de nuevo eeh ... ya la solución no es dejarla pasar que pase el tiempo y se olvida, ahora como que remedio esto lo antes posible. Y el remedio lo antes posible es suicidarse.

Como se muestra en la Figura 9 la mayoría de los pacientes se comportan de manera reactiva ante las situaciones que demanden en alguna medida al sistema. Por ejemplo ante la toma de decisiones, ante la necesidad de anticiparse a los eventos, ante las frustraciones, así como su rol ante la propia ideación suicida.

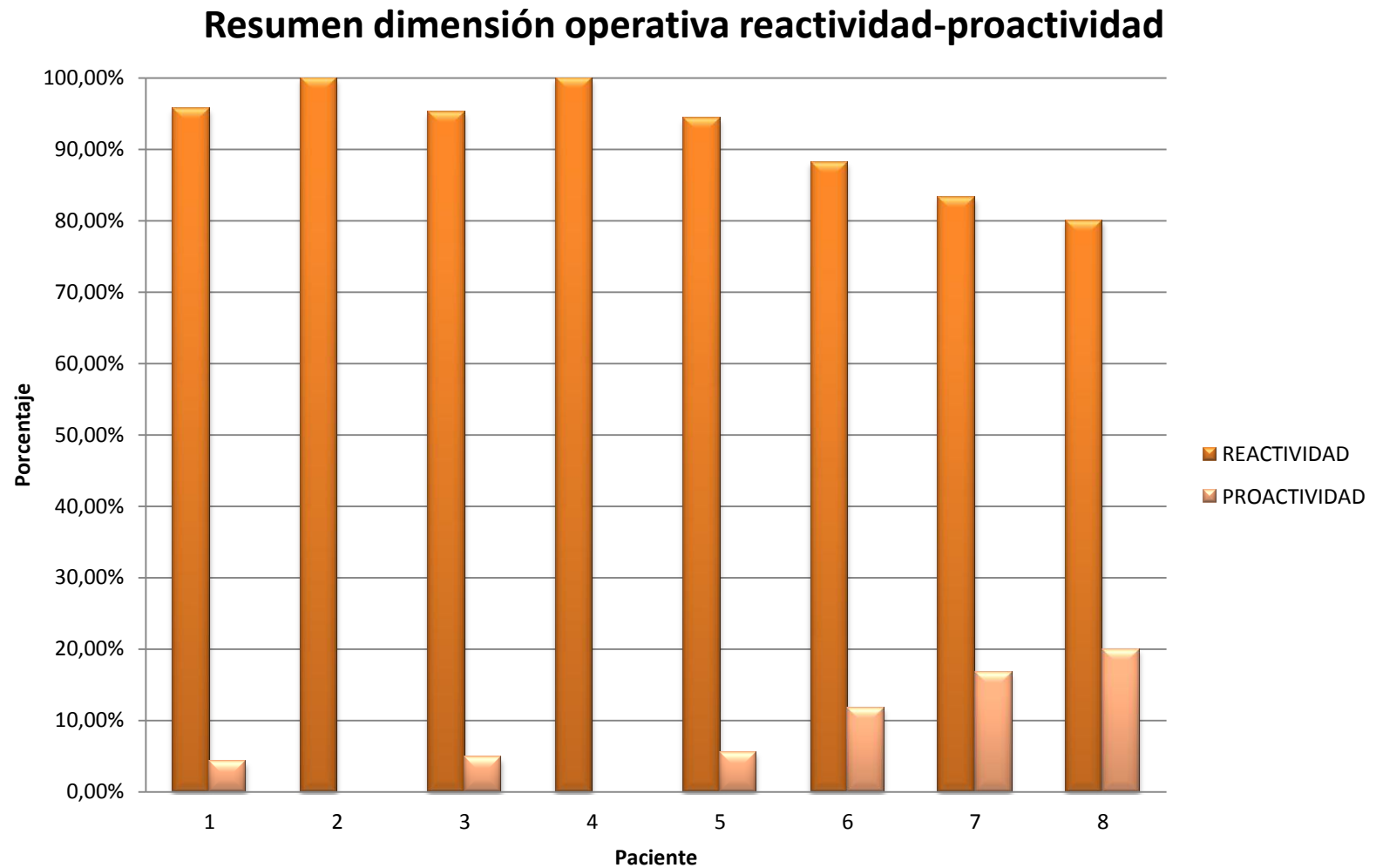


Figura 9: Resumen de porcentaje de respuestas dadas por la muestra de pacientes en la dimensión operativa reactividad-proactividad.

Síntesis de los resultados observados en la dimensión operativa reactividad-proactividad

En esta dimensión la polaridad altamente predominante en los pacientes entrevistados es la Reactividad con un 92%. Siendo este el polo psicopatológico de las dimensiones operativas, según la teoría estamos frente a personas que niegan sus conflictos o se desentienden de lo que sucede con sus vidas durante este período.

Ante el resumen de eventos perturbadores del paciente durante su historia vital, en el contexto de una depresión, en ellos no se activa la propositividad y lejos de ello, no son capaces de activar las competencias del sistema de significación que faciliten respuestas desarrolladoras ante la demanda desbordante de su situación actual. Toda demanda es percibida como desbordante porque cuentan en este momento con un sistema en estado hipoactivo, tanto en cuanto al aspecto subjetivo (emocional-cognitivo) como motor.

3.1.5. Resultados dimensión operativa evitación-exposición

Se intenta explorar la polarización en esta dimensión a través del manejo de situaciones sociales que impliquen la solución de problemas cuando hay involucrado otro. Se explora también la involucración afectiva con el resto de las personas así como la expresión de emociones u opiniones.

En la Figura 10 se muestra como existe entre los pacientes entrevistados una alta tendencia a la evitación y el puntaje que obtienen en el polo de la exposición se refiere en la mayoría de los casos a la sensación de sentirse expuestos emocionalmente frente a las demás personas.

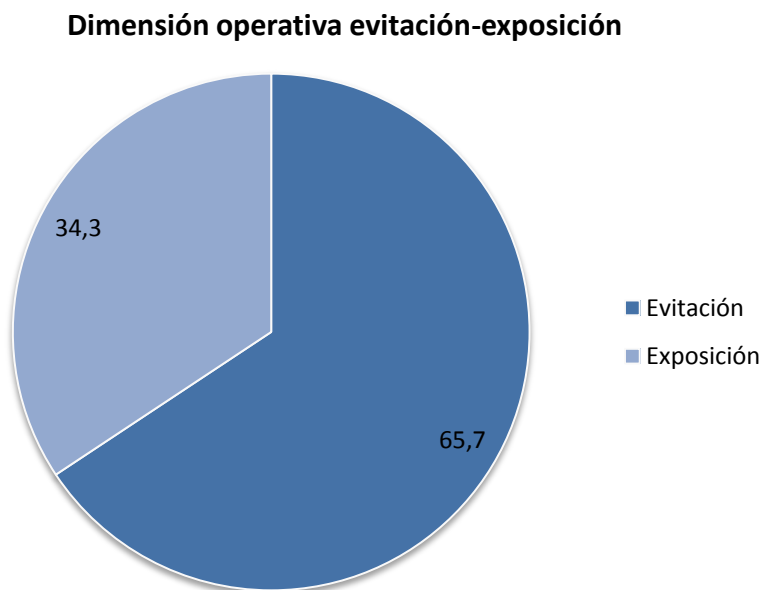


Figura 10: Porcentaje de polarización de las respuestas dadas por los pacientes en la dimensión operativa evitación-exposición.

Se observan polarizaciones con respecto a la evitación, son personas cuya **reacción ante un problema en el plano de las relaciones interpersonales** tienden a evadirlo. Ya sea para evitar problemas o por el poco control que sienten sobre sus emociones y su conducta. Se sienten atrapados por la angustia y concretamente tienden a retirarse de la situación problemática. Pasivamente, no se movilizan para expresar lo que les incomoda o la opinión sobre algo, por miedo al rechazo o por falta de interés.

Pregunta de la pauta de entrevista semiestructurada a la que alude esta descripción de resultados:

5.1- ¿Cuándo algo le incomoda en el plano social con algunas personas por mínimo que sea, tiende a afrontarlo?

¿Puede hablarme más sobre eso?

Fragmentos de entrevista que reflejan lo antes mencionado:

PI

T- Cuando algo te incomoda, en las relaciones con las demás personas por mínimo que sea ¿Cómo tiendes a enfrentarlo, qué haces? ¿Cómo lo manejas?

PI- Me voy, me voy...

PIII

T- Cuando algo te incomoda en las relaciones con las demás personas por mínimo que sea, ¿Tú tiendes a afrontar eso, tiendes a solucionarlo, o tiendes a dejarlo así?

PIII- Prefiero dejarlo así, por mis actitudes...

(Agresión)

PIV

T- Cuando algo te incomoda con las demás personas, que ya hemos estado hablando algo de eso, por mínimo que sea, ¿Tú tiendes a solucionarlo, a...?

PIV- Me voy ahora...

T- Te vas...

PIV- Me voy a acostar y me tapo.

PV

T- ¿Qué pasa con eso, con los problemas con las personas, que haces?

PV- (Tos para aclarar la voz) Tiendo a quedarme callada.

T- A quedarte callada...

PV- Porque tengo el problema de que me pongo a llorar.

PVI

T- Cuando algo te incomoda en el plano social de las relaciones interpersonales, por mínimo que sea, ¿Tú tiendes a afrontarlo o no?

PVI- No, no lo afronto.

T- ¿Qué haces?

PVI- Me quedo aaa... eeh... como que me... me como la... lo sucedido, hago vista gorda eeh... lo que sí, no me relaciono más con la persona.

T- ¿Evitas todo lo que puedas?

PVI- Sí, lo evito todo.

PVIII

T- Cuando algo te incomoda en el plano social con las demás personas por mínimo que sea, ¿Tú tiendes a afrontarlo o tiendes a evitarlo?

PVIII- No, lo evito, me hago a un lado.

T- De un problema que tengas con alguien, ¿Vas a tender a evitarlo en estos momentos de tu vida? ¿Cómo te comportas?

PVIII- Lo evito.

Con respecto al establecimiento de **vínculos afectivos**, se observa que cuando se encuentran en una relación con alguna persona la tendencia es a no involucrarse emocionalmente. Algunos refieren haberlo hecho antes, pero no en el presente debido a malas experiencias, cuyos efectos derivan hoy en una tendencia al aislamiento social y a no apegarse afectivamente a los demás.

PI

T- ¿Tú tiendes a involucrarte rápidamente emocionalmente con las personas?

PI- No, no...

PII

T- ¿Tú rápido te enganchas emocionalmente de la gente, o te cuesta?

PII- Nooooo. ¡Me cuesta mucho a miiii! Me cuesta mucho, yo... ¡Uuuh!... Así... ¡Una vez le dijeron a mi marido si acaso yo era muda!

PIV

T- Y en el plano de las relaciones con las demás personas ¿Tú emocionalmente, ahora, eres de las personas que tiendes a involucrarte rápido con los demás, o no?

PIV- No, no me junto con nadie.

T- ¿Con nadie?

PIV- Siempre estoy sola.

PV

T- Y en el plano de las relaciones con las demás personas ¿Tú tiendes a involucrarte rápidamente con las personas emocionalmente?

PV- No.

PVIII

PVIII- ... Es que no tengo amigos, si hace mucho, eso lo hacía cuando tenía 15 años, 16 años.

T- ¿Y ahora... actualmente?

PVIII- No.

T- ¿No te involucras con nadie?

PVIII- Con nadie. No, no me involucro.

El **manejo de emociones intensas** puede ser una manera de visualizar la medida en que estas personas entrevistadas se sienten ante el resto en cuanto a exposición emocional.

Pregunta de la pauta de entrevista semiestructurada a la que alude esta descripción de resultados:

5.2- En el plano de las relaciones interpersonales ¿Tiende a involucrarse rápidamente en el ámbito emocional?

¿Qué más puede decirme sobre eso?

5.3- ¿Se ha sentido sobrepasado por las emociones, sobre exigido?

¿Puede hablar más detalladamente sobre esto?

¿Qué relación tiene con las ideas suicidas?

Es importante hablar de cómo se comporta la polarización hacia la exposición en estos pacientes. En el plano de las relaciones interpersonales se sienten expuestos pero en la mayoría de los casos esa exposición tiene una valencia negativa. Ya que dicha exposición cuando sucede los deja indefensos y bloqueados por emociones que no pueden controlar. También la vivencia de sentirse expuestos los acorrala de frente a la activación de la ideación suicida intensa.

Fragmentos de entrevista que reflejan lo antes mencionado:

PI

T- ¿Tú te has sentido sobre exigida o sobrepasada emocionalmente?

PI- Sí, sí... de todas maneras.

T- ¿En qué sentido?

PI- ¡En todo sentido!

PII

T- PII ¿Cuándo te has sentido sobrepasada por las emociones?

PII- ¿Cómo?... ¿Cuando uno ya llega al límite uno de quererse...? (Hace gesto de corte de cuello)

PIV

T- ¿Tú tienes la sensación de haberte sentido como desbordada, o sobrepasada por alguna emoción en particular?

PIV- Sí...

T- ¿Y qué emoción? Cuando te empiezan a preguntar tanto, ¿Qué sientes?

PIV- ¡Rabia, intrusos!

T- ¿Son intrusos, te sientes expuesta?

PIV- Sí.

T- ¿Muy expuesta?

PIV- Sí.

PV

T- ¿Tú te has sentido sobrepasada por las emociones?

PV- Sí.

T- ¿Puedes hablar un poco de esto? ¿En qué momento te has sentido sobrepasada en los últimos días y cómo

se relacionan con las ganas de morir?

PV- Ahora sobrepasada, el hecho que mi propio papá me ha echado de la casa, que mi mamá me haya querido pegar, a la edad que tengo (Risas de la paciente), que me haya querido pegar delante de mis hijos, eso ya me... me vi como muy sobrepasada... (Angustia)

PVI

T- ¿Tú te has sentido sobrepasado por las emociones sobre exigido?

PVI- Sí.

- ¿Puedes hablarme un poco más de esto y qué relación tiene con las ideas suicidas?

PVI- A ver, lo que pasa es que yo soy muy sentimental...

PVII

T- Cuando tú te has sentido sobrepasada por las emociones ¿Qué haces? ¿Qué pasa contigo?

PVII- Me fumo un cigarro ¡Al tiro! ¡Rápido! ¡Me lo como el cigarro!

PVIII

T- ¿Tú te has sentido sobrepasada por las emociones?

PVIII- Sí.

T- ¿Sobre exigida?

PVIII- Sí.

Con respecto a la **expresión de emociones** por ejemplo la mayoría de ellos se niega a la expresión de emociones, sobre todo negativas u opiniones de desacuerdo, tienden al aislamiento social y emocional.

Pregunta de la pauta de entrevista semiestructurada a la que alude esta descripción de resultados:

5.4- ¿Puede expresar emociones y opiniones negativas frente a otra/s persona/s?

¿En esas situaciones se siente demasiado expuesto/a?

¿Puede hablarme más sobre eso?

Algunos no refieren interés alguno con relación al contacto social. Otros sienten que si expresan emociones u opiniones de desacuerdo con alguien se sentirían muy expuestos negativamente. Razón por la cual se mantienen en el polo de la evitación, que les brinda protección al no sentirse expuestos ante un mundo que puede hacerles daño, aunque por otro lado se angustian, y lloran frecuentemente solos, en el extremo aislamiento social.

Lo anterior que apuntaría teóricamente al auto cuidado, guardando las proporciones del contexto que se analiza, contrasta con la ideación suicida activa y el intento suicida fallido que cada uno de ellos acaba de hacer. Según refieren se protegen del rechazo y de la censura en pro de no estar peor emocionalmente, sin embargo la ideación suicida y el alto riesgo de morir estas personas contradice el gesto de salvaguarda mencionado antes.

Fragmentos de entrevista que reflejan lo antes mencionado:

PI

T- Y frente a las personas ¿Tú eres capaz de expresar tus opiniones?

PI- No me interesa.

T- ¿Podrías hacerlo? ¿Tú tienes opinión sobre las cosas?

PI- Sí, sí pero no me interesa hacerlo, no me interesa nada me da lo mismo.

PII

T- ¿Tú frente a las demás personas puedes expresar tus opiniones negativas o emociones?

PII- ¡No!

T- ¿Por qué?

PII- No ¡Yo sola no más!

T- ¿Por qué no puedes expresar tus emociones?

PII- ¡Porque no me gustan! A mí me gusta lo que yo pienso saberlo yo no más...

T- ¿Por qué? ¿Te sientes muy expuesta?

PII- ¡Sí!

T- ¿Cómo es eso? ¡Háblame de eso!

PII- Sí, me quedo callada. No puedo hablar ¡Poh! Me quedo callada, ¡No!

PIV

T- PIV cuando hay situaciones de conflicto, de problemas con las personas ¿Tú eres capaz de expresar tus emociones en esos momentos, de decírselas a la persona?

PIV- ¿Siempre o ahora?

T- Ahora, sí.

PIV- No me meto.

T- ¿No te metes?

PIV- No me interesa.

T- ¿Escondes tus emociones?

PIV- No me interesa.

T- Cuando tienes emociones negativas ¿No las expresas?

PIV- No.

T- ¿No las dices?

PIV- No, las lloro en mi cama.

PVI

PVI - ... Creo que no podría hablar, no me saldría el habla, o estaría tartamudeando.

T- ¿Por qué?

PVI- Porque seríaaa eeeh... como incapaz de poder eeeh... enfrentarme a la situación. Y al sentirme incapaz de afrontarme a la situación tendría la tendencia a... a no poder hablar a no poder... y no poder expresar realmente lo que quiero decir. Y, y, y... y al temor... al temor terrible de que lo que digo sea malinterpretado y sea mal... malentendido y en vez de a lo mejor arreglar el asunto empeorarlo. Y el hecho de empeorarlo más... más dolor me produciría.

T- ¿Más te expones?

PVI- Sí.

T- ¿A qué te expones?

PVI- Me expongo a... a que me tomen como una persona que... que tiene dificultades, que tieneee problemas, que tieneee eeeh... una enfermedad que lo limita que tieneee escasez de... de... de personalidad para desarrollarse como otra persona.

PVIII

T- ¿Tú cuando estás con las demás personas ahora, te sientes con la posibilidad de expresar tus emociones y sentimientos?

PVIII- No, no...

Como se aprecia en la Figura 11 la tendencia de las respuestas en la mayoría de los pacientes entrevistados es hacia el polo de la evitación. Así al referirse a la evitación lo hacen a modo de protección. Al referirse a la exposición, lo hacen desde el punto de vista del sufrimiento que les provoca estar frente a otro con las emociones en curso, sin poder manejarlas.

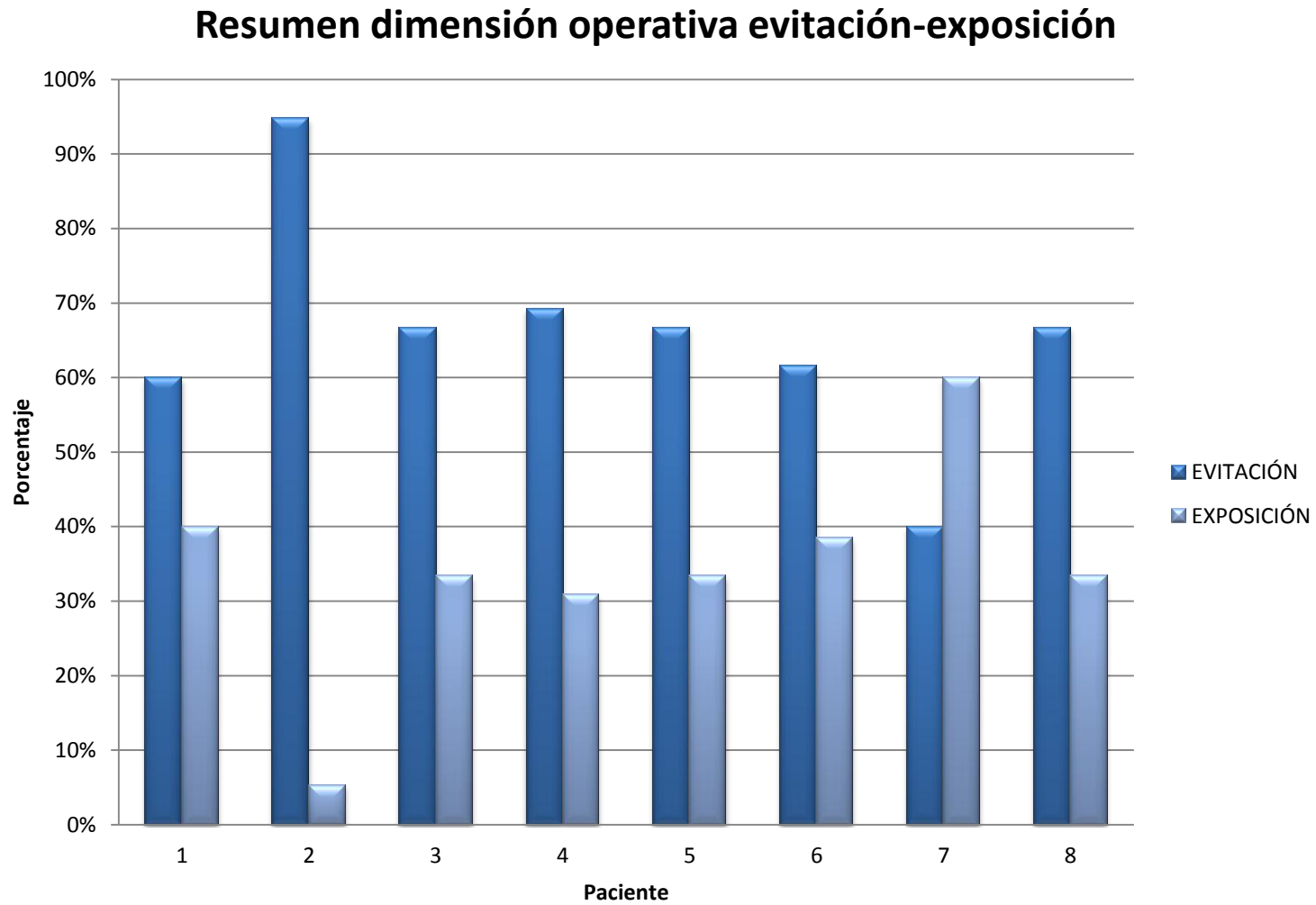


Figura 11: Resumen de porcentaje de respuestas dadas por la muestra de pacientes en la dimensión operativa evitación-exposición.

Síntesis de los resultados observados en la dimensión operativa evitación-exposición

La evitación es la predominante en el 65% de los casos con ideación suicida activa estudiados, en el contexto de una depresión. Se entiende que con este mecanismo se pudieran estar protegiendo de una o más situaciones que resulten en extremo perturbadoras, por lo que eventualmente pudiera ser menos psicopatológico de lo que aparenta. Sería interesante conocer la frecuencia con la que estas personas entrevistadas tienden a asumir una actitud evitativa ante cada dificultad.

En esta dimensión también se muestra una tendencia a la exposición, aunque menor que la evitación, en el 35% de los casos. Siendo este el polo no psicopatológico, es importante tener en cuenta en este sentido, al contenido que se expone una persona que se encuentra con ideación suicida. lo cual se explica a continuación.

Se entiende que la exposición es la opción natural de afrontar una situación y no escapar de ella, que es centralizadora, ya que debería facilitar el incremento cualitativo de la complejidad y generatividad del sistema. Es curioso conocer que en este caso la exposición aparentemente resulta psicopatológica. Esto debido a que modela en una funcionalidad polarizada que conspira para que se sostenga la ideación suicida de manera activa. La exposición emocional los perturba y es amplificado todo encuentro con un otro en la dirección de amplificar riesgo a ser rechazado, fomentándose así la tendencia al aislamiento social.

3.2. Descripción global de las categorías generales

En este apartado se hace una descripción de las categorías generales que se presentaron en el discurso de la totalidad de los pacientes. El criterio escogido para su ordenamiento según relevancia, fue la cantidad de veces que cada categoría general se presentó en el discurso de la totalidad de la muestra. Serán descritas desde la que más veces se presentó, hasta la que menos veces se presentó en las respuestas de la totalidad de los pacientes a la entrevista semiestructurada.

En el Anexo 15 se pueden obtener los datos de los códigos asignados a cada categoría general, sin embargo para un mejor entendimiento de la descripción de estos resultados en la mayoría de las ocasiones se hará mención al nombre completo de la categoría tratada. En el Anexo 16 se encuentra la operacionalización de cada una de las 18 categorías generales mencionadas.

Serán explicadas cada una de las categorías generales a través de los contenidos a los cuales los pacientes entrevistados se referían cada vez que estas fueron detectadas. A su vez se describirá en cuál de las cinco dimensiones operativas fue detectada cada categoría y el polo hacia el cual tendían las respuestas que las contenían.

Finalmente después de cada explicación se realiza una mención sintetizada de las dimensiones operativas y la polarización implicada, así como del número de veces que cada categoría se presentó. Se hace referencia además a cuantas veces cada categoría general expresó funcionalidad hacia el polo psicopatológico; y cuantas veces expresó funcionalidad hacia el polo no psicopatológico. También se mencionará en cuántos pacientes de la totalidad de la muestra se presentó la categoría general explicada.

La Tabla 3 contiene los datos numéricos relativos a las veces que se presentó cada categoría general, durante la exploración de cada una de las dimensiones operativas y la cantidad de veces que se presentó en total.

La Figura 12 y la Figura 13, contienen para una mejor visualización los datos que serán referidos posteriormente con respecto al número de veces que se presentó cada categoría en cada dimensión operativa.

Para información más detallada sobre las subcategorías que conforman cada categoría general, el orden y frecuencia de presentación de cada subcategoría en el discurso de los pacientes entrevistados, véanse los Anexos 17 y 18.

Tabla 3: Recuento de categorías generales en las dimensiones operativas.

D.O.	CG1	CG2	CG3	CG4	CG5	CG6	CG7	CG8	CG9	CG10	CG11	CG12	CG13	CG14	CG15	CG16	CG17	CG18
Co-Ab	4	8	18	7	2	6	3	8	3	7	22	0	10	2	8	28	8	4
Ri-Fl	4	6	2	0	1	2	7	13	10	13	21	3	1	0	4	7	4	2
Exc-In	4	0	5	4	0	2	2	18	0	6	0	0	23	0	1	1	0	3
Re-Pr	1	3	8	10	2	9	4	9	3	30	19	19	2	2	2	8	2	1
Ev-Exp	1	8	0	11	1	2	2	5	0	0	2	0	0	30	4	0	1	7
Suma	14	25	33	32	6	21	18	53	16	56	64	22	36	34	19	44	15	17

Nota: Número de veces que se presentó cada categoría general durante la exploración de cada una de las dimensiones operativas, al final de cada columna se presenta el número de veces que se presentó en total. Las dimensiones operativas se presentan como D.O.: Dimensiones operativas; Co-Ab: Concreción-Abstracción; Ri-Fl: Rigidez-Flexibilidad; Exc-In: Exclusión-Inclusión; Re-Pr: Reactividad-Proactividad; Ev-Exp: Evitación-Exposición.

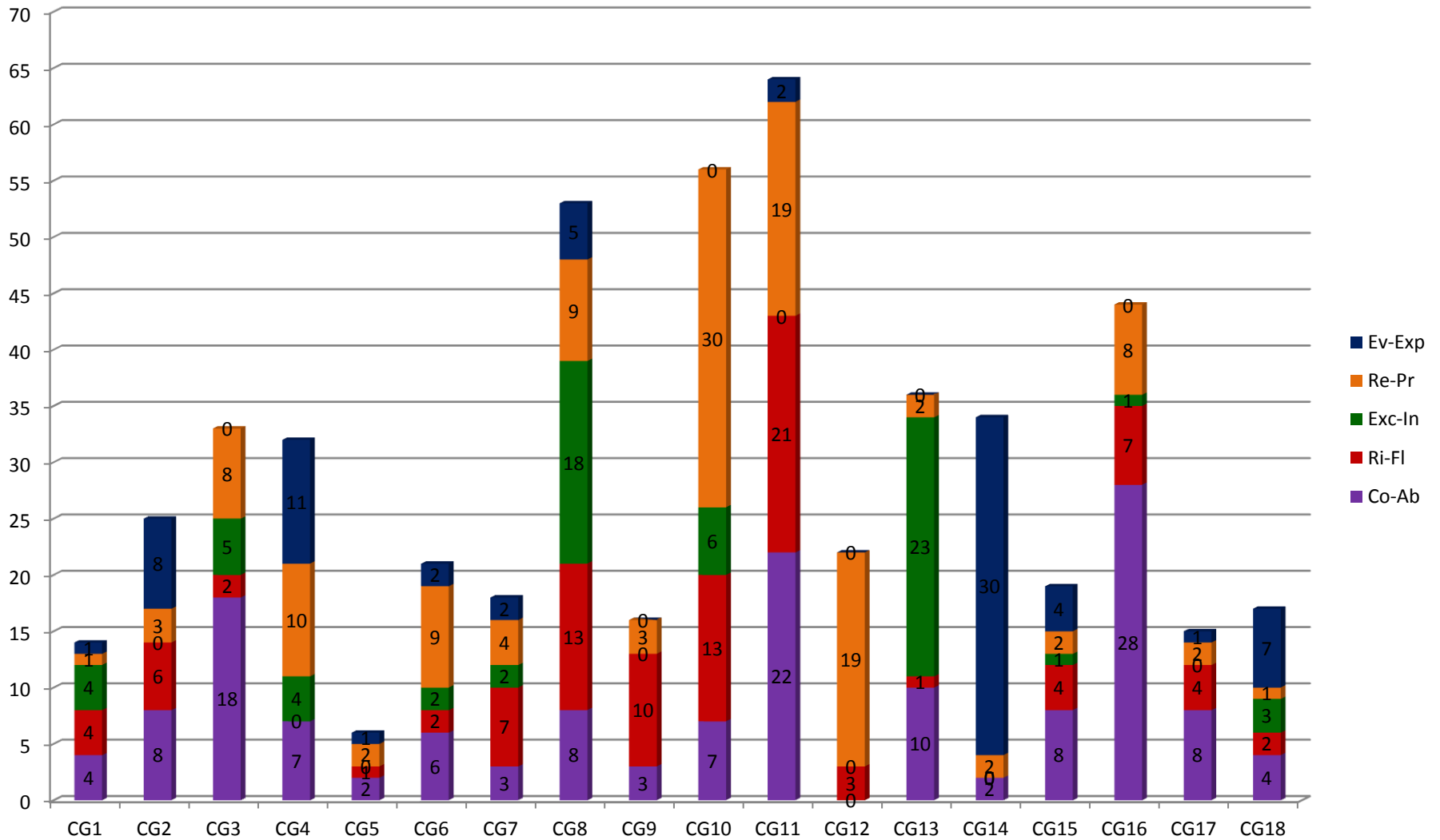


Figura 12: Recuento de veces que se presentó cada categoría general en cada dimensión operativa.

Nota: El eje de las ordenadas acota el número de veces, el eje de las coordenadas representa las categorías generales. El número de veces que se presentó en cada dimensión operativa se encuentra señalizado con los colores asignados a cada dimensión operativa según la leyenda lateral derecha. Abreviaturas: Co-Ab: Concreción-Abstracción; Ri-Fl: Rigidez-Flexibilidad; Exc-In: Exclusión-Inclusión; Re-Pr: Reactividad-Proactividad; Ev-Exp: Evitación-Exposición.

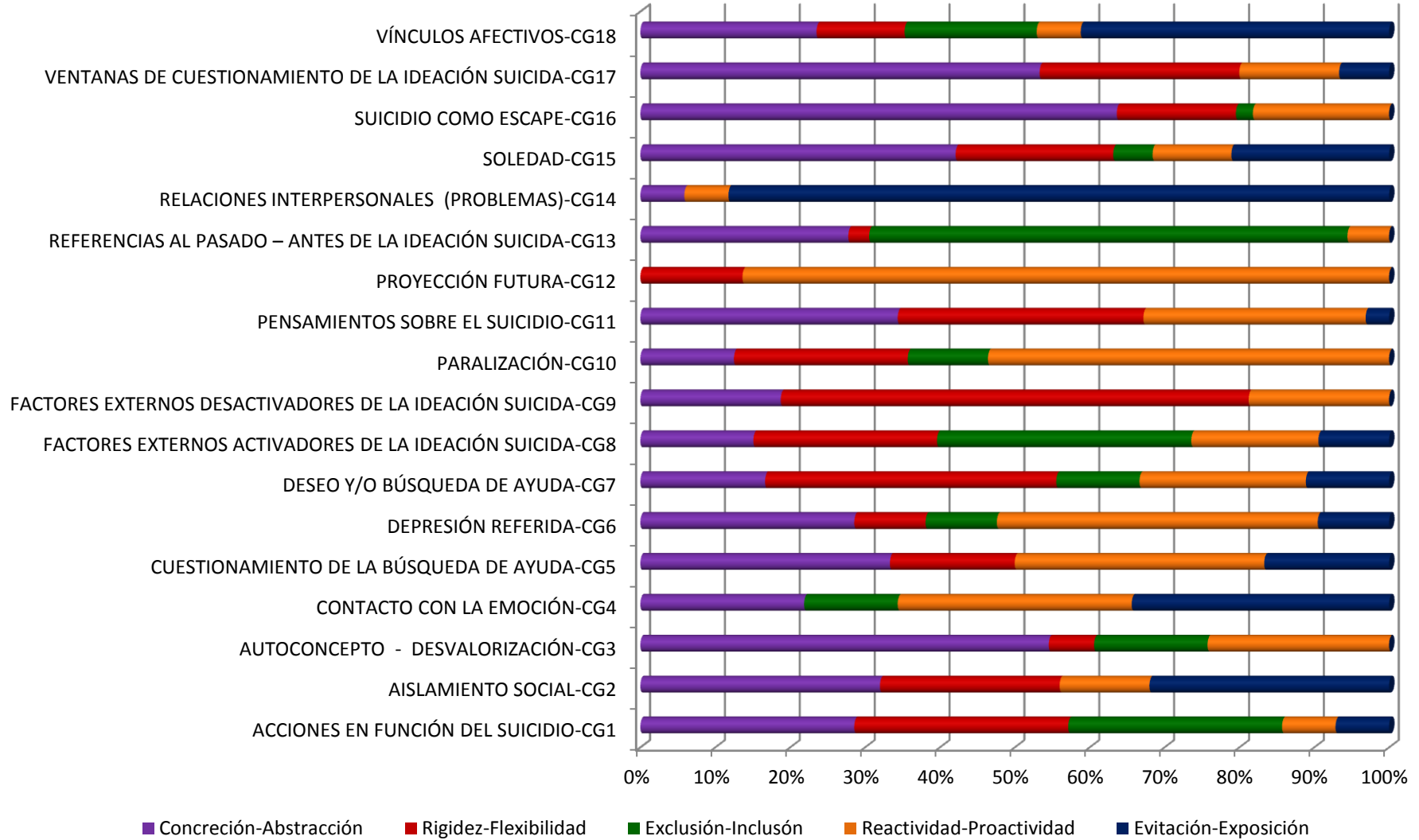


Figura 13: Porcentaje con que se distribuyeron las categorías generales en cada dimensión operativa.

Nota: Los colores que se observan en cada categoría general representan el porcentaje de veces que se presentó cada categoría general en cada dimensión operativa, según leyenda al pie del gráfico.

La categoría general que más veces se presentó fue la de **Pensamientos sobre el suicidio (CG11)** con marcada tendencia a la concreción, a la rigidez y a la reactividad. Hacen mención al incremento de la fuerza de la ideación suicida, con una tendencia casi generalizada a no normalizar el suicidio, pero a no poder hacer nada para modificar el pensamiento, se manifiestan de acuerdo con otras personas que también presentan ideación suicida. La frecuencia con la que son invadidos por las ideas suicidas se incrementa durante las noches. Expresan la imposibilidad de cambio de la idea sobre el suicidio, tienen la sensación de que las ideas suicidas predominan sobre el resto, manteniendo estas la primacía y persistencia en su pensamiento. Expresan la sensación de que la decisión de suicidarse, es una de las escasas decisiones que en estos momentos toman por sí mismos. Refieren que viven el día a día atados a la posibilidad de morir, sin intentar elaborar una proyección futura. Expresan dificultades para explicar o elaborar por qué presentan esta ideación suicida. Manifiestan en su discurso que las ideas suicidas tienden a interferir en momentos considerados como positivos para los pacientes entrevistados. El hecho de mantenerse ocupados con la ideación suicida activa provoca que excluyan aspectos positivos de su vida.

En sus presentaciones lo hacen mostrando una polarización hacia la concreción, la rigidez, la inclusión de elementos negativos y la exclusión de positivos, la reactividad por la relación inmediata entre el pensamiento y el deseo suicida; así como orientación hacia la evitación por sensación de exposición.

En 64 veces que esta categoría general se presenta, en 58 ocasiones refleja un funcionamiento que tiende a los polos psicopatológicos de las dimensiones operativas. Se presenta en la totalidad de los pacientes entrevistados.

Le sigue en frecuencia categoría general **Paralización (CG10)** ante la situación actual. Se refieren generalmente a una paralización psicológica y emocional que no les permite actuar, quedando atrapados en una postura rígida y con tendencia a la reactividad. A través de esta categoría general se obtiene información sobre la escasa posibilidad que vivencian de encontrar otras opciones distintas al suicidio. Expresan incapacidad para poder tomar decisiones, de colocarse metas, sensación de estar cansados frente a la vida, de vacío interior y de no poder continuar. Se detecta una actitud pasiva ante la búsqueda de soluciones, sin poder ejecutar acciones concretas.

En términos generales esta categoría muestra una polarización hacia la concreción, la rigidez, la exclusión y la reactividad.

En 56 veces que esta categoría general se presenta, en 55 ocasiones refleja un funcionamiento que tiende a los polos psicopatológicos de las dimensiones operativas. Se presenta en la totalidad de los pacientes entrevistados.

Posteriormente aparecen en menor frecuencia la categoría general **Factores externos activadores de la ideación suicida (CG8)**. Curiosamente refieren que quieren suicidarse por evitar preocupación ajena por ellos y su riesgo suicida. De manera paralela la familia y la pareja aparecen como elementos externos frecuentemente activadores de la ideación suicida. Algunos ubican la aparición de las primeras ideas suicidas asociadas a la ocurrencia de un evento vital, que han evaluado como negativo para ellos mismos, o en otros casos la acumulación de eventos vitales considerados como desafortunados. Los problemas de la vida cotidiana que suelen demandar la movilización de recursos psicológicos en los pacientes, generan sensación de cierre y pueden constituirse como activadores de la ideación suicida. En algunos casos se refieren a la dependencia económica como un factor importante también, para la activación de las ideas suicidas. La intolerancia a las frustraciones expresada por algunos pacientes entrevistados también es otro de los factores importantes referidos.

Las polarizaciones en cada una de las cinco dimensiones operativas en las que se presenta esta categoría general son eminentemente psicopatológicas.

En 53 veces que esta categoría general se presenta, en 41 ocasiones refleja un funcionamiento que tiende a los polos psicopatológicos de las dimensiones operativas. Se presenta en la totalidad de los pacientes entrevistados.

La categoría general **Suicidio como escape (CG16)** aparece en 44 ocasiones. A través de esta categoría se obtiene información sobre la manera en que los pacientes entrevistados conciben el suicidio, en varios casos el suicidio es visto como un descanso, como una manera de dejar de sufrir, de colocar el fin a la angustia. Visto como la única solución a los problemas que vivencian, a través de desaparecer.

El fragmento del discurso de los pacientes que presentan esta categoría deja entrever fundamentalmente tendencia a polarización concreta, y en menor medida, una marcada tendencia al polo de la rigidez y la reactividad.

En 44 veces que esta categoría general se presenta, en 43 ocasiones refleja un funcionamiento que tiende a los polos psicopatológicos de las dimensiones operativas. Se presenta en la totalidad de los pacientes entrevistados.

La categoría general **Referencias al pasado-antes de la ideación suicida (CG13)** le sigue con menor frecuencia. Se obtiene información interesante sobre la preexistencia de la ideación suicida en la vida de estos pacientes entrevistados. En este punto tienden a incluir aspectos positivos de su vida en el pasado desde la añoranza y la carencia actual. También incluyen eventos vitales significativos y aspectos negativos, como argumentos de peso que han ayudado a que deriven actualmente en los deseos de morir que están presentando. Se refieren a la sensación de frustración y descontento con la vida que han llevado.

Las polarizaciones en las dimensiones operativas en las que se presenta esta categoría son fundamentalmente concreción y en menor medida rigidez y reactividad.

En 36 veces que esta categoría general se presenta, en 18 ocasiones refleja un funcionamiento que tiende a los polos psicopatológicos de las dimensiones operativas. Se presenta en la totalidad de los pacientes entrevistados.

La categoría general **Relaciones interpersonales – Problemas (CG14)**, nos revela como los pacientes entrevistados se manifiestan muy expuestos emocionalmente al intentar expresar sentimientos o al ser observados por otros en el contexto social. Tienden a evitar la angustia intensa que les generan los problemas con las demás personas de la manera más concreta, retirándose corporalmente de la situación. En algunos casos expresan que la reacción es de agresividad e ira descontroladas. Tienden a interactuar mejor con otras personas que también presentan ideación suicida. Los pacientes entrevistados son temerosos del rechazo y la desaprobación social, dicha situación les puede generar una angustia insostenible, que tiende a activar la ideación suicida con alta intensidad.

Además de oscilar entre la evitación y la exposición, las polarizaciones en el resto de las dimensiones operativas donde se presenta esta categoría general son concreción y reactividad.

En 34 veces que esta categoría general se presenta, en 27 ocasiones refleja un funcionamiento que tiende a los polos psicopatológicos de las dimensiones operativas. Se presenta en la totalidad de los pacientes entrevistados.

A través de la categoría general **Autoconcepto-desvalorización (CG3)**, tienden a referir características negativas de sí mismo de orden superficial y con tendencia a la concreción, que deja entrever un perfil de conducta desde la reactividad. Además la mayoría son características asociadas al estado depresivo actual, que asumen como característica personal estable. Autoconcepto como suicida, sensación de falta de control de sus mentes, desinterés por todo, tendencia a la devaluación de sí mismos, algunos se describen agresivos y con sentimientos de inutilidad.

En el resto de las dimensiones operativas en las que se presenta esta categoría general, lo hace hacia el polo de la inclusión en torno a una descripción muy desfavorecedora de sí mismos, también se polarizan hacia la rigidez, además hacia la reactividad, como ya fue mencionado.

En 33 veces que esta categoría general se presenta, en 24 ocasiones refleja un funcionamiento que tiende a los polos psicopatológicos de las dimensiones operativas. Se presenta en la totalidad de los pacientes entrevistados.

La categoría general **Contacto con la emoción (CG4)** revela que los pacientes entrevistados presentan sensación de desborde emocional frecuente, que se asocia a la activación de la ideación suicida. Expresan dificultad para controlar las emociones, sobre todo ante las frustraciones, donde se generan conductas de tipo reactivas, que implican agresividad hacia sí mismos y a veces hacia los demás.

El nivel de análisis de estas situaciones de descontrol y desborde al contactar con las emociones queda en un nivel concreto de elaboración, tienden a sobre incluir en su cotidiano emociones negativas, polarizados hacia la reactividad y la sensación de exposición ante sí mismos y ante los demás.

En 32 veces que esta categoría general se presenta, en 22 ocasiones refleja un funcionamiento que tiende a los polos psicopatológicos de las dimensiones operativas. Se presenta en la totalidad de los pacientes entrevistados.

La categoría general **Aislamiento social (CG2)** se presenta a través de un aparente desinterés por relacionarse con las personas, involucrando en ello el miedo al rechazo social. De manera muy frecuente se detecta en los pacientes entrevistados la tendencia a aislarse con la ideación suicida, de manera que no le cuentan a nadie sobre el tema.

En las dimensiones operativas que esta categoría general se presenta, lo hace con las siguientes polarizaciones: concreción, rigidez, reactividad y exposición.

En 25 veces que esta categoría general se presenta, en 24 ocasiones refleja un funcionamiento que tiende a los polos psicopatológicos de las dimensiones operativas. Se presenta en 7 de 8 pacientes entrevistados.

La categoría general **Proyección futura (CG12)** revela que los pacientes entrevistados carecen de la misma debido a la preponderancia de la ideación suicida y del deseo de estar muertos. En la misma dirección expresan su incapacidad de colocarse metas. No hay validación de tiempo futuro en tanto consideran que no estarán vivos, por lo cual no hay proyección.

La polarización en las dos dimensiones en las que emerge esta categoría general es hacia el polo psicopatológico de la rigidez y la reactividad.

En 22 veces que esta categoría general se presenta, en 21 ocasiones refleja un funcionamiento que tiende a los polos psicopatológicos de las dimensiones operativas. Se presenta en la totalidad de los pacientes entrevistados.

La categoría general **Depresión referida (CG6)** se refiere a las veces que los pacientes entrevistados aluden a síntomas característicos de la depresión por la que están atravesando. También la tendencia a excluir aspectos positivos de su vida, la tendencia al desánimo, la activación de la ideación suicida ante la mínima presencia de angustia, la falta de capacidad para colocar diversificación en actividades cotidianas, entre otros.

Se presenta en las cinco dimensiones operativas con tendencia a la concreción, la rigidez, la inclusión de eventos y situaciones negativas, la reactividad hacia la angustia y la evitación en torno al tema de diversificar actividades y contactos interpersonales.

En 21 veces que esta categoría general se presenta, en 18 ocasiones refleja un funcionamiento que tiende a los polos psicopatológicos de las dimensiones operativas. Se presenta en 7 de 8 pacientes entrevistados.

La categoría general **Soledad (CG15)** alude en todas sus presentaciones a la sensación de soledad vivenciada por los pacientes, independientemente de si tienen o no el apoyo de sus familiares. En la mayoría de los casos es acompañada de angustia, es importante señalar que también en la mayoría de los casos está presente en conjunto con esto la tendencia al aislamiento social.

El nivel de elaboración que hacen de las consecuencias de sentirse en soledad es de baja elaboración, limitado a enunciarlo y con una marcada polarización hacia la concreción. Se presenta luego en las demás dimensiones operativas, fundamentalmente hacia la rigidez y la evitación. En esta última polaridad (evitación) se asocia con la mencionada sensación de exposición que los embarga frente a otras personas; por lo que se movilizan hacia el polo evitativo frente a la posibilidad de contacto social, y con ello generan más de lo que ellos denominan: la soledad.

En 19 veces que esta categoría general se presenta, en 18 ocasiones refleja un funcionamiento que tiende a los polos psicopatológicos de las dimensiones operativas. Se presenta en 7 de 8 pacientes entrevistados.

La categoría general **Deseo y/o búsqueda de ayuda (CG7)** expresa en varias ocasiones el deseo pasivo de ser ayudado y en otras ocasiones la acción en función de ser ayudados pero igual desde un rol pasivo como: dejarse internar, tomar los medicamentos. La contradicción genera estancamiento y muy escasa activación, que los ayude a salir de la situación patológica actual.

Lo anterior ubica a las personas entrevistadas en el polo concreto, rígido y también polarizados hacia la reactividad.

En 18 veces que esta categoría general se presenta, en 14 ocasiones refleja un funcionamiento que tiende a los polos psicopatológicos de las dimensiones operativas. Se presenta en 5 de 8 pacientes entrevistados.

La categoría general **Vínculos Afectivos (CG18)** coloca al descubierto en estos pacientes entrevistados la sensación de ser incomprendidos por el resto, las dificultades para involucrarse emocionalmente con los demás y la dependencia emocional que los acompaña.

Las polarizaciones se dirigen hacia la concreción, la rigidez, la exclusión y la evitación por exposición en el contexto del contacto interpersonal y la reactividad.

En 17 veces que esta categoría general se presenta, en 11 ocasiones refleja un funcionamiento que tiende a los polos psicopatológicos de las dimensiones operativas. Se presenta en la totalidad de los pacientes entrevistados.

Factores externos desactivadores de la ideación suicida (CG9) descubre el potencial reparador que tiene para estos pacientes entrevistados la relación con los hijos, al resultar este un factor externo que podría servir para retenerlos con vida. La actitud doméstica activa suele colocar sentido al día a día, así como el área laboral, que puede sostener algunas conductas de tipo proactivo. Sin embargo la polarización en este sentido es reactiva, ya que la durabilidad de la desactivación de la ideación suicida es muy breve en el tiempo.

Los pacientes entrevistados aparentan un pobre nivel de elaboración con respecto al efecto que realmente estos factores pueden tener sobre su estabilidad emocional, también se polarizan hacia la rigidez.

En 16 veces que esta categoría general se presenta, en 11 ocasiones refleja un funcionamiento que tiende a los polos psicopatológicos de las dimensiones operativas. Se presenta en 7 de 8 pacientes entrevistados.

La categoría general **Ventanas de cuestionamiento de la ideación suicida (CG17)** coloca sobre relieve brechas para la intervención, cuando los pacientes entrevistados reconocen que no es normal querer suicidarse y que esto se relaciona con una enfermedad. Cuando expresan potencial de flexibilización en la búsqueda de otra opciones distintas al suicidio para salir de la situación actual. También en las ocasiones en que expresan desacuerdo con otras personas que presentan ideación suicida como ellos. Las respuestas que contienen esta categoría general presentan polarizaciones hacia la concreción, la rigidez y la reactividad.

En 15 veces que esta categoría general se presenta, en 12 ocasiones refleja un funcionamiento que tiende a los polos psicopatológicos de las dimensiones operativas. Se presenta en 7 de 8 pacientes entrevistados.

La categoría general **Acciones en función del suicidio (CG1)** se refiere a la expresión sobre información recolectada que indica búsqueda activa del mejor método suicida, que garantice no sufrir dolor en el intento y que este cumpla con el objetivo propuesto al intentar suicidarse. Expresan temor a no morir en el intento, y en algunos casos han hecho arreglos y planes con respecto a su entorno y responsabilidades a cargo, para cuando ya no estén vivos.

Los pacientes que presentan esta categoría general, la manifiestan en el contexto de un discurso que tiende hacia los polos concreción, rigidez y exclusión, fundamentalmente.

En 14 veces que esta categoría general se presenta, en 14 ocasiones refleja un funcionamiento que tiende a los polos psicopatológicos de las dimensiones operativas. Se presenta en 5 de 8 pacientes entrevistados.

La categoría general **Cuestionamiento de la búsqueda de ayuda (CG5)** ofrece en una ocasión una brecha de intervención en la contradicción expresada entre la ideación suicida activa que presenta uno de los pacientes entrevistados y su “búsqueda” de ayuda médica y psicológica. En otras ocasiones dudan de la ayuda que realmente les pueda proporcionar el tratamiento vigente. En otros casos expresan que desconocen la ayuda que están buscando.

Se orienta a los polos de la concreción, la rigidez, la reactividad y la evitación.

En 6 veces que esta categoría general se presenta, en 5 ocasiones refleja un funcionamiento que tiende a los polos psicopatológicos de las dimensiones operativas. Se presenta en 3 de 8 pacientes entrevistados.

3.3. Descripción de las categorías generales por pacientes

Se procede a describir las categorías generales que se han presentado por cada uno de los pacientes entrevistados. Como criterio para escoger las que han sido explicadas es que se hayan presentado 5 o más veces en el discurso de cada uno de los ocho pacientes. Se hace mención de la dimensión operativa en la que emergen estas categorías generales, el número de veces que se presenta en cada una, así como la polarización a la cual tienden. Esta descripción se basa en el contenido del discurso del paciente. Al final de esta descripción se indica el porcentaje de respuestas que contiene cada categoría general, que se inclinan al polo psicopatológico y al polo no psicopatológico.

Es presentada una Tabla por cada paciente, que contiene los datos numéricos de la cantidad de veces que se presentó cada categoría general. Ilustra el número de veces que se manifestó cada categoría general con tendencia hacia las polaridades psicopatológicas o no psicopatológicas de las dimensiones operativas. Así como en qué dimensiones operativas emerge cada categoría general.

Para información más detallada de las respuestas de los pacientes ante cada pregunta de la entrevista según las dimensiones operativas, clasificadas en subcategorías y su polarización, véase Anexo 19.

Por paciente también se presenta una figura que muestra a través de un gráfico de barras, para una mejor visualización, la cantidad de veces que se presentó cada categoría general en cada dimensión operativa (Véase Anexo 20).

Además, a través de un gráfico apilado se representa el porcentaje con que se distribuyeron las categorías generales que emergen en las entrevistas particulares, en cada dimensión operativa. Esta información también se obtiene por paciente entrevistado.

Descripción de las categorías generales más frecuentes (5 o más veces) en el Paciente I

Pensamientos sobre el suicidio (CG11)

(Total de veces que emerge esta CG: 8 veces) (3 en Concreción-Abstracción, 2 en Rigidez-Flexibilidad, 3 en Reactividad-Proactividad):

Manifiesta alta tendencia a sostener la ideación suicida como línea de pensamiento, hacia el polo de la **concreción** mantiene una frecuente activación de la ideación suicida. Tiende a normalizar el hecho de presentar ideas suicidas, y empatiza con otras personas que también presentan su misma sintomatología y riesgo suicida.

Cada día está presente de manera **rígida** la ideación suicida y se incrementa la fuerza de las mismas en las noches. Con la sensación de imposibilidad de cambio de idea con respecto a querer morir.

Anulada la **proactividad**, la paciente vivencia que las ideas suicidas llevan el control de su vida. Reconoce al mismo tiempo que en este sentido está frente a una decisión personal, pero requiere de un factor externo para llevar a cabo el acto suicida.

Suicidio como escape (CG16)

(Total de veces que emerge esta CG: 8 veces) (4 en Concreción-Abstracción, 2 en Rigidez-Flexibilidad, 2 en Reactividad-Proactividad):

El suicidio es considerado **concretamente** como un escape del sufrimiento y un descanso, colocar fin a algo que la angustia.

Mantiene la postura de que hay un más allá después de la muerte, lo cual tiende a **rigidizar** su actual decisión de que el suicidio es la vía para dejar de sufrir.

Tiende a negar la realidad de la muerte de su hijo, y **reacciona** viendo que la vía del suicidio es la mejor solución para escapar de la realidad.

Depresión Referida (CG6)

(Total de veces que emerge esta CG: 7 veces) (2 en Concreción-Abstracción, 1 en Rigidez-Flexibilidad, 1 en Exclusión-Inclusión, 3 en Reactividad-Proactividad):

La situación actual angustia mucho a la paciente, tendiente al polo de la **concreción**, niega la pérdida de su hijo. En las mañanas se angustia al ver que ha despertado viva aún.

Se **rigidiza** en el estado angustioso de tal manera que refiere que en ocasiones siente que no puede ni siquiera llorar.

Tiende a **excluir** los aspectos positivos de su vida, refiere que no los “ve”.

Paciente con hipoabulia que tiende al polo de la **reactividad**, para llevar a cabo algunas actividades cotidianas, lo hace solo ante presión externa. Se explica a sí misma esta condición debido al estado depresivo en el que se encuentra.

Factores externos activadores de la ideación suicida (CG8)

(Total de veces que emerge esta CG: 7 veces) (3 en Concreción-Abstracción, 1 en Rigidez-Flexibilidad, 2 en Exclusión-Inclusión, 1 en Reactividad-Proactividad):

Piensa **concretamente** que si muere, evitará la preocupación de sus personas significativas por ella y por el riesgo suicida en que se encuentra. Se refiere a la situación de pérdida concreta asociada al origen de la ideación suicida. Así como la activación directa de la persistencia de las mismas, también ante situaciones concretas que demanden al sistema.

Manifiesta disconformidad con respecto a la relación de pareja, situación ante la que se muestra **rígida** y que también activa la ideación suicida.

La paciente reconoce que ha **excluido** de su cotidiano actividades que podrían resultar protectoras como el trabajo, y que este tipo de acciones colaboran a que persistan las ideas suicidas.

Reactiva ante la sensación de frustración por no sentir intereses en la vida por nada, con activación directa de la ideación suicida.

Referencias al pasado – antes de la ideación suicida (CG13)

(Total de veces que emerge esta CG: 7 veces) (5 en Exclusión-Inclusión, 2 en Reactividad-Proactividad):

Posibilidad de **incluir** en aspectos positivos y negativos en el análisis de su vida, sin embargo se aprecia preexistencia de la ideación suicida a este episodio. Refiere problemas relacionados al área de la pareja, los cuales tendía a **excluir** y hoy los puede tomar como objeto de pensamiento desde la queja de no haber hecho nada ante esas situaciones.

La paciente se inclina al polo de la **reactividad**, con sensación de frustración debido a una opinión negativa, relacionada con una actitud pasiva ante eventos y situaciones negativas de su historia vital.

Acciones en función del suicidio (CG1)

(Total de veces que emerge esta CG: 6 veces) (2 en Concreción-Abstracción, 2 en Rigidez-Flexibilidad, 2 en Exclusión-Inclusión):

Se muestra **concreta** en la búsqueda del mejor método suicida para no sufrir dolor en el intento y que este sea efectivo.

Su postura tendiente al polo de la **rigidez** en la ideación suicida, provoca que efectúe algunos arreglos para el funeral y garantice los fondos monetarios para su incineración.

Incluye distintos métodos suicidas posibles y efectivos, que piensa cada noche que se queda sola en la casa.

Aislamiento social (CG2)

(Total de veces que emerge esta CG: 6 veces) (2 en Concreción-Abstracción, 2 en Rigidez-Flexibilidad, 1 en Reactividad-Proactividad, 1 en Evitación-Exposición):

Muestra tendencia hacia la **concretitud** en la falta de interés por el resto de las personas.

Garantiza mantenerse de manera **rígida** en su postura de querer suicidarse, al mantenerse aislada y no contar a ninguno de sus seres significativos sobre sus ideas de suicidarse.

Reactiva ante el contacto interpersonal de manera negativa, insiste en estar en soledad.

Evitativa ante la posibilidad de expresar sus opiniones frente a otras personas, no le interesa hacerlo.

Factores externos desactivadores de la ideación suicida (CG9)

(Total de veces que emerge esta CG: 6 veces) (2 en Concreción-Abstracción, 2 en Rigidez-Flexibilidad, 2 en Reactividad-Proactividad):

Tiende a reaccionar de manera pragmática y con tendencia a la **concreción** frente a problemas puntuales de la vida cotidiana, que tienen que ver por ejemplo con el cuidado de su nieto y algunas tareas domésticas.

Tiende al polo de la **flexibilidad** ante la posibilidad de suicidarse, cuando se refiere al poder de retención que tiene el hecho de pensar en su hija y en que no puede demostrarle que está mal o que quiere morir. También se inhibe de buscar información sobre el método suicida efectivo en función de que su hija no se percate de ello. La compañía de su hija y su yerno logran impedir que la paciente se mantenga en el extremo rígido de la ideación suicida.

Referencias de que busca ayuda debido a presiones externas a través de las personas que la obligan y ante las cuales siente que solo **reacciona**.

Contacto con la emoción (CG4)

(Total de veces que emerge esta CG: 5 veces) (1 en Concreción-Abstracción, 1 en Exclusión-Inclusión, 1 en Reactividad-Proactividad, 2 en Evitación-Exposición):

La paciente refiere que ha decidido no tomar en cuenta sus estados emocionales, lo cual la coloca hacia el polo de la **concreción**.

Tiende a **excluir** de aspectos negativos de sí misma, sobre todo los relacionados con el consumo de alcohol frecuente para llegar al intento suicida.

Polarizada hacia la **reactividad**, manifiesta rabia y descontrol frente a frustraciones cotidianas.

La paciente refiere sentirse **expuesta** al desborde emocional ante casi todas las situaciones que demanden activación del sistema y ante esto se activa inmediatamente la ideación suicida.

Soledad (CG15)

(Total de veces que emerge esta CG: 5 veces) (3 en Concreción-Abstracción, 2 en Rigidez-Flexibilidad):

Refiere que se siente sola, y que la soledad “*mata*”, lo cual asocia a las dificultades de comunicación con su pareja, que preceden al actual episodio depresivo, y también se refiere a la pérdida de su hijo. En ello se aprecia una tendencia al polo de la **concreción**.

Ante el intento de acercamiento afectivo del esposo la paciente asume una actitud **rígida** y se niega a recibir afecto de él, lo rechaza explícitamente, luego asocia esto a la sensación de soledad y a la rabia. Asocia a la soledad con la posibilidad de intento suicida. Es acá donde surge la dicotomía en ella del gusto por estar sola y la angustia de estar sola.

Vínculos afectivos (CG18)

(Total de veces que emerge esta CG: 5 veces) (2 en Concreción-Abstracción, 2 en Exclusión-Inclusión, 1 en Evitación-Exposición):

Quejas sobre su esposo y la dificultad que él tiene de expresar sus sentimientos, como la causa de la falla comunicacional que coloca valencia negativa a su vínculo con él como persona significativa. Otro motivo tendiente a lo **concreto**, por el cual se siente sin motivos para seguir viviendo, es la dependencia emocional de sus hijos y la sensación asociada a que ya no son más sus hijos.

Incluye negativamente dentro de las causas de sus angustias, la sensación de incompreensión asociada a que alguien que no ha vivido los mismos eventos vitales que ella no la podrá entender. Tiende a incluir de manera negativa las presiones externas para movilizarse, en función de estructurar un cotidiano con actividades variadas, esto le genera disonancia y malestar asociado a rabia, por ir en contra de su ideación suicida y de su estado pasivo.

Evita involucrarse con las demás personas debido a falta de interés por los otros y preferir el aislamiento social.

- El 83 % de las respuestas se inclinan hacia el polo psicopatológico de las dimensiones operativas.
- El 16,7 % de las respuestas se inclinan hacia el polo no psicopatológico de las dimensiones operativas.

En la Tabla 4 se aprecia el número de veces que se presentó cada categoría en el discurso del Paciente I.

Tabla 4: Categorías generales por dimensión y polarización de cada categoría general en el paciente I.

Categorías Generales en Paciente I	Total	PE-	PI-	PI+	PE+	CA	RF	EI	RP	EE
CG1- Acciones en función del suicidio	6	4	2	0	0	2	2	2	0	0
CG2- Aislamiento social	6	5	0	1	0	2	2	0	1	1
CG3- Autoconcepto-desvalorización	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0
CG4- Contacto con la emoción	5	2	1	0	2	1	0	1	1	2
CG5- Cuestionamiento de la búsqueda de ayuda	4	2	1	1	0	1	1	0	2	0
CG6- Depresión referida	7	6	1	0	0	2	1	1	3	0
CG7- Deseo y/o búsqueda de ayuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CG8- Factores externos activadores de la ideación suicida	7	6	1	0	0	3	1	2	1	0
CG9- Factores externos desactivadores de la ideación suicida	6	3	1	2	0	2	2	0	2	0
CG10- Paralización	4	4	0	0	0	0	1	0	3	0
CG11- Pensamientos sobre el suicidio	8	5	2	1	0	3	2	0	3	0
CG12- Proyección futura	4	4	0	0	0	0	2	0	2	0
CG13- Referencias al pasado - antes de la ideación suicida	7	3	0	0	4	0	0	5	2	0
CG14- Relaciones interpersonales (Problemas)	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
CG15- Soledad	5	5	0	0	0	3	2	0	0	0
CG16- Suicidio como escape	8	8	0	0	0	4	2	0	2	0
CG17- Ventanas de cuestionamiento de la ideación suicida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CG18- Vínculos afectivos	5	1	1	2	1	2	0	2	0	1

Nota: PE-=Polarización extrema al polo psicopatológico. PI-=Polarización intermedia al polo psicopatológico. PI+=Polarización intermedia al polo no psicopatológico. PE+=Polarización extrema al polo no psicopatológico. CA=Dimensión operativa concreción-abstracción. RF=Dimensión operativa rigidez-flexibilidad. EI=Dimensión operativa exclusión-inclusión. RP=Dimensión operativa reactividad-proactividad. EE=Dimensión operativa Evitación-exposición.

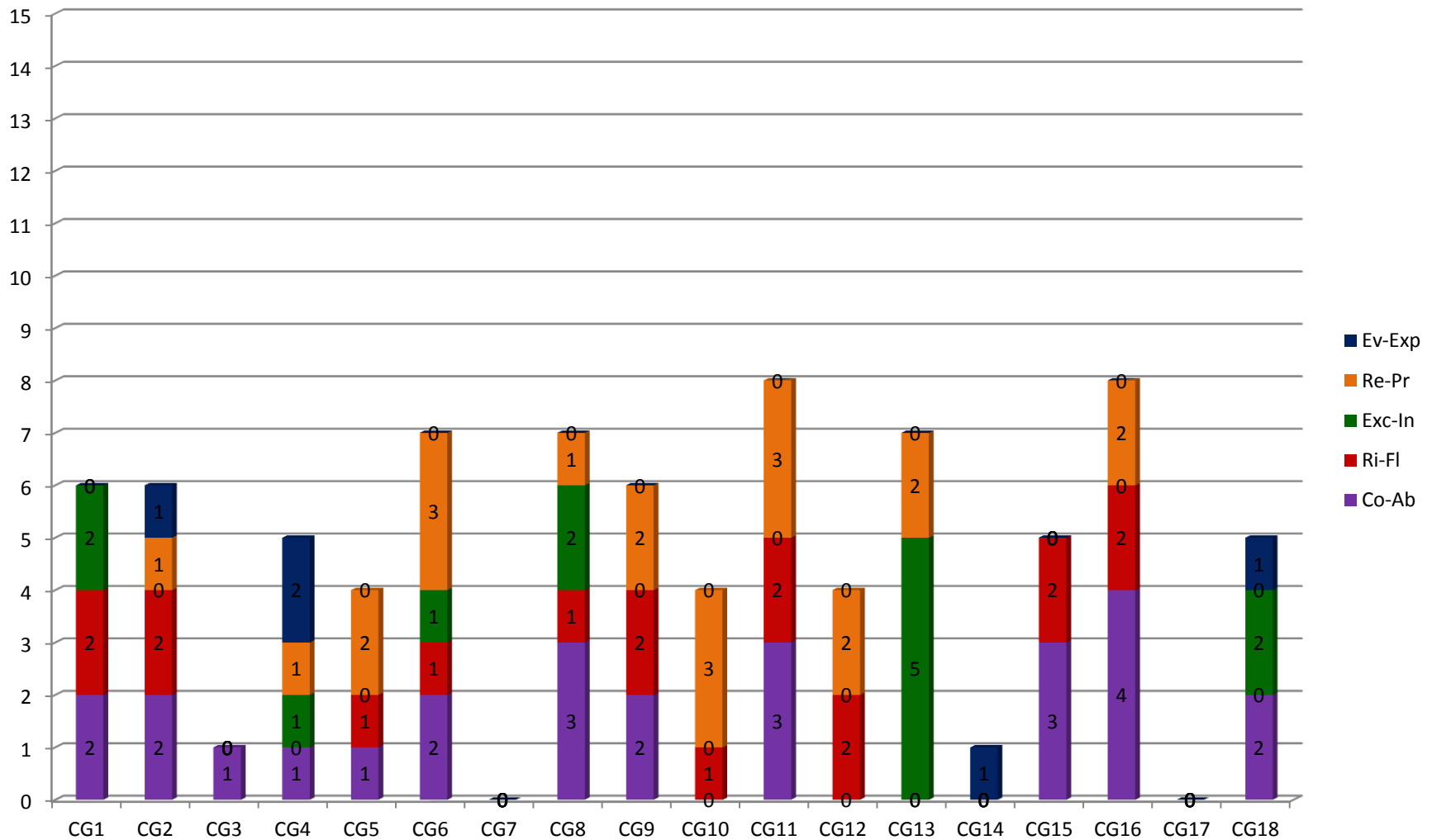


Figura 14: Cantidad de veces que se presentó cada categoría general en cada dimensión operativa en el Paciente I.

Nota: El eje de las ordenadas acota el número de veces, el eje de las coordenadas representa las categorías generales. El número de veces que se presentó en cada dimensión operativa se encuentra señalizado con los colores asignados a cada dimensión operativa según la leyenda lateral derecha. Abreviaturas: Co-Ab: Concreción-Abstracción; Ri-Fl: Rigidez-Flexibilidad; Exc-In: Exclusión-Inclusión; Re-Pr: Reactividad-Proactividad; Ev-Exp: Evitación-Exposición.

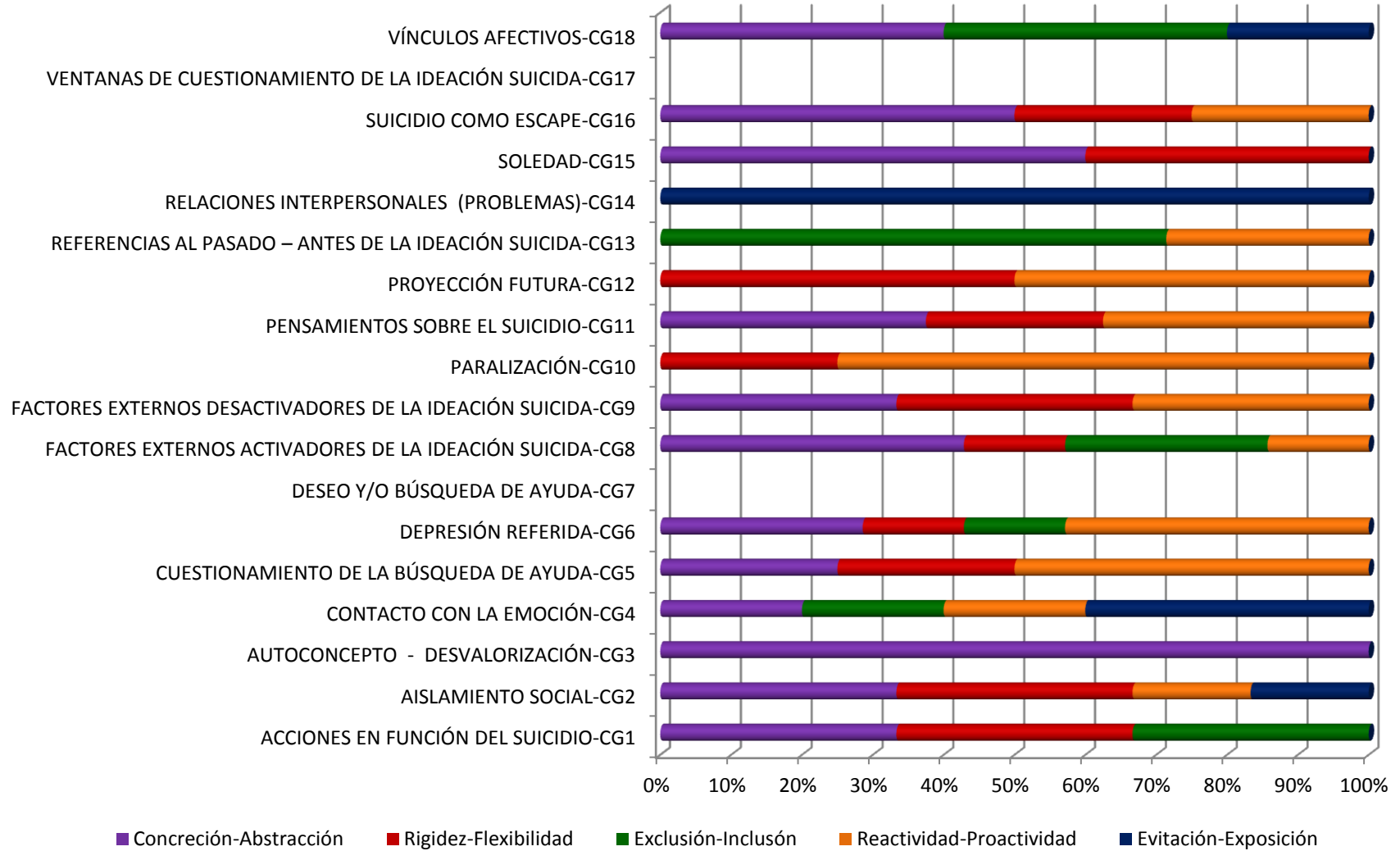


Figura 15: Porcentaje con que se distribuyen las categorías generales en cada dimensión operativa en el Paciente I.

Nota: Los colores que se observan en cada categoría general representan el porcentaje de veces que se presentó cada categoría general en cada dimensión operativa, según leyenda al pie del gráfico.

Paciente II

Descripción de las categorías generales más frecuentes (5 o más veces) en el Paciente II

Pensamientos sobre el suicidio (CG11)

(Total de veces que emerge esta CG: 9 veces) (3 en Concreción-Abstracción, 4 en Rigidez-Flexibilidad, 2 en Reactividad-Proactividad):

Paciente con ideación suicida persistente, muy fuerte. No logra explicarse el hecho de pensar en el suicidio, considera que es normal querer suicidarse, todo lo anterior la ubica en el polo de la **concreción** debido a la baja capacidad de elaboración de su situación actual.

Tendencia a la **rigidez** al referirse que se mantiene constantemente pensando en el método a través del cual pueda suicidarse, sin posibilidad de cambiar de idea, incluso aunque a veces vehementemente quisiera hacerlo. También refiere que quisiera pensar en otras cosas, pero no le resulta posible. La intensidad de la ideación suicida se incrementa durante las noches.

También se aprecia incapacidad de proyectarse hacia el futuro y la tendencia a vivir día a día absorbida por la ideación suicida ante cada evento o pensamiento negativo, quedando polarizada hacia la **reactividad**. Sensación de sentirse controlada por las ideas suicidas, sin capacidad para cambiar el rumbo.

Aislamiento Social (CG2)

(Total de veces que emerge esta CG: 7 veces) (2 en Concreción-Abstracción, 1 en Rigidez-Flexibilidad, 1 en Reactividad-Proactividad, 3 en Evitación-Exposición):

Conducta de aislamiento social que facilita que no tenga personas con quien conversar sobre su ideación suicida, esto que aparece en la dimensión concreción abstracción, tiende al polo de la **concreción**.

El aislamiento social sostiene el funcionamiento del polo **rígido** en la situación actual que incrementa el riesgo suicida.

Tendencia a la **reactividad** presente en la misma categoría al efectuar abandono de actividades cotidianas que antes hacía. Al sentirse enferma no se integra a los talleres que impedían el aislamiento social progresivo que ha ocurrido progresivamente en su cotidiano.

Tiende a **excluir** el contacto social, incluso en situaciones en las que se encuentra con otras personas, no habla y controla fuertemente la expresión de emociones.

Factores externos activadores de la ideación suicida (CG8)

(Total de veces que emerge esta CG: 7 veces) (1 en Rigidez-Flexibilidad, 1 en Exclusión-Inclusión, 3 en Reactividad-Proactividad, 2 en Evitación-Exposición):

Aparece la pareja como un activador del deseo de morir, ligado al tema de la escasa comunicación entre ambos. Quejas pasivas de que el esposo no le presta atención. Ante esto se mantiene en una postura que tiende al polo de la **rigidez**, al culpabilizar a otros sin movilizarse en función de cambiar la situación.

La paciente **excluye** la posibilidad de ampliar su red de contactos interpersonales y amistades, tiende a encerrarse dentro de su casa.

Postura pasiva ante la dependencia económica de su esposo y quejas desde la carencia y el deseo de morir, ya que se devalúa a sí misma por no poder ser un aporte económico y sentirse dependiente de él. **Reacciona** también de manera pasiva ante las frustraciones, y esta conformidad la asocia con la activación de las ganas de morir ante situaciones frustrantes que tienen que ver con su tendencia a la auto-desvalorización.

La paciente atribuye el cambio de vida del campo a la ciudad como un factor externo más que se relaciona directamente con la **exposición** ante el mundo, que no sabe manejar y que, a partir de este evento vital se le ha activado la ideación suicida. Sensación de desborde emocional y descompensación en las tardes.

Relaciones interpersonales – problemas (CG14)

(Total de veces que emerge esta CG: 7 veces) (7 en Evitación-Exposición):

Sensación de **exposición** en el plano de las relaciones interpersonales cuando estas la sobre exigen en función solucionar problemas. Juega un rol pasivo, no confronta, e incluso no habla, solo queda como observadora y escuchando. Solo asiente con la cabeza o afirma verbalmente mostrando acuerdo con el que hable. No expresa emociones porque se sentiría muy expuesta. Miedo y pena de fondo ante la posibilidad de rechazo.

Autoconcepto – desvalorización (CG3)

(Total de veces que emerge esta CG: 6 veces) (5 en Concreción-Abstracción, 1 en Rigidez-Flexibilidad):

Sentimientos de inutilidad referidos en varias ocasiones, por sentirse vieja, y poco activa en el ámbito laboral. Se siente con poco valor, y está desinteresada en todo lo que hay a su alrededor, debido a que su único interés en estos momentos es la muerte. Autoconcepto como suicida, como enferma (Logra solo una elaboración básica y concreta del problema), y eso es planteado desde la convicción de que ella no logra controlar a su mente y sí al revés, su mente la controla a ella, como si fuera algo independiente sobre lo cual ella no tuviera injerencia alguna, lo cual la dirige al polo de la **concreción**. La paciente no logra reestructurar su cotidiano de vida, sus actividades y su rol dentro del ámbito de la familia, ni en la sociedad, acorde a la edad que tiene y las capacidades que conserva.

La **rigidez** que predomina en el pensamiento de la paciente, no le permite concentrarse en actividades aún cuando está en ellas. La ideación suicida con carácter fijo abarca toda posibilidad de movilizarse a otras actividades, la inmovilidad anterior se relaciona directamente con la sensación de fracaso y eso refuerza su sensación de inutilidad.

Deseo y/o búsqueda de ayuda (CG7)

(Total de veces que emerge esta CG: 6 veces) (3 en Concreción-Abstracción, 1 en Exclusión-Inclusión, 1 en Reactividad-Proactividad, 1 en Evitación-Exposición):

La paciente muestra un deseo pasivo de cambiar de ideación suicida, diversificar sus actividades diarias y temas de pensamiento, sin embargo la **rigidez** se mantiene como factor predominante que se lo impide. Solo fantasea con la posibilidad de no pensar todo el tiempo en el suicidio y se imagina lo “*lindo*” que sería retomar sus actividades y talleres.

Psicológicamente **incluye**, “*dejar de pensar en el suicidio*” como posibilidad de cambio positivo, pero desde el deseo que esto pase, no desde la movilización activa en función de que suceda.

El polo predominante es el de la **reactividad**, cuando hace alusión a querer sacar las ideas suicidas de su cabeza, pero planteado desde la impotencia y la poca movilidad.

Nuevamente el deseo de no presentar la ideación suicida se plantea como algo que quiere que suceda, pero visto como algo que tal como dice: “*sucedá*”. **Evita** de esta manera afrontar, elaborar y ver la manera de resolver las causas de su ideación, que tienen que ver consigo misma.

Paralización (CG10)

(Total de veces que emerge esta CG: 6 veces) (1 en Concreción-Abstracción, 1 en Rigidez-Flexibilidad, 1 en Exclusión-Inclusión, 3 en Reactividad-Proactividad):

La paciente vivencia la sensación de estar paralizada mentalmente en el tema de la ideación suicida, de no poder cambiar la temática **concreta** de sus pensamientos.

Importante dificultad para activar flexibilidad, se mantiene en la postura **rígida** y convencida que el suicidio es el mejor camino posible para la solución de las angustias que la aquejan.

En ello **excluye** la posibilidad de cambio o de movilización para el cambio, aludiendo a que se encuentra bajo la “*sensación de cansancio*”.

Funciona en el polo de la **reactividad** tendiendo a la conducta pasiva, al referir que siente deseos de incorporarse a las actividades que nota que los demás disfrutan, pero se queda sentada mirando sin involucrarse en ellas. Se autodenomina como “*una persona muerta en vida*”. Dentro del mismo polo se aprecia una dificultad importante para la toma de decisiones, tendencia a la paralización.

Soledad (CG15)

(Total de veces que emerge esta CG: 5 veces) (1 en Concreción-Abstracción, 1 en Rigidez-Flexibilidad, 3 en Evitación-Exposición):

La paciente refiere la sensación de soledad muy ligada a la angustia. El núcleo de su soledad está saturado de la relación con su pareja, con el cual puede conversar poco. De manera **concreta** la causa de su sensación de soledad está personificada en el esposo y su relación con él. Al punto que la solución que propone la paciente, desde su situación actual, es “morir para que él se busque otra mujer”.

La paciente manifiesta una postura pasiva y **rígida** en cuanto al tema de la soledad, ya que no se moviliza en función de entender y manejar las situaciones concretas que fomentan su sensación de soledad. Quejas sobre su nieta, de sus hijos, matizadas por logros positivos que van teniendo en su ciclo de vida cada uno de ellos, pero ligado a la consecuencia de que no la toman en cuenta a ella. No se moviliza para visitarlos o ser asertiva en algún nivel, solo desde la queja.

La paciente refiere que cuando está sola en su casa, sobreviene con mayor intensidad el desborde emocional y la angustia asociada a la ideación suicida permanente. Son momentos entendidos como de **exposición** ante sí misma, al referir que mira a su alrededor las paredes de su casa y está sola y se siente muy sola, y eso se encuentra directa y estrechamente vinculado al deseo de morir. No hace intentos de hablar con nadie de su familia sobre lo que le sucede, porque presupone que no les interesa y teme no ser acogida en su angustia. Percibe a las demás personas, incluso miembros de su familia como potencialmente agresivos. Incluso su esposo, sobre el cual apunta que cuando le habla de ella, la escucha pero no le dice nada, no la retroalimenta sobre lo que le ha comentado. Cada uno duerme en un dormitorio diferente, lo que incrementa la sensación de soledad de la paciente en las noches y por lo tanto la activación de la ideación suicida con mayor intensidad.

- El 93,8 % de las respuestas se dan hacia el polo psicopatológico de las dimensiones operativas.
- El 6,2 % de las respuestas se inclinan hacia el polo no psicopatológico de las dimensiones operativas.

En la Tabla 5 se aprecia el número de veces que se presentó cada categoría en el discurso del Paciente II.

Tabla 5: Categorías generales por dimensión y polarización de cada categoría general en el paciente II.

Categorías Generales en Paciente II	Total	PE-	PI-	PI+	PE+	CA	RF	EI	RP	EE
CG1- Acciones en función del suicidio	4	3	1	0	0	1	1	1	1	0
CG2- Aislamiento social	7	7	0	0	0	2	1	0	1	3
CG3- Autoconcepto-desvalorización	6	3	2	1	0	5	1	0	0	0
CG4- Contacto con la emoción	3	1	1	0	1	0	0	2	0	1
CG5- Cuestionamiento de la búsqueda de ayuda	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
CG6- Depresión referida	3	1	1	1	0	1	0	0	2	0
CG7- Deseo y/o búsqueda de ayuda	6	0	6	0	0	0	3	1	1	1
CG8- Factores externos activadores de la ideación suicida	7	5	2	0	0	0	1	1	3	2
CG9- Factores externos desactivadores de la ideación suicida	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
CG10- Paralización	6	6	0	0	0	1	1	1	3	0
CG11- Pensamientos sobre el suicidio	9	9	0	0	0	3	4	0	2	0
CG12- Proyección futura	4	3	1	0	0	0	1	0	3	0
CG13- Referencias al pasado - antes de la ideación suicida	3	0	2	1	0	1	0	2	0	0
CG14- Relaciones interpersonales (Problemas)	7	5	1	1	0	0	0	0	0	7
CG15- Soledad	5	3	2	0	0	1	1	0	0	3
CG16- Suicidio como escape	4	3	1	0	0	3	0	0	1	0
CG17- Ventanas de cuestionamiento de la ideación suicida	2	2	0	0	0	1	0	0	0	1
CG18- Vínculos afectivos	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1

Nota: PE-=Polarización extrema al polo psicopatológico. PI-=Polarización intermedia al polo psicopatológico. PI+=Polarización intermedia al polo no psicopatológico. PE+=Polarización extrema al polo no psicopatológico. CA=Dimensión operativa concreción-abstracción. RF=Dimensión operativa rigidez-flexibilidad. EI=Dimensión operativa exclusión-inclusión. RP=Dimensión operativa reactividad-proactividad. EE=Dimensión operativa Evitación-exposición.

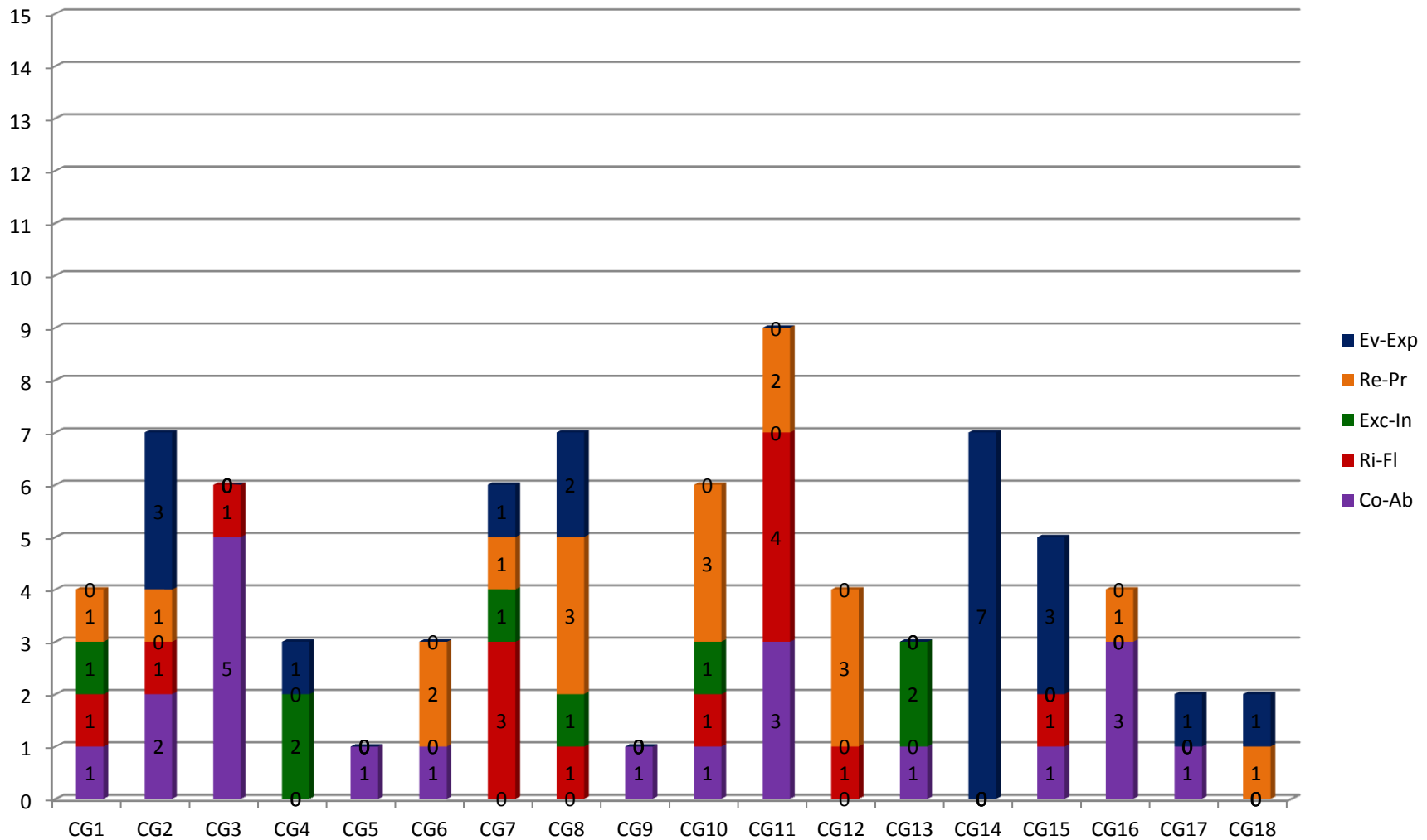


Figura 16: Cantidad de veces que se presentó cada categoría general en cada dimensión operativa en el Paciente II.

Nota: El eje de las ordenadas acota el número de veces, el eje de las coordenadas representa las categorías generales. El número de veces que se presentó en cada dimensión operativa se encuentra señalizado con los colores asignados a cada dimensión operativa según la leyenda lateral derecha. Abreviaturas: Co-Ab: Concreción-Abstracción; Ri-Fl: Rigidez-Flexibilidad; Exc-In: Exclusión-Inclusión; Re-Pr: Reactividad-Proactividad; Ev-Exp: Evitación-Exposición

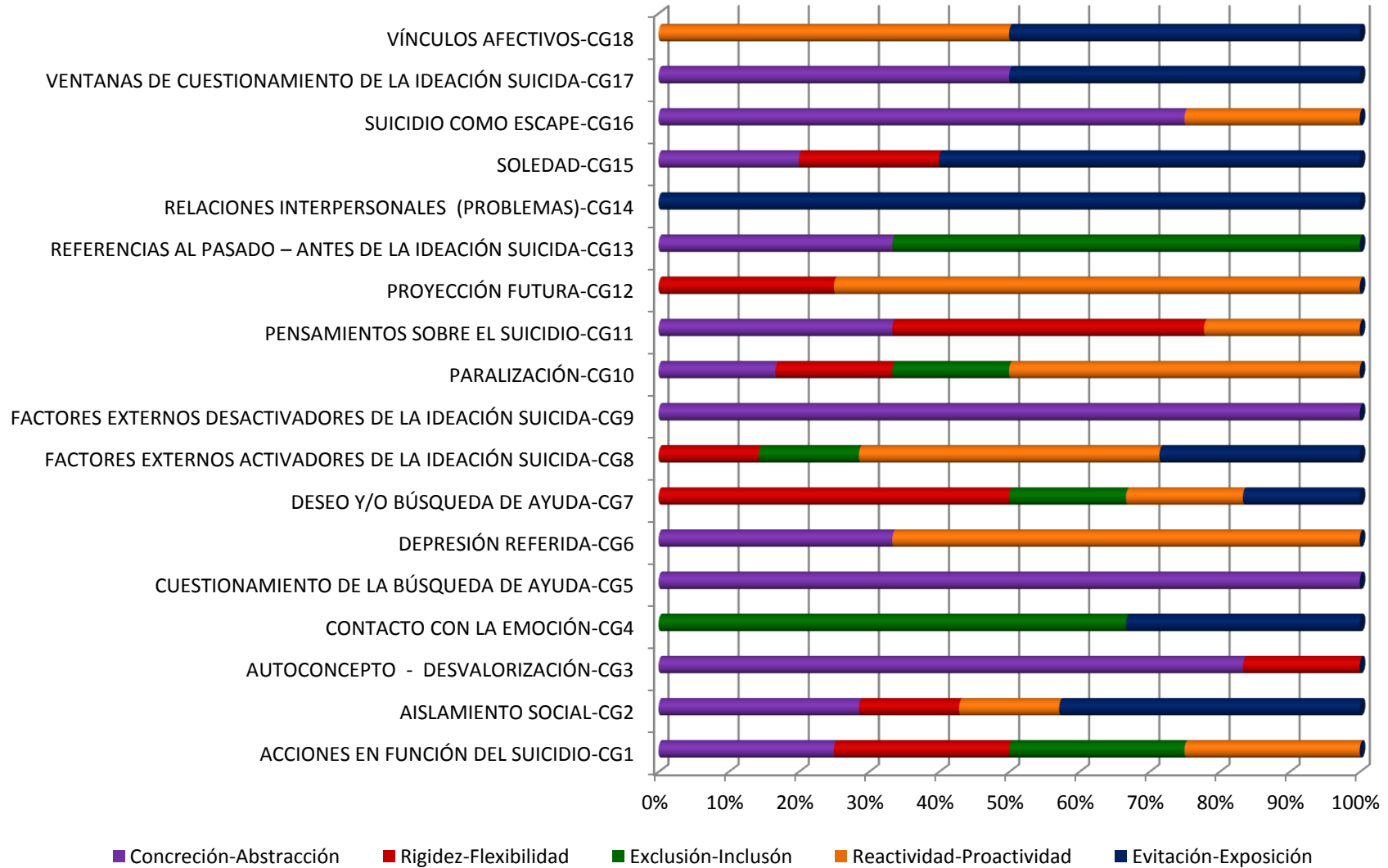


Figura 17: Porcentaje con que se distribuyen las categorías generales en cada dimensión operativa en el Paciente II.

Nota: Los colores que se observan en cada categoría general representan el porcentaje de veces que se presentó cada categoría general en cada dimensión operativa, según leyenda al pie del gráfico.

Paciente III

Descripción de las categorías generales más frecuentes (5 o más veces) en el Paciente III

Pensamientos sobre el suicidio (CG11)

(Total de veces que emerge esta CG: 13 veces) (4 en Concreción-Abstracción, 4 en Rigidez-Flexibilidad, 5 en Reactividad-Proactividad):

La paciente vivencia la persistencia de la ideación suicida como algo más fuerte que ella. Se explica a sí misma lo anterior basándose en los hechos concretos que ha acontecido en su vida, como es la muerte de un tío como persona significativa. Personifica a la “vida” en general y evalúa desde lo **concreto** que “*la vida la ha tratado mal*” y que está defraudada por eso. Tiende a identificarse con otras personas que presentan ideación suicida, se muestra de acuerdo con ellos.

De manera **rígida** evalúa el suicidio como la solución, centrada solamente en lo negativo que vivencia que ha sido su vida. Sensación de que la ideación suicida persistente tiene poder propio para mantenerse en sus pensamientos y que aunque ría y comparta con otras personas, estará ahí en primer plano. La intensidad de la ideación suicida se incrementa en las noches, acarreado con ello trastornos del sueño. No visualiza posibilidad alguna de cambio de idea con respecto a querer suicidarse.

Considera que la ideación suicida es una decisión personal, junto a la afirmación anterior que indica que está defraudada de la vida. No posee posibilidad de proyección futura, decide vivir el día a día, teme proyectarse y equivocarse, se teme a sí misma y toma las decisiones sobre la marcha de los acontecimientos sin anticipar nada. Está en el polo de la **reactividad**, y siente que las ideas suicidas llevan el control de su vida, siente que ellas por sí mismas han sobrepasado el límite de lo que les “podía permitir”, sin posibilidad de explicárselo a ella misma. Refiere que siente que las ideas suicidas interfieren permanentemente en todos los momentos de su vida, incluso en los positivos.

Paralización (CG10)

(Total de veces que emerge esta CG: 10 veces) (1 en Concreción-Abstracción, 3 en Rigidez-Flexibilidad, 2 en Exclusión-Inclusión, 4 en Reactividad-Proactividad):

La paciente refiere que esta vez no tiene la fortaleza emocional para continuar luchando, que otras veces ha podido antes, esta vez se encuentra pensando **concretamente** que “*ha cumplido la meta con sus hijos*” (Tiene una hija de 10 años).

Se mantiene en el polo de la **rigidez**, aludiendo que ha buscado una y otra vez solución a lo que le sucede vinculado al suicidio y no “*encuentra*” ninguna solución. De acuerdo con la sensación de estar paralizada al darse cuenta que “no logra nada”. No contempla otras opciones que no sea el suicidio, dada su situación actual.

Declara que durante su historia de vida ha tendido a **excluir** los problemas. Cree que solo ha sabido “*darles vueltas*”, lo cual ha imposibilitado la generación de soluciones, o lo que ella denomina “*la salida*”. Que actualmente se encuentra en la misma situación, tampoco encuentra “*la salida*”. Todo

tema abordado en la conversación es excluido, evaluado como inválido, colocando como centro y válido solo el tema del suicidio.

Reactivamente se mantiene paralizada con plena consciencia de ello. Refiere dificultades para tomar decisiones por miedos. Sensación de que esta tendencia a la paralización ha sido histórica; y por ejemplo menciona la decisión entre: estudiar y desarrollarse profesionalmente o quedarse en casa cuidando los niños. Optó por la segunda, pero en función del temor a no rendir intelectualmente.

Autoconcepto – desvalorización (CG3)

(Total de veces que emerge esta CG: 8 veces) (3 en Concreción-Abstracción, 2 en Exclusión-Inclusión, 3 en Reactividad-Proactividad):

Polo **concreto**, carece de elaboración de un autoconcepto, esto siente que ha sido histórico “*Ni siquiera sé quién soy yo... Siempre me he hecho la misma pregunta*”. La paciente refiere que siente que las frustraciones que ha pasado en la vida “*le ganan*”. Sensación de derrota por la ideación suicida. Tiende a la victimización en los relatos sobre sus hijos, que “*le quitaron al hijo mayor*” y que “*las hijas quieren verla sufrir*”.

Incluye aspectos negativos sobre sí misma en base a las reacciones de agresividad que está presentando en el último tiempo. Ante las demás personas refiere que se siente fuera de control, se manifiesta muy ansiosa y con potentes deseos de heteroagresividad.

Ante situaciones que demanden mayor movilización para su solución, la paciente manifiesta conscientemente una importante falta de control. **Reactiva** agresivamente hacia otras personas, hacia sí misma y baja capacidad de optar por conductas proactivas en la dirección de la generatividad. En cuanto a la toma de decisiones plantea que le cuesta tomar decisiones, pero que la decisión de suicidarse sí es propia.

Suicidio como escape (CG16)

(Total de veces que emerge esta CG: 7 veces) (5 en Concreción-Abstracción, 1 en Rigidez-Flexibilidad, 1 en Reactividad-Proactividad):

La paciente refiere **concretamente** que el suicidio para ella se constituiría una vía para el descanso, que eso es lo que quiere, lo ve como una “*fórmula para exterminar la vida*”.

De manera **rígida** para esta paciente el suicidio es la única solución para los problemas actuales.

Ubicada en el polo de la **reactividad**, la paciente siente que no puede controlar su conducta de agresividad hacia el resto y hacia sí misma, y que la mejor forma de colocar fin a esto es el suicidio.

Factores externos activadores de la ideación suicida (CG8)

(Total de veces que emerge esta CG: 5 veces) (1 en Concreción-Abstracción, 2 en Rigidez-Flexibilidad, 1 en Exclusión-Inclusión, 1 en Reactividad-Proactividad):

En el polo de la **concreción** la paciente considera que si se mata, acabaría con la preocupación de sus hijas por el riesgo suicida de ella, lo cual actúa como un activador externalizado.

Sostiene una postura psicológica **rigidizada** en función de una sensación de cierre ante otras posibles opciones de solución ante su situación actual. Vivencia de que las hijas solo la quieren por el dinero y las cosas que les pueda ofrecer ella. En este sentido siente que sus hijas activan sus ganas de morir, por la falta de vínculos afectivos que experimenta de parte de ellas.

Incluye como un factor “externo” que activó su deseo de suicidarse el hecho de estar sola en la casa, las labores domesticas y la falta de contacto social. No lo asume como una responsabilidad personal.

Reactiva ante las frustraciones, opta por el suicidio debido a una visión pesimista generalizada, siente pena, rabia e ira, lo ve “*Todo mal, todo negro...*”

Referencias al pasado – antes de la ideación suicida (CG13)

(Total de veces que emerge esta CG: 5 veces) (1 en Concreción-Abstracción, 1 en Rigidez-Flexibilidad, 3 en Exclusión-Inclusión):

Al referirse a su opinión previa sobre el suicidio, esta era basada en el menoscabo hacia la persona que presentara ideación suicida. Al respecto ha habido un cambio y ya no lo ve de esa manera, en estos momentos tiende a identificarse y justificar con que no hay más opciones. Esto acorde a su filosofía actual y **concreta** sobre su situación personal.

Sensación de estar **rígidamente** colocada en el deseo de morir. La paciente hace referencia a la preexistencia de la ideación suicida, antes del episodio depresivo actual, antes era una ideación controlable y fluctuante, a diferencia de ahora que es vivenciada como permanente e incontrolable

Incluye elementos negativos de sí misma antes de este episodio. Se refiere fundamentalmente a la relación de pareja, ámbito en el cual era dominante, prepotente y desacreditadora de su cónyuge delante de sus hijas. Refiere que se enrabia mucho consigo misma al hablar el tema. Se siente mala persona, que no es capaz de “llevar” un hogar, de relacionarse bien con sus hijas. Todos estos argumentos negativos, que son los que sostiene y refuerza, son los elementos justificativos que se encuentran a la base de su ideación suicida hoy. Incluye como eventos vitales positivos, únicamente los nacimientos de sus hijos.

- El 87,8 % de las respuestas se dan hacia el polo psicopatológico de las dimensiones operativas.
- El 12,2 % de las respuestas se inclinan hacia el polo no psicopatológico de las dimensiones operativas.

En la Tabla 6 se aprecia el número de veces que se presentó cada categoría en el discurso del Paciente III.

Tabla 6: Categorías generales por dimensión y polarización de cada categoría general en el paciente III.

Categorías Generales en Paciente III	Total	PE-	PI-	PI+	PE+	CA	RF	EI	RP	EE
CG1- Acciones en función del suicidio	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
CG2- Aislamiento social	2	2	0	0	0	1	0	0	1	0
CG3- Autoconcepto-desvalorización	8	4	2	2	0	3	0	2	3	0
CG4- Contacto con la emoción	3	3	0	0	0	1	0	0	1	1
CG5- Cuestionamiento de la búsqueda de ayuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CG6- Depresión referida	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0
CG7- Deseo y/o búsqueda de ayuda	3	0	3	0	0	0	1	0	2	0
CG8- Factores externos activadores de la ideación suicida	5	4	1	0	0	1	2	1	1	0
CG9- Factores externos desactivadores de la ideación suicida	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0
CG10- Paralización	10	8	2	0	0	1	3	2	4	0
CG11- Pensamientos sobre el suicidio	13	9	3	1	0	4	4	0	5	0
CG12- Proyección futura	2	2	0	0	0	0	0	0	2	0
CG13- Referencias al pasado - antes de la ideación suicida	5	2	0	1	2	1	1	3	0	0
CG14- Relaciones interpersonales (Problemas)	4	3	0	0	1	0	0	0	0	4
CG15- Soledad	3	1	2	0	0	2	0	1	0	0
CG16- Suicidio como escape	7	7	0	0	0	5	1	0	1	0
CG17- Ventanas de cuestionamiento de la ideación suicida	2	2	0	0	0	1	0	0	1	0
CG18- Vínculos afectivos	3	2	0	0	1	0	1	1	0	1

Nota: PE-=Polarización extrema al polo psicopatológico. PI-=Polarización intermedia al polo psicopatológico. PI+=Polarización intermedia al polo no psicopatológico. PE+=Polarización extrema al polo no psicopatológico. CA=Dimensión operativa concreción-abstracción. RF=Dimensión operativa rigidez-flexibilidad. EI=Dimensión operativa exclusión-inclusión. RP=Dimensión operativa reactividad-proactividad. EE=Dimensión operativa Evitación-exposición.

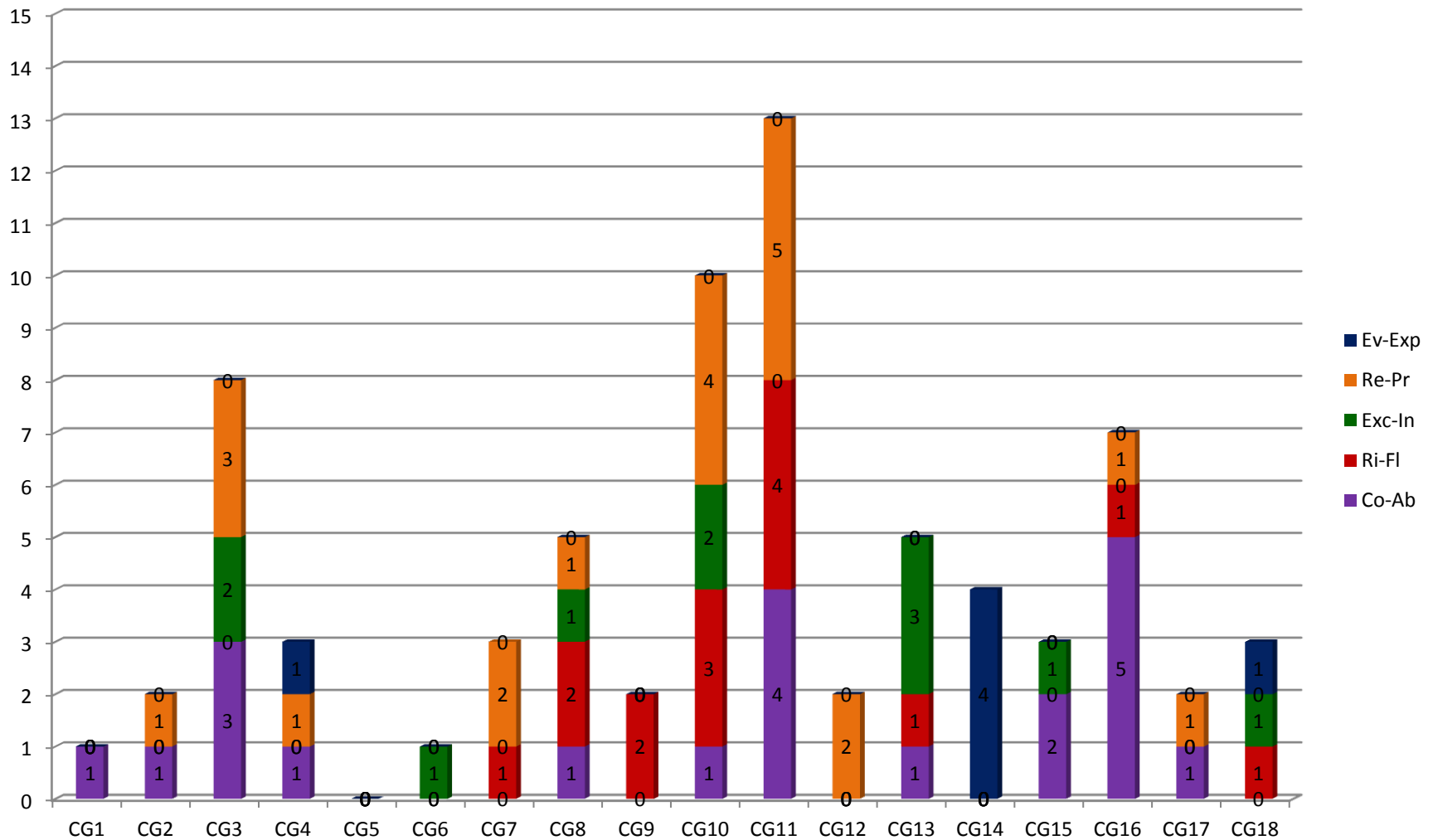


Figura 18: Cantidad de veces que se presentó cada categoría general en cada dimensión operativa en el Paciente III.

Nota: El eje de las ordenadas acota el número de veces, el eje de las coordenadas representa las categorías generales. El número de veces que se presentó en cada dimensión operativa se encuentra señalado con los colores asignados a cada dimensión operativa según la leyenda lateral derecha. Abreviaturas: Co-Ab: Concreción-Abstracción; Ri-Fl: Rigidez-Flexibilidad; Exc-In: Exclusión-Inclusión; Re-Pr: Reactividad-Proactividad; Ev-Exp: Evitación-Exposición.

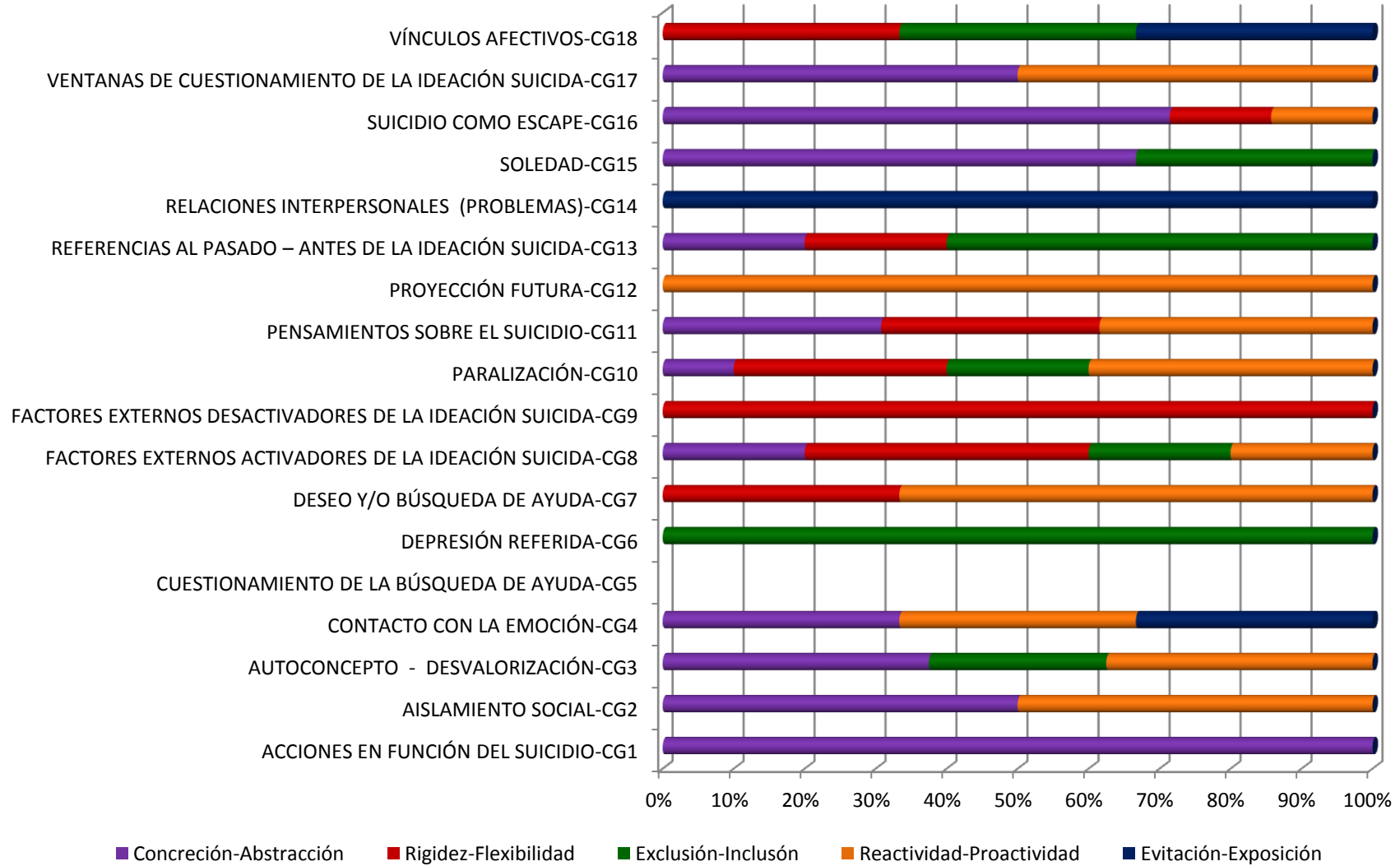


Figura 19: Porcentaje con que se distribuyen las categorías generales en cada dimensión operativa en el Paciente III.

Nota: Los colores que se observan en cada categoría general representan el porcentaje de veces que se presentó cada categoría general en cada dimensión operativa, según leyenda al pie del gráfico.

Paciente IV

Descripción de las categorías generales más frecuentes (5 o más veces) en el Paciente IV

Pensamientos sobre el suicidio (CG11)

(Total de veces que emerge esta CG: 9 veces) (2 en Concreción-Abstracción, 3 en Rigidez-Flexibilidad, 4 en Reactividad-Proactividad):

La paciente atribuye **concretamente** que su ideación suicida partió el día que se cayó por unas escaleras cuando iba con zapatos de tacón. Expresa imposibilidad de tener opinión sobre alguien que se suicida o tiene ideación suicida “... *no estoy en su cabeza*”.

La paciente afirma que piensa en el suicidio todas las noches y en las mañanas cuando despierta. Que eventualmente puede demorarse una hora durante el día sin pensar en el tema, pero que finalmente vuelve de nuevo el deseo de morir. Vivencia imposibilidad de cambio de opción, que no sea el suicidio. Lo anterior denota funcionamiento en el polo de la **rigidez**.

Con respecto a las decisiones se centra en el tema del suicidio, y afirma que el suicidio es una decisión personal. Refiere que las ganas de morir es lo que controla su vida, que no tiene control propio sobre otras cosas, que las ideas suicidas son las que la controlan, porque lo único que piensa y quiere todo el día es suicidarse. Esto la coloca en el polo de la **reactividad**.

Autoconcepto – desvalorización (CG3)

(Total de veces que emerge esta CG: 6 veces) (3 en Concreción-Abstracción, 1 en Rigidez-Flexibilidad, 1 en Exclusión-Inclusión, 1 en Reactividad-Proactividad):

Refiere que siente “*que no sirve para nada*”, que es inútil, desde que dejó de trabajar. La esfera laboral aparece como un pilar fundamental de realización personal. Se autodenomina en varias ocasiones como “*tonta e inútil*”. No puede abstraer otros valores personales para elaborar su autoconcepto, por lo cual queda ubicada en el polo de la **concreción**.

Sentimientos de inutilidad personal e intensa angustia, asociados a la imposibilidad de cuidar de sus hijos. El ex esposo se encarga de ellos y está consciente de que los tiene bien cuidados en conjunto con su actual esposa. Se desplaza hacia el polo de la **rigidez** al asociar estos sentimientos directamente al deseo de morir.

Excluye todo aspecto positivo de su autoconcepto, solo incluye lo que ella considera características negativas como “*gorda, fea, tonta, inútil y que no sirve para nada*”.

La paciente está consciente de sus **reacciones** agresivas ante cualquier estímulo ambiental o persona que le perturbe. El deseo de agredir es extremo e injustificado, quiere “*golpearlos para que se callen, hasta que... reventarles la cabeza hasta que se callen*”.

Relaciones interpersonales – problemas (CG14)

(Total de veces que emerge esta CG: 6 veces) (6 en Evitación Exposición):

Extremadamente **evitativa** en el plano de las relaciones interpersonales, si percibe que hay una situación que puede resultar desafiante en un mínimo nivel, se retira de ella. Se siente muy invadida y expuesta al relacionarse con otros, sobre todo cuando las personas le preguntan sobre su ideación suicida. Ante estas indagaciones reacciona con agresividad, lanza objetos y se retira, evitando todo tipo de contacto interpersonal. Solo se **expone** ante personas que también presentan ideación suicida activa, para hablar sobre el tema. Evita intensamente la expresión de emociones delante de las personas porque se siente muy expuesta, se retira, se acuesta a llorar.

Suicidio como escape (CG16)

(Total de veces que emerge esta CG: 6 veces) (3 en Concreción-Abstracción, 1 en Rigidez-Flexibilidad, 1 en Exclusión-Inclusión, 1 en Reactividad-Proactividad):

A través del suicidio la paciente refiere que descansaría de todo lo malo que le sucede. Le imprime el carácter de urgente al hecho de morir, ya sea por sus propias manos o a través de “*algo*” que le den para facilitar el hecho. Polo de funcionamiento **concreto**.

La paciente no logra visualizar otras opciones para afrontar su situación actual, más que el suicidio. De manera **rígida** plantea que es el único camino que existe para ella.

Cuando se describe a sí misma como persona, solo lo hace a través de **incluir** las características negativas mencionadas y esto activa las ganas de suicidarse y “descansar”.

Ante situaciones de cualquier tipo que implique activación o un nivel mínimo de complejidad la paciente se retira (a su cama y se tapa), y de esta manera tiende a **reaccionar**, negando la realidad.

Factores externos activadores de la ideación suicida (CG8)

(Total de veces que emerge esta CG: 5 veces) (2 en Concreción-Abstracción, 1 en Rigidez-Flexibilidad, 1 en Exclusión-Inclusión, 1 en Evitación Exposición):

Paciente refiere su matrimonio como el evento vital activador de sus primeras ideas suicidas; y a su ex esposo como el causante de su desequilibrio emocional. Ante situaciones problemáticas tiende a activarse inmediatamente la angustia y la ideación suicida. Esto la lleva al polo de la **concreción**.

El ex esposo se ha mantenido en su sistema de significados como el estímulo que incrementa sus deseos de morir. De manera **rígida** desplaza hacia esta persona significativa la causa de sus intentos suicidas.

Con dificultades importantes para la elaboración mental de los eventos de su vida, la paciente responde que “*no incluye nada*” en su análisis.

La paciente **evita** buscar apoyo en la familia de origen, considera que no la entienden, que no son tolerantes con ella porque saben que va a volver intentar suicidarse, y que le han dicho que no la apoyarán más.

Paralización (CG10)

(Total de veces que emerge esta CG: 5 veces) (1 en Concreción-Abstracción, 1 en Rigidez-Flexibilidad, 1 en Exclusión-Inclusión, 2 en Reactividad-Proactividad):

Al indagar sobre su auto descripción reporta sensación de estar paralizada, de no tener ganas de hacer nada, que la obligan o se lo hacen todo. Paciente en el polo de la **concreción**, afirma que “no sabe bañarse”, para describirse a sí misma.

Ante la posibilidad de activarse en la búsqueda de otras opciones para afrontar la situación actual, la paciente refiere que no puede y no le interesa buscar otras opciones frente a la única posibilidad que visualiza que es el suicidio, se **rigidiza** ante la misma.

Para explorar el contenido de su vida, que tiene en cuenta e incluye en su análisis responde que no tiene nada, ni lo negativo, ni lo positivo; de manera que **excluye** todo lo que pudiera estar ofreciendo estructura a su existencia.

Ante la posibilidad de tomar decisiones la paciente se paraliza debido a que explica que “*no encuentra ningún significado*”. Cuando se siente presionada a tomar decisión alguna **reacciona** con enojo, porque le cuesta mucho hacerlo.

Referencias al pasado – antes de la ideación suicida (CG13)

(Total de veces que emerge esta CG: 5 veces) (3 en Concreción-Abstracción, 2 en Exclusión-Inclusión):

Al referirse a la opinión o al concepto sobre el suicidio previo a su situación actual, la paciente refiere que este no era un tema en el cual pensara antes que aparecieran en ella. Por otro lado refiere períodos en que no ha presentado ideación suicida pero estas tienen un carácter preexistente al episodio depresivo actual. En lo anterior tampoco logra dar muestras de una elaboración o nivel de abstracción sobre lo que para ella significa el suicidio quedando a nivel **concreto** y hasta contradictorio en las respuestas. Ante situaciones con algún nivel de complejidad la paciente no hace reconocimiento ni contacta con la emoción, se retira, las evita explícitamente.

En cuanto a sus características personales y al hacer el resumen de su vida, solo **incluye** los aspectos que son de carácter negativo, excluyendo todo lo positivo.

- El 84,8 % de las respuestas se dan hacia el polo psicopatológico de las dimensiones operativas.
- El 15,2 % de las respuestas se inclinan hacia el polo no psicopatológico de las dimensiones operativas.

En la Tabla 7 se aprecia el número de veces que se presentó cada categoría en el discurso del Paciente IV.

Tabla 7: Categorías generales por dimensión y polarización de cada categoría general en el paciente IV.

Categorías Generales en Paciente IV	Total	PE-	PI-	PI+	PE+	CA	RF	EI	RP	EE
CG1- Acciones en función del suicidio	2	2	0	0	0	0	0	1	0	1
CG2- Aislamiento social	4	4	0	0	0	0	1	0	0	3
CG3- Autoconcepto-desvalorización	6	5	0	0	1	3	1	1	1	0
CG4- Contacto con la emoción	3	1	0	0	2	0	0	0	1	2
CG5- Cuestionamiento de la búsqueda de ayuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CG6- Depresión referida	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
CG7- Deseo y/o búsqueda de ayuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CG8- Factores externos activadores de la ideación suicida	5	5	0	0	0	2	1	1	0	1
CG9- Factores externos desactivadores de la ideación suicida	3	1	1	1	0	0	3	0	0	0
CG10- Paralización	5	5	0	0	0	1	1	1	2	0
CG11- Pensamientos sobre el suicidio	9	9	0	0	0	2	3	0	4	0
CG12- Proyección futura	2	2	0	0	0	0	0	0	2	0
CG13- Referencias al pasado - antes de la ideación suicida	5	2	1	0	2	3	0	2	0	0
CG14- Relaciones interpersonales (Problemas)	6	4	0	0	2	0	0	0	0	6
CG15- Soledad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CG16- Suicidio como escape	6	5	0	0	1	3	1	1	1	0
CG17- Ventanas de cuestionamiento de la ideación suicida	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0
CG18- Vínculos afectivos	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0

Nota: PE-=Polarización extrema al polo psicopatológico. PI-=Polarización intermedia al polo psicopatológico. PI+=Polarización intermedia al polo no psicopatológico. PE+=Polarización extrema al polo no psicopatológico. CA=Dimensión operativa concreción-abstracción. RF=Dimensión operativa rigidez-flexibilidad. EI=Dimensión operativa exclusión-inclusión. RP=Dimensión operativa reactividad-proactividad. EE=Dimensión operativa Evitación-exposición.

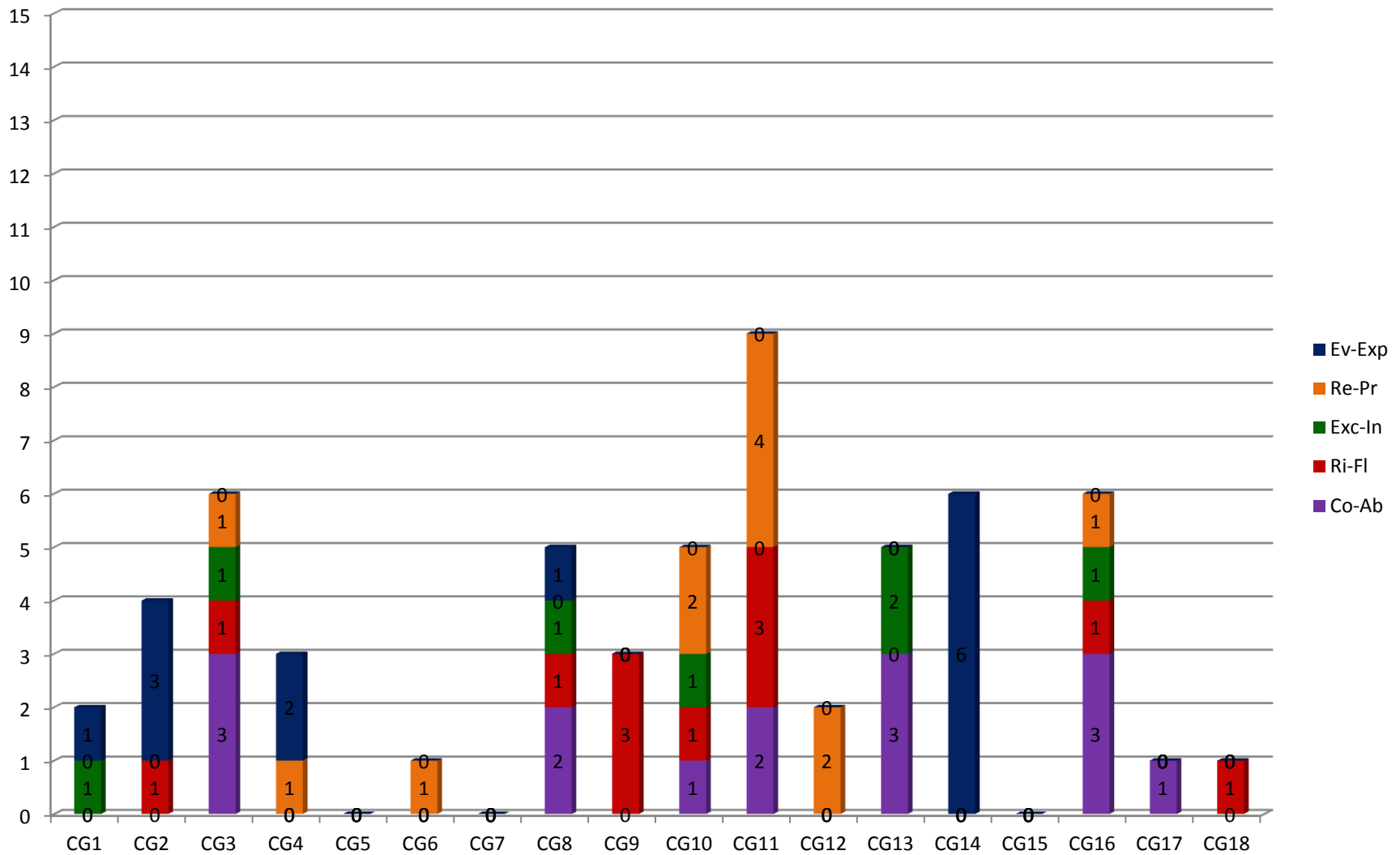


Figura 20: Cantidad de veces que se presentó cada categoría general en cada dimensión operativa en el Paciente IV.

Nota: El eje de las ordenadas acota el número de veces, el eje de las coordenadas representa las categorías generales. El número de veces que se presentó en cada dimensión operativa se encuentra señalado con los colores asignados a cada dimensión operativa según la leyenda lateral derecha. Abreviaturas: Co-Ab: Concreción-Abstracción; Ri-FI: Rigidez-Flexibilidad; Exc-In: Exclusión-Inclusión; Re-Pr: Reactividad-Proactividad; Ev-Exp: Evitación-Exposición.

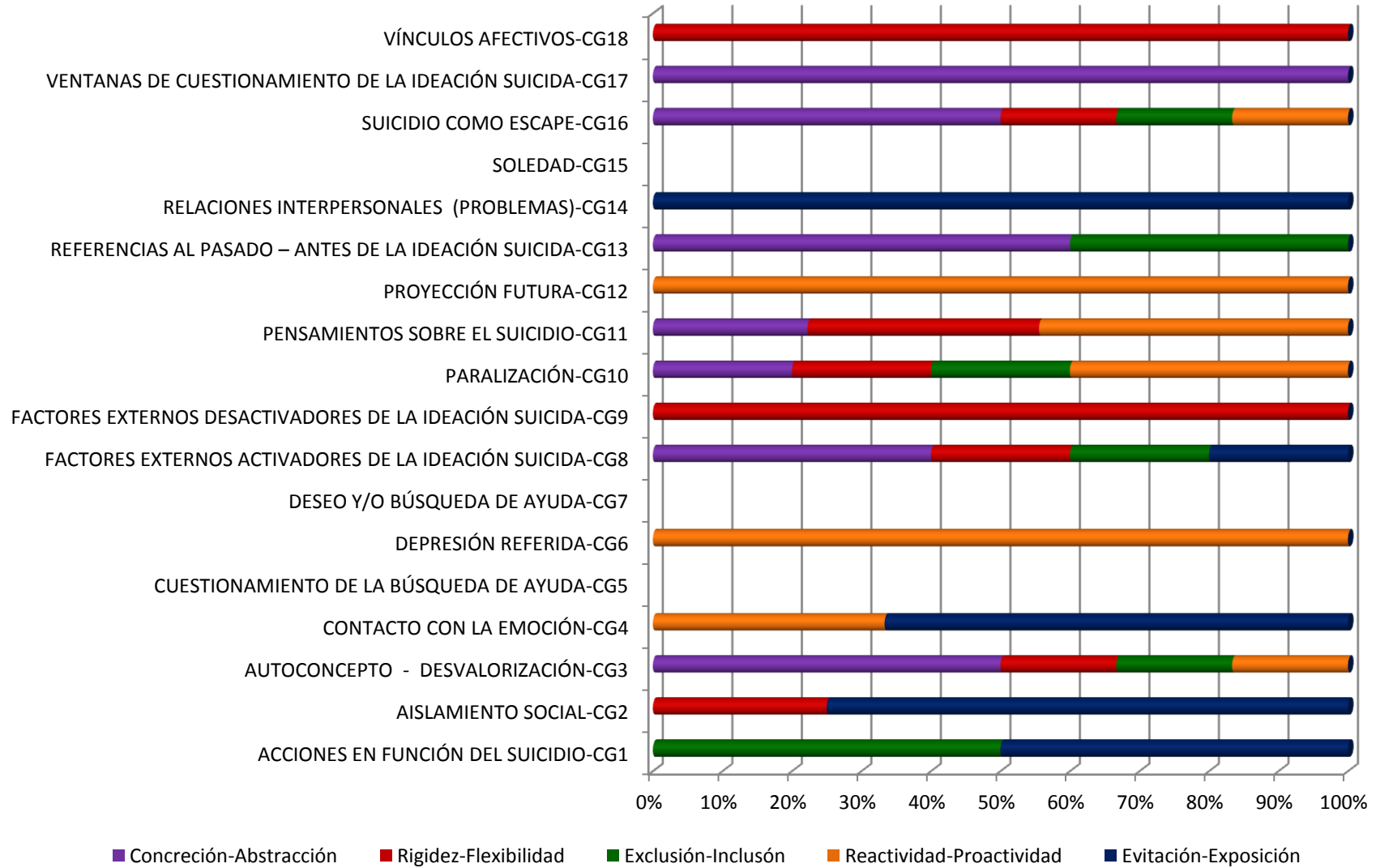


Figura 21: Porcentaje con que se distribuyen las categorías generales en cada dimensión operativa en el Paciente IV.

Nota: Los colores que se observan en cada categoría general representan el porcentaje de veces que se presentó cada categoría general en cada dimensión operativa, según leyenda al pie del gráfico.

Paciente V

Descripción de las categorías generales más frecuentes (5 o más veces) en el Paciente V

Factores externos activadores de la ideación suicida (CG8)

(Total de veces que emerge esta CG: 11 veces) (2 en Concreción-Abstracción, 3 en Rigidez-Flexibilidad, 4 en Exclusión-Inclusión, 1 en Reactividad-Proactividad, 1 en Evitación Exposición):

Paciente refiere que el hecho de haber tenido hijos con distinto apellido le ha generado mucha vergüenza y que por esa razón han comenzado sus ideas suicidas. Para la paciente un problema importante es no tener su casa propia para vivir fuera de la casa de sus padres, con quienes tiene una relación muy disfuncional. Cuando se ve enfrentada o pensando en estas situaciones **concretas**, afirma que se activa la persistencia e intensidad de la ideación suicida.

Otro factor externo que influye sobre la activación de su idea suicida es la pareja, ya que refiere que no la contiene emocionalmente, no le cree a ella que se quiere matar, se enoja con ella y no la apoya como quisiera. Las ofensas y los malos tratos que menciona que recibe de sus padres son considerados por ella como otro factor activador. No quiere volver a la casa de su familia de origen, pero tampoco tiene donde estar con sus hijos. Todas las anteriores razones que la paciente esgrime, confabulan para mantenerla funcionando hacia el polo de la **rigidez** con respecto a la idea de querer morir.

La paciente **incluye** en el análisis de su vida solo elementos negativos, por ejemplo el hecho de que ha tomado decisiones que hoy no quisiera haber tomado. Lo anterior es referido con respecto al área de la pareja, los estudios y el no haber efectuado las gestiones para obtener su casa propia. Comenta que el hecho de haberse casado con el padre de sus dos hijos mayores, fue con la finalidad de salir de la casa de los padres, lugar al que ha tenido que volver a vivir actualmente, con muy escasas posibilidades económicas de vivir sola. Se concentra en el cúmulo de eventos que ha vivido y que ella considera negativos, sumados a la carencia económica que tiene actualmente, y esto se relaciona directamente con la activación de la ideación suicida.

Ante las frustraciones del cotidiano la paciente comienza una cadena de asociaciones con los eventos anteriormente mencionados y lo conecta inmediatamente con la activación de la ideación suicida. Es una postura **reactiva** asociada directamente al riesgo de muerte por suicidio.

La paciente no soporta el desborde emocional asociado con el cúmulo de eventos vividos y el hecho de no tener una casa donde estar con sus hijos, le genera una intensa angustia que tiende a resolver de una manera **evitativa**, a través del suicidio y de matar además a los hijos.

Paralización (CG10)

(Total de veces que emerge esta CG: 9 veces) (1 en Concreción-Abstracción, 2 en Rigidez-Flexibilidad, 1 en Exclusión-Inclusión, 5 en Reactividad-Proactividad):

La paciente refiere **concretamente** con un leve nivel de abstracción que cuando se está en su situación, no es posible ver ni buscar soluciones, que se siente metida en un hoyo del que cree que no va a salir nunca. Con esto se refiere a la situación de no tener una casa propia o posibilidad de arrendar sola con sus hijos.

Se mantiene en el polo de la **rigidez** al referir que si está en depresión no ve más opciones que el suicidio para salir de la pena. Cuando ve a sus hijos dormidos, logra elaborar argumentos para diferenciarse de ellos emocionalmente, es capaz de desenfocarse momentáneamente de la idea suicida, pero no es capaz de generar alternativas de solución específicas para sobrellevar posteriormente la realidad actual. Solo momentáneamente asume el rol materno, protector hacia sus hijos; en este punto la paciente tiene un desplazamiento temporalmente acotado hacia el polo de la flexibilidad, pero este no se sostiene en el tiempo.

Cuando la paciente piensa sobre su vida solo **incluye** los aspectos negativos que ha vivido, en ese momento hay un cuestionamiento del sentido de su vida; y en ello se activan fuertemente las ideas suicidas.

La red de apoyo familiar no funciona para la realidad percibida por esta paciente, al pensar en ellos solo visualiza las angustias y los problemas que se mantienen en la relación disfuncional de ella con sus padres. Es un factor que sumado a la dependencia económica que tiene de ellos, se constituyen en activadores de la ideación suicida y de las ganas de morir. En este sentido la paciente funciona con desplazamiento hacia el polo de la **reactividad**. Se paraliza ante la toma de consciencia de estos asuntos, se considera incapaz de tomar decisiones, refiere que “*se da por vencida*”.

Pensamientos sobre el suicidio (CG11)

(Total de veces que emerge esta CG: 8 veces) (3 en Concreción-Abstracción, 2 en Rigidez-Flexibilidad, 3 en Reactividad-Proactividad):

Refiere que se activa el pensamiento suicida ante “*cualquier cosa que le pasa*”, debido a su estado depresivo, haciendo alusión a la persistencia de la ideación suicida. Comenta que estos pensamientos suicidas surgen a partir del nacimiento de su hija menor, quien lleva un apellido diferente a sus otros dos hijos mayores, que sí son del mismo padre. Ha referido que le avergüenza que así sea la situación de los apellidos de sus hijos. El nivel de elaboración de este motivo para querer suicidarse tiende al polo de la **concreción**. Afirma que está de acuerdo con personas con ideación suicida, colocando como base el estado depresivo en común con ellos, la sensación de que “*es algo que le gana a uno*” y la imposibilidad de visualizar las cosas positivas.

Se sostiene el pensamiento suicida con mucha intensidad en esta paciente, refiere que piensa en el suicidio con frecuencia. En este caso cuando ella se refiere a que piensa en el suicidio tanto de día como de noche, lo hace generando con ello el plan suicida que la incluye a ella con los hijos, por ejemplo lanzándose al metro, también ahorcándose con una toalla. Solo cambiaría su ideación suicida si pudiera arrendar un departamento para ir con sus hijos. Esta salida, dada su realidad económica no es posible, lo cual hace que con esta solución no viable, la paciente garantice mantenerse

funcionando polarizada hacia la **rigidez**. Sosteniendo de esta manera, con soluciones inalcanzables la primacía de la ideación y el plan suicida, como opción única para “solucionar” la situación actual.

A pesar de referir dificultades para la toma de decisiones en estos momentos, la paciente refiere que la idea de suicidarse es una decisión que ha tomado por sí misma. Reconoce que tiene que ver consigo misma esta decisión y que no piensa mucho al tomarla. Al mismo tiempo afirma que siente que las ideas suicidas llevan el control de su vida, y que le impiden ver lo positivo que pueda haber a su alrededor. Funcionando en este sentido en el polo de la **reactividad** y no hacia la proactividad.

Referencias al pasado – antes de la ideación suicida (CG13)

(Total de veces que emerge esta CG: 8 veces) (3 en Concreción-Abstracción, 5 en Exclusión-Inclusión):

Antes de presentar ideación suicida la paciente comenta que el tema de la muerte le daba miedo, incluso conversarlo, tampoco asistía a velorios. Se define a sí misma como una persona “*tranquila y afectiva*” antes que comenzaran las ideas suicidas. En este momento ya no se considera afectiva, no le interesa el contacto social, tampoco es afectuosa con su pareja. Solo se siente expresiva con sus hijos por momentos, por ejemplo cuando la fueron a visitar este domingo al instituto psiquiátrico. Esta postura emocional básica y con pérdida de la emocionalidad, asociada a una argumentación pobre y descriptiva, indica funcionamiento hacia el polo de la **concreción**.

Con respecto a la **inclusión** de aspectos sobre sí misma antes de presentar la ideación suicida, la paciente tiende a incluir con bajo nivel de elaboración, eventos vitales predominantemente negativos. Se refiere a situaciones concretas en las que ha cometido errores antes, en las cuales posteriormente se disculpaba, solo para quedar bien con ella misma, pero que en realidad no le interesaba si la disculpa había sido aceptada como tal por el otro o no. Hace alusión a la mala calidad de la relación entre sus padres, que se casó con el padre de sus dos hijos mayores para salir del ambiente de discusiones de su familia de origen, y que al casarse el esposo también la golpeaba. Al pedir ayuda a su familia no le creyeron y esto emporó las cosas. Dentro de lo negativo del pasado incluye el hecho de haber querido dar en adopción a su hija menor antes de nacer. Sentimientos de culpa intensos asociados a esta decisión, que le generan altos niveles de angustia persistente y que se asocian a la ideación suicida activa.

Antes del episodio suicida refiere que su relación de pareja, con el padre de su hija menor, era algo positivo que incluía en su visión de vida. Presentaba conductas preferenciales con su hija mejor, que curiosamente refiere también como uno de los motivos (la hija menor con distinto apellido) principales por los que se quiere suicidar.

- El 75 % de las respuestas se dan hacia el polo psicopatológico de las dimensiones operativas.
- El 25 % de las respuestas se inclinan hacia el polo no psicopatológico de las dimensiones operativas.

En la Tabla 8 se aprecia el número de veces que se presentó cada categoría en el discurso del Paciente V.

Tabla 8: Categorías generales por dimensión operativa y polarización en el paciente V.

Categorías Generales en Paciente V	Total	PE-	PI-	PI+	PE+	CA	RF	EI	RP	EE
CG1- Acciones en función del suicidio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CG2- Aislamiento social	3	3	0	0	0	1	1	0	0	1
CG3- Autoconcepto-desvalorización	2	1	1	0	0	1	0	0	1	0
CG4- Contacto con la emoción	3	2	0	0	1	1	0	0	1	1
CG5- Cuestionamiento de la búsqueda de ayuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CG6- Depresión referida	3	1	2	0	0	2	0	0	1	0
CG7- Deseo y/o búsqueda de ayuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CG8- Factores externos activadores de la ideación suicida	11	5	1	5	0	2	3	4	1	1
CG9- Factores externos desactivadores de la ideación suicida	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0
CG10- Paralización	9	7	1	1	0	1	2	1	5	0
CG11- Pensamientos sobre el suicidio	8	6	1	1	0	3	2	0	3	0
CG12- Proyección futura	2	2	0	0	0	0	0	0	2	0
CG13- Referencias al pasado – antes de la ideación suicida	8	1	3	3	1	3	0	5	0	0
CG14- Relaciones interpersonales (problemas)	2	1	0	0	1	0	0	0	0	2
CG15- Soledad	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
CG16- Suicidio como escape	4	4	0	0	0	3	0	0	1	0
CG17- Ventanas de cuestionamiento de la ideación suicida	2	0	1	1	0	1	1	0	0	0
CG18- Vínculos afectivos	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1

Nota: PE-=Polarización extrema al polo psicopatológico. PI-=Polarización intermedia al polo psicopatológico. PI+=Polarización intermedia al polo no psicopatológico. PE+=Polarización extrema al polo no psicopatológico. CA=Dimensión operativa concreción-abstracción. RF=Dimensión operativa rigidez-flexibilidad. EI=Dimensión operativa exclusión-inclusión. RP=Dimensión operativa reactividad-proactividad. EE=Dimensión operativa Evitación-exposición.

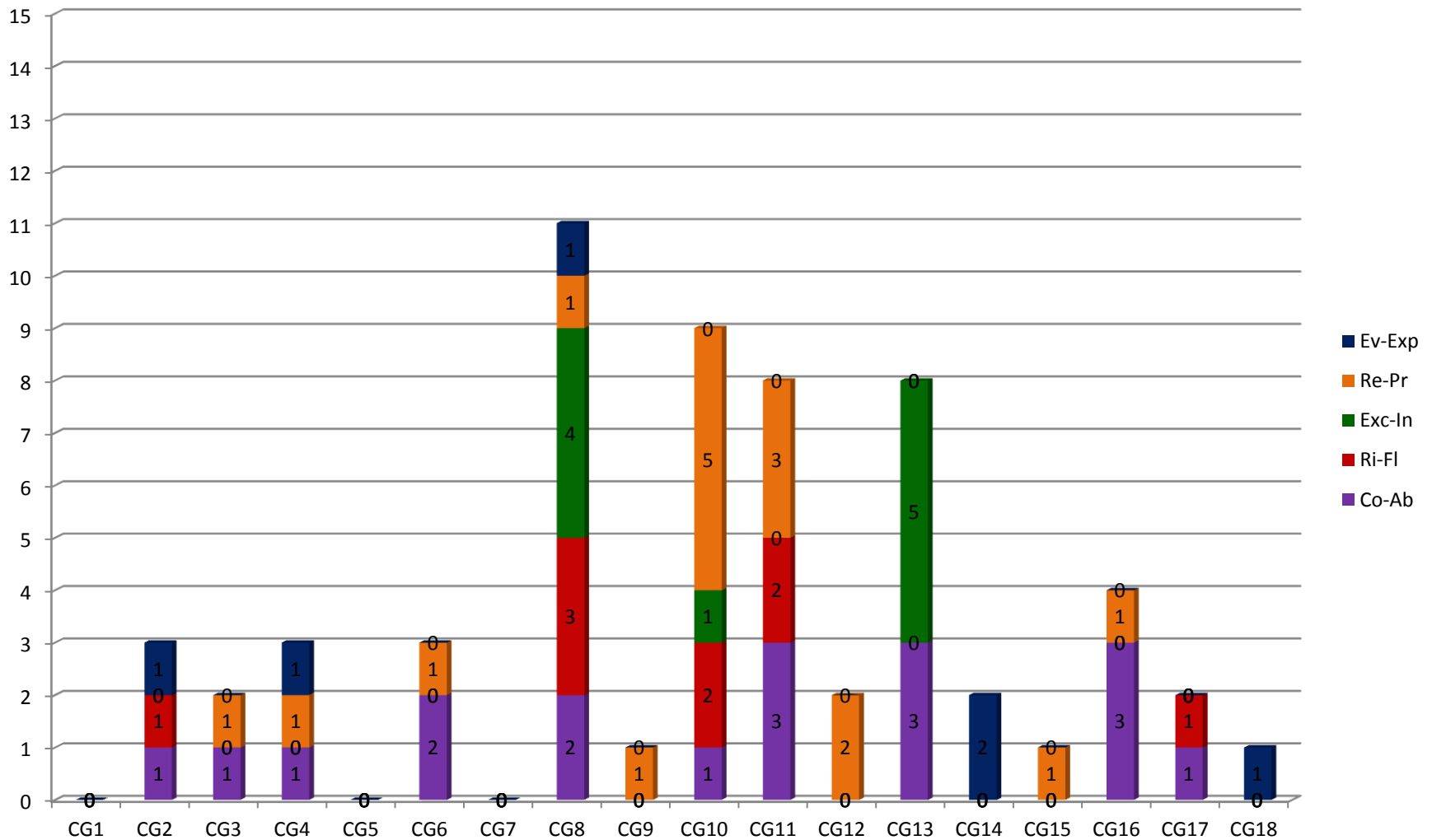


Figura 22: Cantidad de veces que se presentó cada categoría general en cada dimensión operativa en el Paciente V.

Nota: El eje de las ordenadas acota el número de veces, el eje de las coordenadas representa las categorías generales. El número de veces que se presentó en cada dimensión operativa se encuentra señalado con los colores asignados a cada dimensión operativa según la leyenda lateral derecha. Abreviaturas: Co-Ab: Concreción-Abstracción; Ri-Fl: Rigidez-Flexibilidad; Exc-In: Exclusión-Inclusión; Re-Pr: Reactividad-Proactividad; Ev-Exp: Evitación-Exposición.

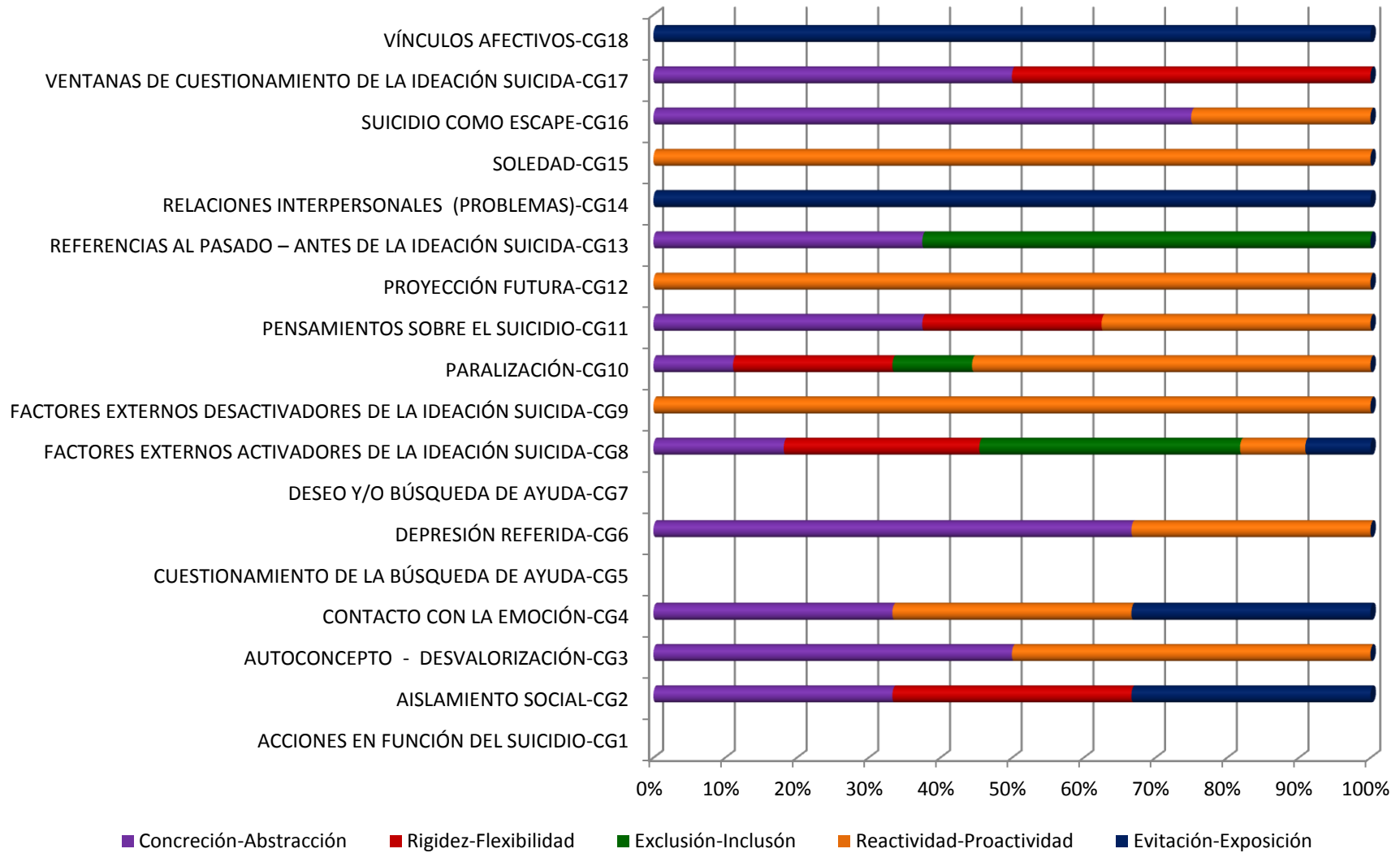


Figura 23: Porcentaje con que se distribuyen las categorías generales en cada dimensión operativa en el Paciente V.

Nota: Los colores que se observan en cada categoría general representan el porcentaje de veces que se presentó cada categoría general en cada dimensión operativa, según leyenda al pie del gráfico.

Paciente VI

Descripción de las categorías generales más frecuentes (5 o más veces) en el Paciente VI

Paralización (CG10)

(Total de veces que emerge esta CG: 9 veces) (1 en Concreción-Abstracción, 1 en Rigidez-Flexibilidad, 1 en Exclusión-Inclusión, 6 en Reactividad-Proactividad):

Paciente que refiere sentirse “*amarrado por algo*”, aunque quiera salir del estado angustioso y la situación actual, nivel de elaboración que tiende al polo de la **concreción**.

Tendencia a **rigidizarse** al referir que quisiera salir de la situación, se siente “*estancado*”, con algo dentro que le dice “*quédate ahí en el hoyo en que estás*”, dificultades para la movilización y para flexibilizar el pensamiento en pro de la búsqueda activa de soluciones.

Incluye en el análisis de su situación actual solo lo negativo de estar en ella, así como la sensación actualizada de encierro en un “*callejón*”, donde “*al final está la muerte*”. De esta manera **excluye** toda posibilidad de considerar aspectos positivos que le ofrezcan un camino de salida de ese “callejón” al que se refiere. La sensación de paralización predomina.

Ante situaciones que el paciente considera que presentan un nivel de complejidad, que demandan movilización proactiva en función de soluciones, se siente paralizado y refiere que “*no reacciona*”. Esta “no reacción” es un indicador de funcionamiento hacia el polo de la **reactividad**, debido a la ausencia de búsqueda proactiva de alternativas de salida. Lo anterior se asocia a la referencia de la dificultad importante que tiene de tomar decisiones, incluso en situaciones en las que tiene que hacerlo por presiones externas. Afirma que la tendencia actual de su vida es a no tomar decisiones y a ni siquiera lograr proponerse metas. Imposibilidad de proyectarse o planificarse para el día en curso, argumentando que a lo mejor en la tarde ya no estará con vida. Incapaz de ejecutar acciones concretas en pro de solucionar las situaciones que están a la base de su depresión, debido a que “*siente que hay algo que no lo deja actuar*”, el paciente prefiere morir y dejar sus pertenencias materiales a su hija.

Pensamientos sobre el suicidio (CG11)

(Total de veces que emerge esta CG: 7 veces) (3 en Concreción-Abstracción, 2 en Rigidez-Flexibilidad, 1 en Reactividad-Proactividad, 1 en Evitación Exposición):

A la base de la persistencia de la ideación suicida el paciente encuentra carencias predominantes en el área laboral, familiar y de la pareja, haciendo alusión tangencialmente a la sensación de soledad. Nivel de elaboración con tendencia a la concreción al explicarse el origen de la ideación suicida asociado a la opción de enfocarse solo en el trabajo, y un día en que no tuvo carga laboral se dio cuenta que le faltaban muchos aspectos importantes a su vida, como el estado disfuncional de la relación con su hija. Se **moviliza un poco más hacia el nivel abstracto** de comprensión de su situación cuando se refiere a su historia de vida de carencias, versus la idealización desconectada en la que vivía cuando era niño, en la cual no era capaz de ver la realidad de la crítica situación económica en la que estaba su familia. Narra el abandono del padre y de cuando la madre tuvo que

dedicarse a trabajar fuera de la casa, y la hermana mayor se hizo cargo de él y sus 5 hermanos. Los vecinos se preocupaban de ellos. El paciente tiene la sensación de haber vivido ajeno totalmente a esta situación tan crítica de la que se percata ahora, justo antes del comienzo de la ideación suicida.

Refiere que piensa en el suicidio con una frecuencia de dos a tres veces al día. Con respecto a la posibilidad de cambio de querer suicidarse, el paciente afirma que sería “*un milagro*” y al decirlo hace alusión al área de la pareja, necesita tener a alguien que lo acompañe. Dado el carácter de “milagro” que le atribuye a lo que le ofrecería la posibilidad de cambio, y lo que hace en función de alcanzarlo, esta respuesta indica que se mantiene funcionando hacia el polo de la **rigidez**.

Sensación de que las ideas suicidas llevan el control progresivo de su vida. Lo refiere como algo independiente de él, que no pudiera controlar, algo que no es parte de él. En este sentido las respuestas del paciente a la entrevista lo colocan en los polos de la **evitación** y la **reactividad** respectivamente. Al ver la ideación suicida como algo impenetrable que no puede afrontar y controlar por un lado, y por otro lado como algo ante lo que él es víctima y reacciona sin más opciones.

Contacto con la emoción (CG4)

(Total de veces que emerge esta CG: 6 veces) (3 en Concreción-Abstracción, 1 en Reactividad-Proactividad, 2 en Evitación Exposición):

Refiere importante bloqueo para el contacto con la emoción en estos momentos, tiene dificultad relevante para colocar en palabras sus emociones, siente que “no reacciona”. Relaciona directamente esta dificultad con la ideación suicida, siente que “*lo bloquea*”, y “que no le deja fluir sus sentimientos”. Comenta sobre su incapacidad para llorar incluso en estos últimos meses, que “aunque se sienta deprimido no le salen las lágrimas”. Lo anteriormente planteado contiene una baja argumentación sobre el por qué le cuesta contactar con la emoción, lo cual lo ubica en un nivel de elaboración hacia el polo de la **concreción**.

Ante las frustraciones manifiesta intolerancia absoluta y mantiene el mismo perfil paralizador, refiere que se queda encerrado en la casa, aislado. Así estas son vinculadas directamente con la activación de la ideación suicida. El descontrol y la rabia referidos ante las frustraciones, ubica al paciente hacia el polo de funcionamiento de la **reactividad**.

El paciente entrevistado refiere que se ha sentido sobrepasado por la emoción, que siempre ha tendido hacia la hipersensibilidad. Pero que en estos momentos siente que el desborde sería tan significativo, que cree que por eso se ha movilizó hacia la insensibilidad y la inmovilidad frente otra persona que la pueda estar pasando mal o esté en problemas. Este mismo cambio brusco en su manera de contactar con la emoción, debido a la propia depresión, circularmente refiere que le ha afectado mucho. En estos momentos el paciente se mantiene funcionando en el polo de la **evitación** por temor a la pérdida de control asociada a la sensación de exposición.

Factores externos activadores de la ideación suicida (8)

(Total de veces que emerge esta CG: 6 veces) (1 en Rigidez-Flexibilidad, 4 en Exclusión-Inclusión, 1 en Reactividad-Proactividad):

La familia de origen aparece con una conducta poco contenedora según la vivencia del paciente, esto se constituye en un factor activador del deseo de morir. Siente que la familia no asume su enfermedad y que le dicen que solo si está bien lo apoyan, lo cual no es posible para él. Se asume como enfermo y dependiente de los medicamentos para estabilizarse, de por vida. Cree que si se suicida, los miembros de su familia de origen sufrirán solo un tiempo y posteriormente solo se acordarán de llevarle flores una vez al año al cementerio. Se mantiene en este nivel de razonamiento con tendencia al funcionamiento hacia el polo de la **rigidez**.

Siente que desde su niñez ha excluido la presencia de Dios en su vida, debido a los constantes viajes de la madre hacia Brasil a la búsqueda de trabajo para mantenerlos económicamente, creyó en ese entonces que Dios no lo escuchaba cuando le pedía que ella no viajara más. Siente que también ha excluido la posibilidad de abrirse más al contacto interpersonal tanto en el área de las amistades, como en el área amorosa. Comenta que se ha “*encerrado en un callejón*” y por eso ahora se encuentra peor. Actualmente el paciente con respecto a los mismos temas se mantiene en con una funcionalidad que tiende hacia el polo de la **exclusión**. También tiende a excluir de su autoconcepto las características de sí mismo que considera negativas, como el retraimiento social, el poco orden en el tema económico, el no reconocer sus errores, no cumplir con promesas, no poder mejorarse y la imposibilidad de controlar la enfermedad actual. Tiene la sensación de que si incluye estas características, “*sus defectos sofocarían las pocas virtudes que posee*”. Al suceder esto se activarían con extrema intensidad sus ideas y deseos de suicidarse. Se desestabiliza emocionalmente al pensar sobre el tema de su hija, con respecto a lo cual siente que ella ya no es parte de su vida. Lo anterior es atribuido a la falta de esfuerzo de parte del propio paciente para poder estar más tiempo y generar vínculos emocionales con ella, este tema activa significativamente la ideación suicida.

Ante las frustraciones el paciente se mantiene en el polo de la **reactividad**, por ejemplo refiere que ante la sensación de frustración vivenciada se niega a comer, lo describe como un suicidio lento. No tolera la sensación de frustración, quisiera resolverla con urgencia y la mejor vía que considera para esta solución urgente a la intolerancia a la frustración, es el método del suicidio.

Depresión referida (CG6)

(Total de veces que emerge esta CG: 5 veces) (1 en Concreción-Abstracción, 2 en Reactividad-Proactividad, 2 en Evitación Exposición):

Asocia el suicidio como la vía “*para terminar con 5 años de tortura*”, con ello se refiere a la necesidad de tomar muchos medicamentos, de los cuales tiene la sensación de que no le hacen efecto debido a la persistencia de los síntomas. Nivel de análisis que tiende a la **concretitud** en lo referido a la solución para su depresión.

Desde el polo de la **reactividad** el paciente se queja de los síntomas de la depresión, de los que se percata fundamentalmente en la mañana después de sentir que no ha dormido bien, a pesar de los medicamentos. Al darse cuenta que tiene problemas para sentirse bien anímicamente, para relacionarse con las personas, de su inactividad y “*opacamiento*”, se activan en él con fuerza los deseos de suicidarse.

Se moviliza hacia el polo de la **exposición** emocional ante sí mismo, que a su vez lo desestabiliza, al darse cuenta de las limitaciones y el malestar que le generan los síntomas de la depresión como enfermedad.

Relaciones interpersonales – problemas (CG14)

(Total de veces que emerge esta CG: 5 veces) (5 en Evitación Exposición):

Con respecto a las relaciones interpersonales el paciente tiende a **evitarlas** de manera general; cuando hay situaciones complejas que lo involucran con otros, se acentúa esta tendencia evitativa y el aislamiento. Refiere que si expresara sus emociones frente a las demás personas se sentiría muy expuesto, por lo que se mantiene evitando hacerlo. Siente que enmudecería y no podría hablar, lo cual lo dejaría en un plano de una persona con problemas psicológicos, con una enfermedad. Temor al rechazo social asociado a esta evaluación externa como enfermo y al empeoramiento de las situaciones, al ser descubierto como una persona incapaz de relacionarse satisfactoriamente con los demás.

Suicidio como escape (CG16)

(Total de veces que emerge esta CG: 5 veces) (3 en Concreción-Abstracción, 1 en Rigidez-Flexibilidad, 1 en Reactividad-Proactividad):

Considera que a través del suicidio se “*liberaría del sufrimiento*” que actualmente vive desde hace 5 años. Visualizado como una “*salida*”, “*una opción para acabar con todo*”, “*una solución a sus problemas*”. En el despliegue sobre su idea del suicidio el paciente se mantiene con respuestas que denotan tendencia al polo de la **concreción**.

Ante la interrogante sobre la posibilidad de visualizar otras opciones de solución frente a su situación actual, el paciente se moviliza hacia el polo de la **rigidez**, haciendo alusión directa a que no puede ver otra posible opción de solución.

También se aprecia la tendencia a la **reactividad** al ser interrogado sobre su postura frente a situaciones, que resulten con algún nivel de complejidad en su cotidiano de vida. Considera que no hay nada que lo involucre, que lo implique; y que todo lo que le sucede lo ve como negativo. Al ver todo lo que le sucede como negativo, se activa permanentemente la ideación suicida como reacción ante todo lo que vive.

- El 77,3 % de las respuestas se dan hacia el polo psicopatológico de las dimensiones operativas.
- El 22,7 % de las respuestas se inclinan hacia el polo no psicopatológico de las dimensiones operativas.

En la Tabla 9 se aprecia el número de veces que se presentó cada categoría en el discurso del Paciente VI.

Tabla 9: Categorías generales por dimensión y polarización de cada categoría general en el paciente VI.

Categorías Generales en Paciente VI	Total	PE-	PI-	PI+	PE+	CA	RF	EI	RP	EE
CG1- Acciones en función del suicidio	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
CG2- Aislamiento social	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
CG3- Autoconcepto-desvalorización	4	0	1	3	0	2	0	1	1	0
CG4- Contacto con la emoción	6	4	1	0	1	3	0	0	1	2
CG5- Cuestionamiento de la búsqueda de ayuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CG6- Depresión referida	5	3	1	1	0	1	0	0	2	2
CG7- Deseo y/o búsqueda de ayuda	2	0	1	0	1	1	0	0	0	1
CG8- Factores externos activadores de la ideación suicida	6	2	2	2	0	0	1	4	1	0
CG9- Factores externos desactivadores de la ideación suicida	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0
CG10- Paralización	9	8	1	0	0	1	1	1	6	0
CG11- Pensamientos sobre el suicidio	7	4	2	1	0	3	2	0	1	1
CG12- Proyección futura	4	2	1	1	0	0	0	0	4	0
CG13- Referencias al pasado – antes de la ideación suicida	4	1	1	2	0	1	0	3	0	0
CG14- Relaciones interpersonales (problemas)	5	5	0	0	0	0	0	0	0	5
CG15- Soledad	3	1	1	0	1	1	1	0	0	1
CG16- Suicidio como escape	5	4	1	0	0	3	1	0	1	0
CG17- Ventanas de cuestionamiento de la ideación suicida	2	0	1	1	0	2	0	0	0	0
CG18- Vínculos afectivos	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1

Nota: PE-=Polarización extrema al polo psicopatológico. PI-=Polarización intermedia al polo psicopatológico. PI+=Polarización intermedia al polo no psicopatológico. PE+=Polarización extrema al polo no psicopatológico. CA=Dimensión operativa concreción-abstracción. RF=Dimensión operativa rigidez-flexibilidad. EI=Dimensión operativa exclusión-inclusión. RP=Dimensión operativa reactividad-proactividad. EE=Dimensión operativa Evitación-exposición.

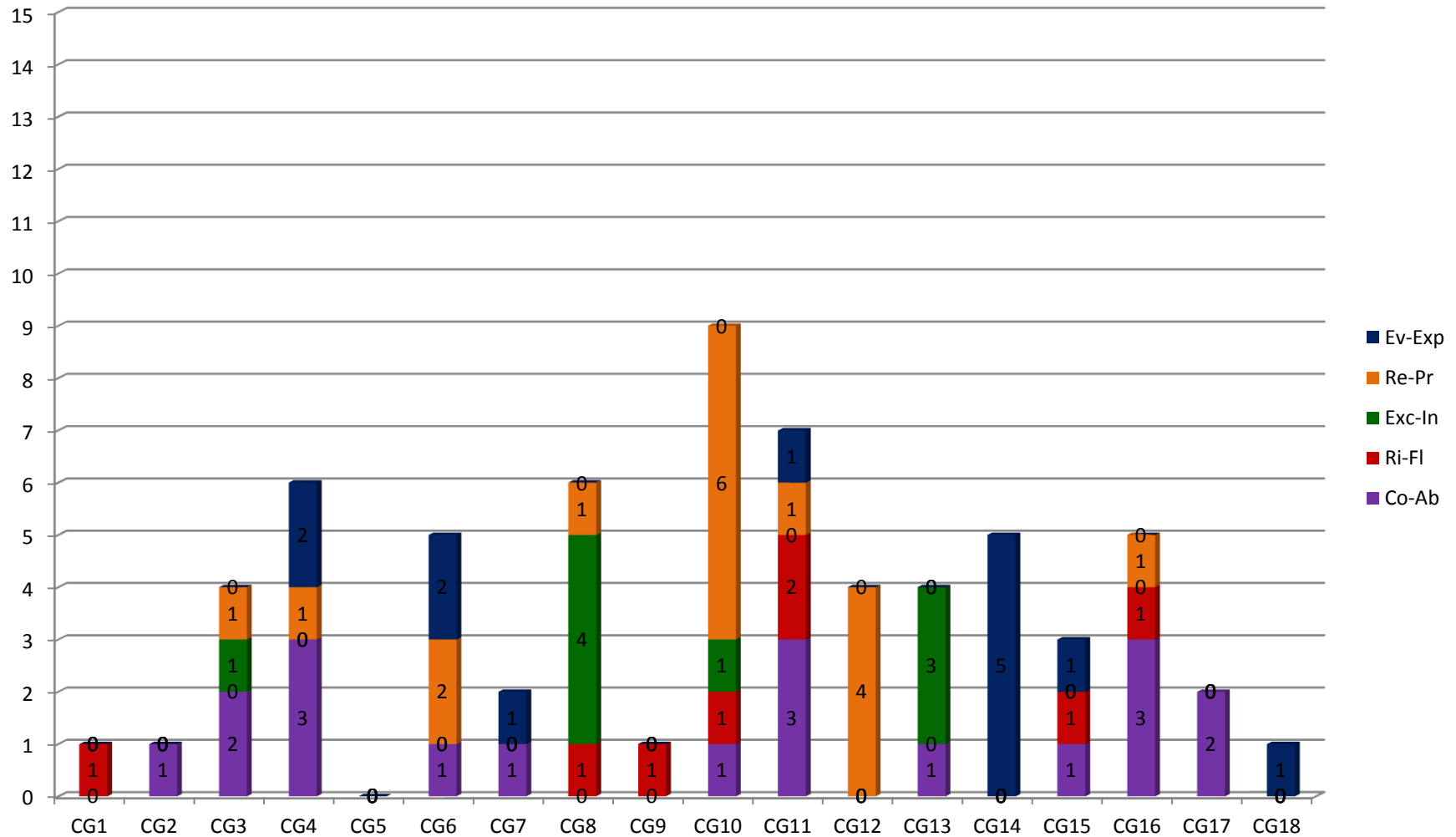


Figura 24: Cantidad de veces que se presentó cada categoría general en cada dimensión operativa en el Paciente VI.

Nota: El eje de las ordenadas acota el número de veces, el eje de las coordenadas representa las categorías generales. El número de veces que se presentó en cada dimensión operativa se encuentra señalado con los colores asignados a cada dimensión operativa según la leyenda lateral derecha. Abreviaturas: Co-Ab: Concreción-Abstracción; Ri-Fl: Rigidez-Flexibilidad; Exc-In: Exclusión-Inclusión; Re-Pr: Reactividad-Proactividad; Ev-Exp: Evitación-Exposición.

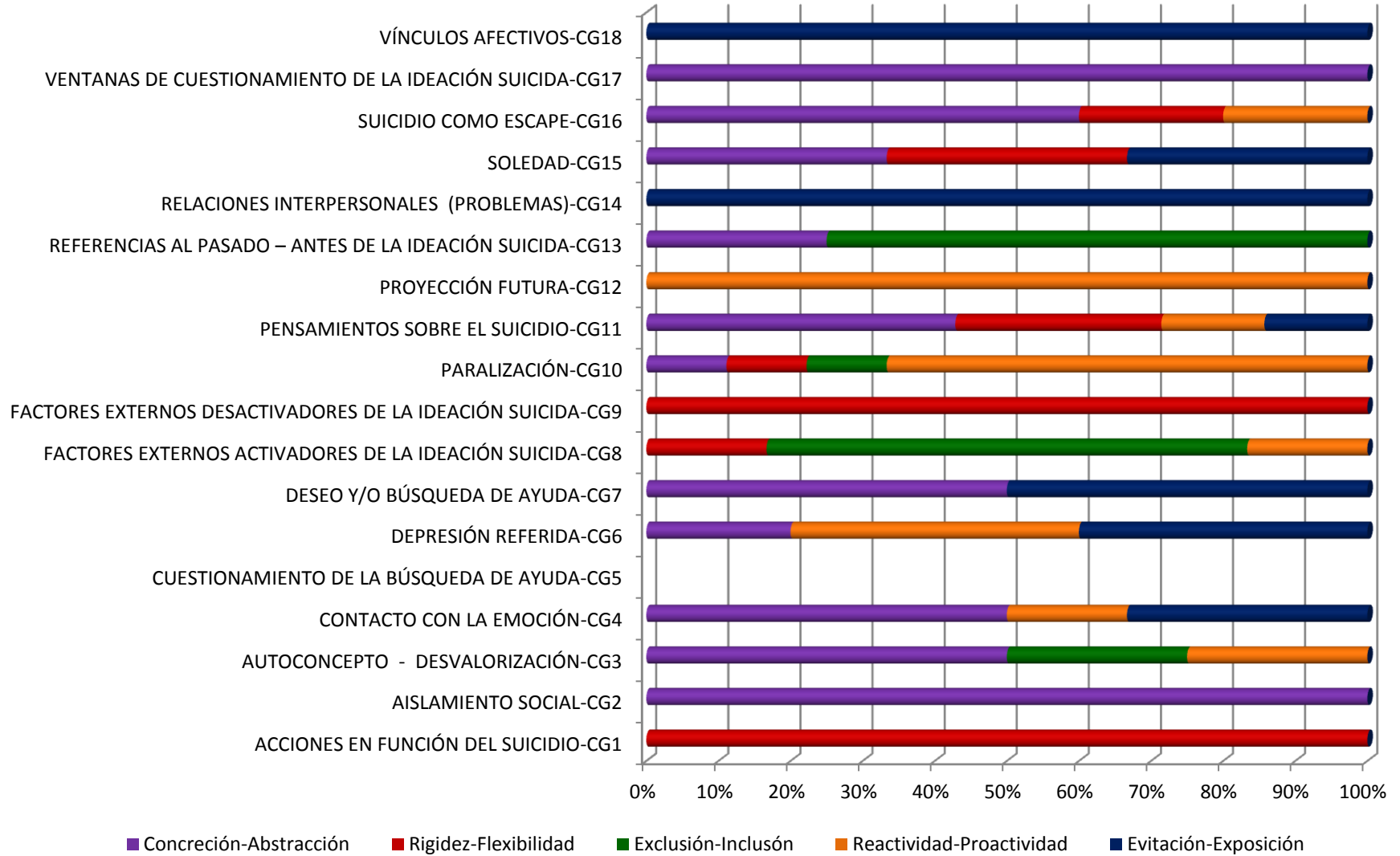


Figura 25: Porcentaje con que se distribuyen las categorías generales en cada dimensión operativa en el Paciente VI.

Nota: Los colores que se observan en cada categoría general representan el porcentaje de veces que se presentó cada categoría general en cada dimensión operativa, según leyenda al pie del gráfico.

Paciente VII

Descripción de las categorías generales más frecuentes (5 o más veces) en el Paciente VII

Suicidio como escape (CG16)

(Total de veces que emerge esta CG: 7 veces) (4 en Concreción-Abstracción, 2 en Rigidez-Flexibilidad, 1 en Reactividad-Proactividad):

La paciente visualiza el suicidio como una manera de dejar de sufrir personalmente, y también para que su familia no sufra más con su riesgo suicida. A un nivel más íntimo lo considera un “*escape*”, una manera para desaparecer, un descanso para sí misma y con la convicción de que “*irá al cielo con Dios*”. Nivel de elaboración de la situación con funcionamiento hacia el polo de la **concreción**.

Al explorar la posibilidad de flexibilizar y visualizar otras posibles opciones de solución a su situación actual, la paciente indica que es la única opción, que “*si algo le pasa, se mata y así va a estar bien*”. Considera que si se suicida conseguiría “*tranquilidad*”. Manteniéndose de esta manera funcionando hacia el polo de la **rigidez**.

Los intentos suicidas que ha presentado la paciente se constituyen como **reacciones** frente a situaciones de sensación de pérdida de vínculos afectivos, como por ejemplo el fallecimiento del abuelo o las discusiones con su madre.

Factores externos activadores de la ideación suicida (CG8)

(Total de veces que emerge esta CG: 6 veces) (2 en Rigidez-Flexibilidad, 3 en Exclusión-Inclusión, 1 en Reactividad-Proactividad):

Refiere que si se suicida, su familia podrá sufrir un tiempo pero estarán bien pronto, esto a la vez que una justificación le permite mantenerse en el polo de la **rigidez**. Las deficiencias en el vínculo con su hermano y su madre activan en la paciente la ideación suicida, al no sentirse querida y contenida, además de referir que recibe ofensas verbales y descalificaciones de parte de ambos.

La paciente **incluye** dentro del concepto de sí misma aspectos negativos como el consumo de alcohol ocasional estando bajo tratamiento con psicofármacos que prohíben el consumo de alcohol. Lo incluye pero no se moviliza para su modificación y se incomoda mucho cuando alguien de la familia la increpa por ello. Al incluir aspectos negativos sobre lo que sucede, la paciente tiende a descontrolarse con las demás personas. Al hacer un resumen de su vida coloca las cosas negativas como preponderantes y en ello juega un rol principal la relación disfuncional que sostiene con la madre, describe sus deseos de agredirla físicamente de una manera muy violenta en ocasiones.

Movilizada hacia el polo de la **reactividad** la paciente menciona que ante las frustraciones se descontrola y reacciona con rabia intensa, y que estas circunstancias de frustración le activan la ideación para el acto suicida.

Pensamientos sobre el suicidio (CG11)

(Total de veces que emerge esta CG: 6 veces) (3 en Concreción-Abstracción, 3 en Rigidez-Flexibilidad):

La paciente piensa que si se suicida “*irá al cielo*” y allá estará mejor. Justifica que “*ya no da más*” por lo cual decide actuar a través de su suicidio y cree que se liberará de la angustia relacionada con el hecho de “*saber que la madre no la quiere*”. Se manifiesta de acuerdo con personas que se quieren suicidar, se identifica e incitaría si alguien le habla sobre esta decisión. Creencia de que la gente que se mata es buena. Este nivel de elaboración ubica a la paciente en el polo de la **concreción**.

Refiere que piensa en el suicidio con una frecuencia de tres veces al día. Explicita imposibilidad de cambiar de ideación suicida, se manifiesta **rígidamente** y con convencimiento absoluto de su decisión. Considera que a través del suicidio se va a “liberar”, estará “bien consigo misma” y “será ella”.

Contacto con la emoción (CG4)

(Total de veces que emerge esta CG: 5 veces) (1 en Exclusión-Inclusión, 3 en Reactividad-Proactividad, 1 en Evitación Exposición):

La paciente refiere que tiende a tener en cuenta y captar todo lo que sucede a su alrededor. Que **incluye** las cosas buenas y malas para pensar en sí misma y en su vida.

Ante situaciones demandantes la paciente tiende a movilizarse al polo de la **reactividad**. Refiere que se involucra, que se “mete” en las situaciones problemáticas. Al mismo tiempo refiere mucho miedo a lo desconocido y su tendencia en el momento de tomar decisiones suele ser la de quedarse con lo conocido. Si está ante una situación frustrante la paciente tiende a reaccionar con mucha irritabilidad, rabia y descontrol emocional.

Ante situaciones de desborde emocional la paciente tiende a sentirse muy expuesta, por lo que opta por presentar conductas **evitativas**, concretamente se retira a fumarse un cigarro con altos niveles de ansiedad, lo cual hizo durante la entrevista.

Paralización (CG10)

(Total de veces que emerge esta CG: 5 veces) (1 en Concreción-Abstracción, 1 en Rigidez-Flexibilidad, 3 en Reactividad-Proactividad):

La paciente se siente cansada y sin posibilidad de hacer otras cosas para estar mejor, la única manera que considera para solucionarlo es el suicidio. Esto la ubica en el polo de la **concreción**.

Al indagar sobre la frecuencia con que la paciente piensa en el suicidio, alude a que no hay para ella otro camino posible, esto denota paralización y un funcionamiento actual hacia el polo de la **rigidez**.

Sostiene una postura de **reactividad**, muy pasiva ante situaciones que demanden toma de decisiones o cumplimientos de metas, tiende a quedarse con lo conocido. Se siente incapaz de tomar decisiones. Es importante mencionar que en este punto de la entrevista, la paciente distorsiona su visión de sí misma en función de armarse una imagen menos paralizada de sí misma.

- El 78,4 % de las respuestas se dan hacia el polo psicopatológico de las dimensiones operativas.
- El 21,6 % de las respuestas se inclinan hacia el polo no psicopatológico de las dimensiones operativas.

En la Tabla 10 se aprecia el número de veces que se presentó cada categoría en el discurso del Paciente VII.

Tabla 10: Categorías generales por dimensión y polarización de cada categoría general en el paciente VII.

Categorías Generales en Paciente VII	Total	PE-	PI-	PI+	PE+	CA	RF	EI	RP	EE
CG1- Acciones en función del suicidio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CG2- Aislamiento social	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CG3- Autoconcepto-desvalorización	4	2	1	0	1	2	0	1	1	0
CG4- Contacto con la emoción	5	3	0	1	1	0	0	1	3	1
CG5- Cuestionamiento de la búsqueda de ayuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CG6- Depresión referida	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
CG7- Deseo y/o búsqueda de ayuda	2	0	2	0	0	1	1	0	0	0
CG8- Factores externos activadores de la ideación suicida	6	2	1	3	0	0	2	3	1	0
CG9- Factores externos desactivadores de la ideación suicida	2	0	1	1	0	0	2	0	0	0
CG10- Paralización	5	5	0	0	0	1	1	0	3	0
CG11- Pensamientos sobre el suicidio	6	6	0	0	0	3	3	0	0	0
CG12- Proyección futura	2	2	0	0	0	0	0	0	2	0
CG13- Referencias al pasado – antes de la ideación suicida	3	2	0	1	0	1	0	2	0	0
CG14- Relaciones interpersonales (problemas)	4	2	0	0	2	1	0	0	0	3
CG15- Soledad	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0
CG16- Suicidio como escape	7	7	0	0	0	4	2	0	1	0
CG17- Ventanas de cuestionamiento de la ideación suicida	2	1	1	0	0	1	0	0	1	0
CG18- Vínculos afectivos	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1

Nota: PE-=Polarización extrema al polo psicopatológico. PI-=Polarización intermedia al polo psicopatológico. PI+=Polarización intermedia al polo no psicopatológico. PE+=Polarización extrema al polo no psicopatológico. CA=Dimensión operativa concreción-abstracción. RF=Dimensión operativa rigidez-flexibilidad. EI=Dimensión operativa exclusión-inclusión. RP=Dimensión operativa reactividad-proactividad. EE=Dimensión operativa Evitación-exposición.

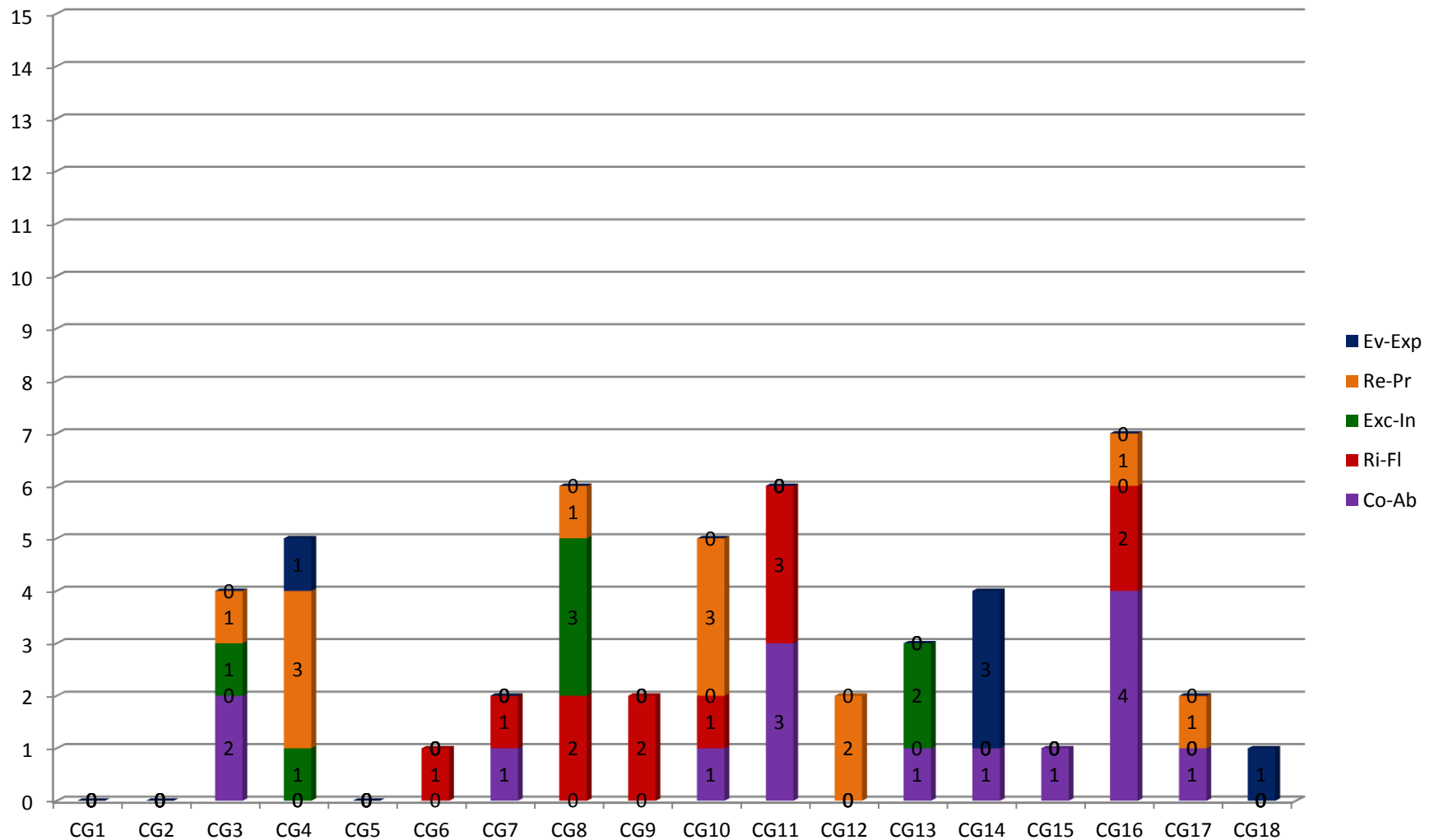


Figura 26: Cantidad de veces que se presentó cada categoría general en cada dimensión operativa en el Paciente VII.

Nota: El eje de las ordenadas acota el número de veces, el eje de las coordenadas representa las categorías generales. El número de veces que se presentó en cada dimensión operativa se encuentra señalizado con los colores asignados a cada dimensión operativa según la leyenda lateral derecha. Abreviaturas: Co-Ab: Concreción-Abstracción; Ri-Fl: Rigidez-Flexibilidad; Exc-In: Exclusión-Inclusión; Re-Pr: Reactividad-Proactividad; Ev-Exp: Evitación-Exposición.

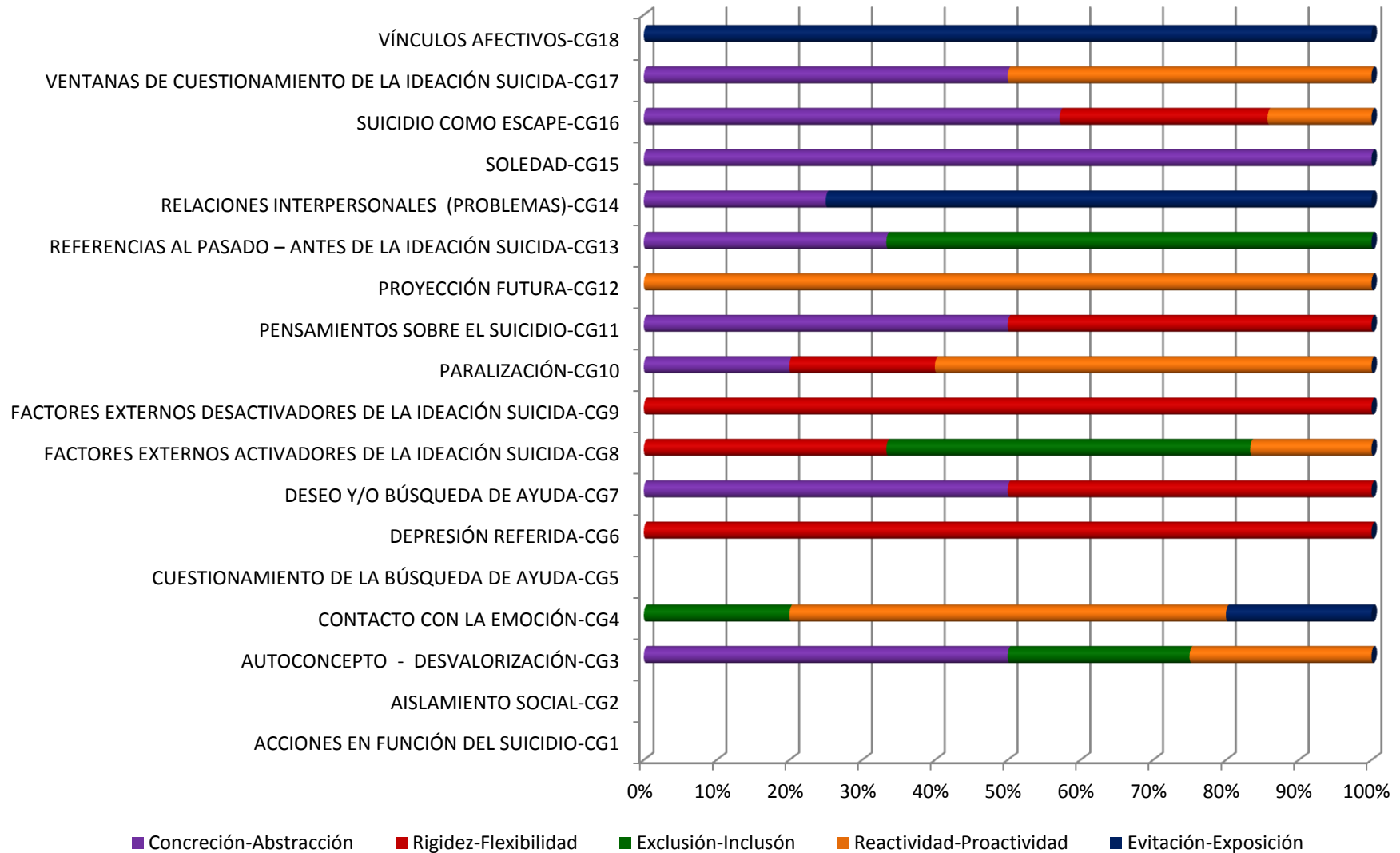


Figura 27: Porcentaje con que se distribuyen las categorías generales en cada dimensión operativa en el Paciente VII.

Nota: Los colores que se observan en cada categoría general representan el porcentaje de veces que se presentó cada categoría general en cada dimensión operativa, según leyenda al pie del gráfico.

Paciente VIII

Descripción de las categorías generales más frecuentes (5 o más veces) en el Paciente VIII

Paralización (CG10)

(Total de veces que emerge esta CG: 8 veces) (1 en Concreción-Abstracción, 3 en Rigidez-Flexibilidad, 4 en Reactividad-Proactividad):

La paciente refiere que está en un punto en el cual se siente “cansada”, sin más explicación este análisis se ajusta a una tendencia al polo de la **concreción**.

Desde el polo de la **rigidez** la paciente siente que no puede evitar pensar en el suicidio como la única opción. Considera que es una opción difícil pero “*es la que tiene en este momento*”. Refiere sensación de estar colapsada, que cuando intenta algo, lo que hace es solo pensar y llorar.

Funcionamiento hacia el polo de la **reactividad** al referirse que siente que no se puede sacar un sentimiento que le hace daño, se refiere el amor que siente hacia su ex pareja, causal que asocia con la activación de las ganas de suicidarse. Vivencia de que no puede lograr las metas que se proponga, reporta sensación de que se queda encerrada en algo que no le permite avanzar.

Factores externos activadores de la ideación suicida (CG8)

(Total de veces que emerge esta CG: 6 veces) (2 en Rigidez-Flexibilidad, 2 en Exclusión-Inclusión, 1 en Reactividad-Proactividad, 1 en Evitación Exposición):

Refiere que los problemas en la relación de pareja son los que activan la ideación suicida, en este contexto se siente devaluada y no querida. Tras vivir durante toda su niñez situación de abandono y maltrato en la casa de los abuelos maternos, la paciente refiere, con un funcionamiento hacia el polo de la **rigidez** y falta de apertura, que siempre ha sido muy autónoma desde pequeña y que “*nunca le ha afectado nada*”.

Paciente consciente que en el transcurso de su vida y actualmente tiende a **excluir** todos los eventos dolorosos de su vida, refiere que no recuerda casi nada de su niñez. Cuando incluye aspectos negativos sobre sí misma, la embarga una sensación de “*no ser completa*” que activa significativamente el riesgo suicida.

Desde el polo de la **reactividad** la paciente reacciona muy impulsivamente ante las frustraciones, son momentos en los que quiere estar sola y si alguien trata de impedirselo, acompañarla o hablarle, refiere que es capaz de suicidarse para lograr “*estar sola*”, debido a la sensación de que no puede tolerar las frustraciones.

En la esfera de la relación de pareja la paciente se siente desbordada, sobrepasada por las emociones, rechazada y no querida. Sensación de bloqueo debido a que no puede olvidar a su ex pareja. Esto la ubica hacia el polo de la **exposición**, con efectos negativos sobre su estabilidad emocional y como activador de la ideación suicida.

Deseo y/o búsqueda de ayuda (CG7)

(Total de veces que emerge esta CG: 5 veces) (1 en Concreción-Abstracción, 2 en Rigidez-Flexibilidad, 1 en Exclusión-Inclusión, 1 en Reactividad-Proactividad):

Sensación de que si no es ayudada esta vez por el personal médico de manera efectiva, no logrará salir adelante sin suicidarse, tiende a externalizar la responsabilidad de su bienestar. Funciona en este caso hacia el polo de la **concreción**.

Manifiesta el deseo de un cambio positivo pero desde una actitud pasiva que apunta hacia el polo de la **rigidez**. Tiende a flexibilizar al decir que quiere estar mejor y por esa razón se encuentra en el instituto psiquiátrico bajo tratamiento. Sin embargo la paciente se encuentra bajo observación minuciosa porque hay sospechas de altísimo riesgo suicida, consignado en ficha, debido a que tiene un embarazo que no desea de tres meses de gestación. El embarazo en curso, adicionado con la ruptura de su relación de pareja, fueron los motivos que activaron el comienzo de su ideación suicida.

Tiende a incluir en el análisis de su situación actual el malestar que la ha conducido a estar internada en el instituto psiquiátrico. También **incluye** desde el discurso formal, la importancia de su esfuerzo para recuperarse.

Sensación de que las ideas suicidas llevan el control de su vida. Ante esto la paciente opta desde la **proactividad** a estar internada y llevar el tratamiento que le indiquen, con la meta de ser ella misma quien controle sus emociones y de esta manera las ideas suicidas pierdan hegemonía.

Relaciones interpersonales – problemas (14)

(Total de veces que emerge esta CG: 5 veces) (1 en Concreción-Abstracción, 2 en Reactividad-Proactividad, 2 en Evitación Exposición):

En el plano de las relaciones interpersonales la paciente refiere que le gusta ser el centro de atención del grupo en el que esté. Funcionamiento tendiente hacia el polo de la **concreción**.

Ante los problemas con los demás la paciente tiende a evitar las situaciones. Manifiesta temor al maltrato, por lo cual se retira de las situaciones que considera problemáticas en el plano de las relaciones interpersonales, la emoción que la embarga cuando esto sucede es de pena ante la posibilidad de rechazo social. Este tipo de reacciones la ubican con un funcionamiento hacia el polo de la **reactividad**.

Dificultades significativas para la expresión de emociones frente a otras personas, sensación de **exposición** asociada, que la bloquea en este sentido.

- El 78,4 % de las respuestas se dan hacia el polo psicopatológico de las dimensiones operativas.
- El 21,6 % de las respuestas se inclinan hacia el polo no psicopatológico de las dimensiones operativas.

En la Tabla 11 se aprecia el número de veces que se presentó cada categoría en el discurso del Paciente VIII.

Tabla 11: Categorías generales por dimensión y polarización de cada categoría general en el paciente VIII.

Categorías Generales en Paciente VIII	Total	PE-	PI-	PI+	PE+	CA	RF	EI	RP	EE
CG1- Acciones en función del suicidio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CG2- Aislamiento social	2	1	1	0	0	1	1	0	0	0
CG3- Autoconcepto-desvalorización	2	1	0	0	1	1	0	0	1	0
CG4- Contacto con la emoción	4	2	1	0	1	1	0	0	2	1
CG5- Cuestionamiento de la búsqueda de ayuda	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
CG6- Depresión referida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CG7- Deseo y/o búsqueda de ayuda	5	1	1	3	0	1	2	1	1	0
CG8- Factores externos activadores de la ideación suicida	6	4	0	2	0	0	2	2	1	1
CG9- Factores externos desactivadores de la ideación suicida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CG10- Paralización	8	7	1	0	0	1	3	0	4	0
CG11- Pensamientos sobre el suicidio	4	2	0	2	0	1	1	0	1	1
CG12- Proyección futura	2	2	0	0	0	0	0	0	2	0
CG13- Referencias al pasado – antes de la ideación suicida	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0
CG14- Relaciones interpersonales (problemas)	5	4	1	0	0	1	0	0	2	2
CG15- Soledad	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
CG16- Suicidio como escape	3	2	1	0	0	3	0	0	0	0
CG17- Ventanas de cuestionamiento de la ideación suicida	4	1	2	1	0	1	3	0	0	0
CG18- Vínculos afectivos	3	1	2	0	0	2	0	0	0	1

Nota: PE-=Polarización extrema al polo psicopatológico. PI-=Polarización intermedia al polo psicopatológico. PI+=Polarización intermedia al polo no psicopatológico. PE+=Polarización extrema al polo no psicopatológico. CA=Dimensión operativa concreción-abstracción. RF=Dimensión operativa rigidez-flexibilidad. EI=Dimensión operativa exclusión-inclusión. RP=Dimensión operativa reactividad-proactividad. EE=Dimensión operativa Evitación-exposición.

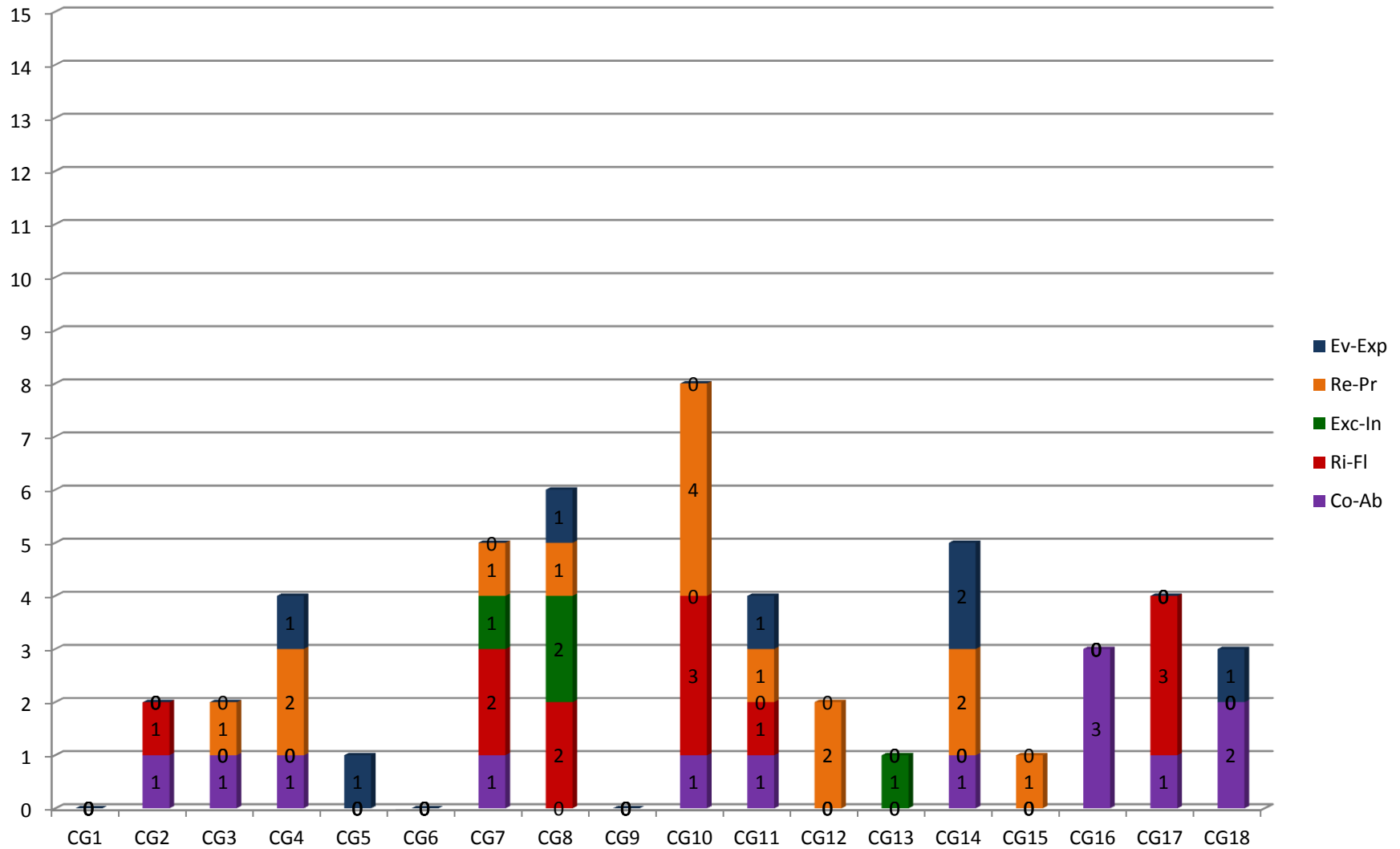


Figura 28: Cantidad de veces que se presentó cada categoría general en cada dimensión operativa en el Paciente VIII.

Nota: El eje de las ordenadas acota el número de veces, el eje de las coordenadas representa las categorías generales. El número de veces que se presentó en cada dimensión operativa se encuentra señalado con los colores asignados a cada dimensión operativa según la leyenda lateral derecha. Abreviaturas: Co-Ab: Concreción-Abstracción; Ri-FI: Rigidez-Flexibilidad; Exc-In: Exclusión-Inclusión; Re-Pr: Reactividad-Proactividad; Ev-Exp: Evitación-Exposición.

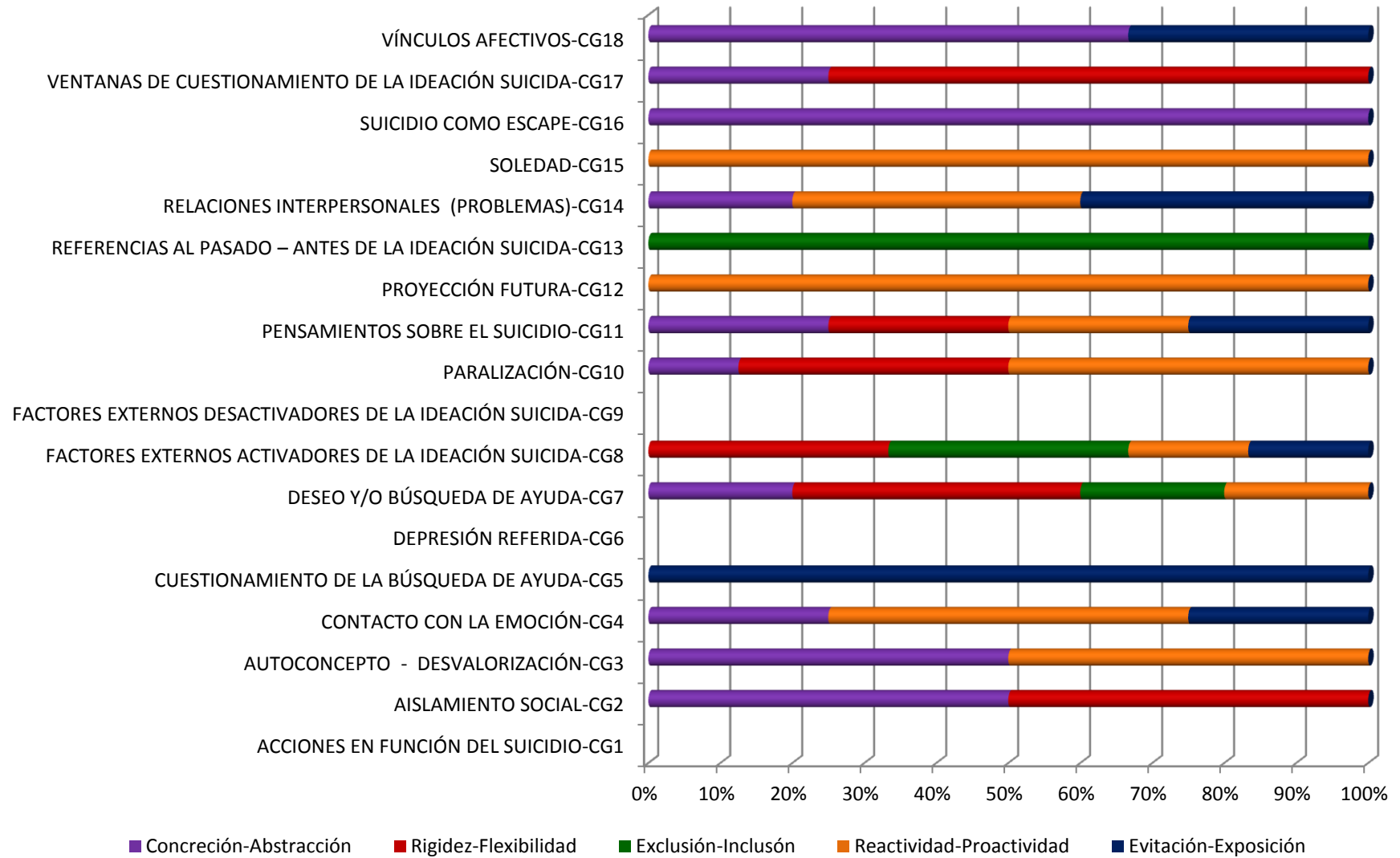


Figura 29: Porcentaje con que se distribuyen las categorías generales en cada dimensión operativa en el Paciente VIII.

Nota: Los colores que se observan en cada categoría general representan el porcentaje de veces que se presentó cada categoría general en cada dimensión operativa, según leyenda al pie del gráfico.

4. CONCLUSIONES

Los siguientes resultados deben ser vistos con precaución debido a que el presente estudio es exploratorio y la muestra seleccionada no está enfocada para realizar generalizaciones.

Es importante mencionar que las entrevistas a través de las cuales se obtiene a información analizada, han sido realizadas a pacientes que están con un episodio depresivo y con ideación suicida activa. En el contexto de este cuadro clínico como es sabido la medicación con psicofármacos es la parte esencial del abordaje terapéutico. Ambos factores: el diagnóstico y la medicación, tienen efectos sobre la velocidad de procesamiento de la información, sin que ello implique deterioro cognitivo o compromiso orgánico cerebral de base.

Durante la entrevista fue prudente hablar en términos simples y repetir preguntas con frases cortas, teniendo en consideración que los tiempos de latencia eran más extensos que la población estándar, debido a la baja en la velocidad de procesamiento antes mencionada.

Comportamiento de las dimensiones operativas a través de la totalidad de la muestra de pacientes entrevistados

Con respecto a la dimensión operativa concreción-abstracción, la tendencia global de las respuestas hacia el polo de la concreción es clara.

- El nivel de elaboración del concepto de suicidio que tienen los pacientes entrevistados es expresado en términos concretos, escuetos y con bajos indicios de una explicación en términos abstractos.
- Al indagar más profundamente sobre cómo se explican a sí mismos el hecho de presentar ideación suicida, aluden en términos simples a la situación de sufrimiento presente y pasada. En muchos casos esta respuesta era la reiteración del tema del anterior párrafo. Reconocen que no es normal lo que les sucede, pero paralelamente manifiestan que no tienen otra opción.
- Visualizan como descanso y escape el efecto del suicidio, solo a un nivel personal, redundante con el tema y la polarización anteriores, la tendencia generalizada es hacia la concreción.
- Dificultades para desenfocarse de sí mismos en el análisis ante otro que presente ideación suicida, ya que a través de una elaboración precaria hablan de un otro en estas condiciones, desde la autorreferencia y no desde la empatía, además de hacerlo en términos concretos similares a los anteriores.
- Ante las dificultades no logran una elaboración de la situación que sea independiente de la ideación suicida, su activación e incremento de la intensidad de la misma, ante los problemas. No logran describir con matices el estado emocional involucrado frente a situaciones que consideren problemáticas.
- Presentaron un escaso conocimiento de sí mismos, al explorar el autoconcepto se limitan a referirse a la situación actual donde toda descripción circunda en torno a la ideación suicida.

La capacidad de simbolizar los contenidos de la experiencia real, la vivencia en curso, a través del lenguaje y la abstracción en las correspondientes categorías conceptuales explicativas se encuentra muy afectada. La percepción del yo se activa a través de las circunstancias y eventos concretos actuales.

Con respecto a la dimensión operativa rigidez-flexibilidad, la tendencia global de las respuestas es hacia el polo de la rigidez.

- La capacidad de flexibilizar en pro de buscar otras opciones de solución a la situación actual distintas al suicidio está anulada. En algunos casos se manifiesta un deseo pasivo de tener otras opciones pero no hay activación mental en función de ello. En este punto se manifiesta de manera nítida el alto nivel de desesperanza presente en los pacientes entrevistados.
- La frecuencia con la que piensan en el suicidio es alta, se agudiza en la noche, pero está muy presente también durante el día. Al referirse a la frecuencia con que piensan en el suicidio, se deja entrever que aluden a la ideación con la planificación concreta del método suicida en el momento, muy ligado a la posibilidad de acción inminente.
- El entorno inmediato en general tiene poco poder de influencia en pro de la desactivación de la ideación suicida. En el sentido contrario la interacción con la familia y los vínculos significativos, en muchas ocasiones tienden a ser evaluados como activadores de la ideación suicida. En otros casos la tendencia de los pacientes entrevistados es a aislarse y no contar sobre su problemática, lo que fomenta la tendencia a la rigidización.
- Con relación a la posibilidad de cambio interno con respecto a la ideación suicida en pro de la flexibilidad, aparentan estar inamovibles, sin un elemento que realmente pueda fracturar el núcleo suicida del pensamiento. El foco de su racionalidad y emocionalidad está dirigido solo hacia el contenido suicida, polarizándose de esta manera hacia la rigidez extrema.

En esta dimensión operativa polarizada hacia la rigidez, la gama de respuestas posibles que se activa se reduce a una única respuesta, que en su esencia conspira contra la mantención del equilibrio del sistema. Incluso lo aniquila.

Con respecto a la dimensión operativa exclusión-inclusión, se aprecia polarización hacia ambos extremos, con las particularidades que se mencionan a continuación.

- Los pacientes entrevistados tienden a aislarse y a excluir el contacto interpersonal de su cotidiano, excluyen las actividades de la vida diaria que pueden resultar con efecto distractor con respecto a la ideación suicida. Presentan dificultades para incluir los aspectos subjetivos de sí mismos para describirse. Se refieren a una tendencia a la exclusión de emociones y pensamientos, también en el pasado que asocian como causas de la actual situación crítica. Hay una tendencia a incluir actualmente de manera muy frecuente los aspectos negativos del pasado.
- Ante las características personales que consideran negativas a pesar de que revelan dificultades para la aceptación de las mismas, las reconocen como contraproducentes para avanzar en pro de sentirse mejor, o sea las incluyen. Sin embargo no hay una movilización activa en ningún nivel que indique reacción, en la dirección de la modificación de estas características. No son capaces de profundizar en la elaboración de las mismas, refiriéndose en varios casos a características de orden superficial o físico.
- Sobre la percepción global de su historia de vida los pacientes entrevistados tienden a visualizar e incluir preferentemente los aspectos negativos de su historia y de la actualidad. Presentan también una tendencia a incluir aspectos positivos de la vida, pero desde la perspectiva de la añoranza del pasado y la carencia actual. La carga de valencia negativa es evaluada como aparentemente acumulativa y se relaciona proporcionalmente con la activación y sostenimiento del cuadro suicidal.

El sistema de conocimiento de los pacientes entrevistados no está disponible para la integración de nuevas opciones. La mismidad tiende a imbricarse de manera indiferenciada con la ipseidad, confundiendo el yo estable con el yo en curso en la situación actual.

Con respecto a la dimensión operativa reactividad-proactividad, la tendencia global de las respuestas es hacia el polo de la reactividad.

- Los pacientes entrevistados aluden sensación de paralización subjetiva y física. A pesar de que esta postura no pareciera reactiva propiamente tal, es un tipo de respuesta que los evaluados están dando a la situación crítica en la que se encuentran, que polariza hacia la reactividad.
- Con respecto al espectro de actividades que pudieran generar durante el día, se restringen a hacer bajo presión, las diligencias básicas que son impuestas desde afuera por el personal que los atiende o por la familia. Vistas como obligaciones, no encuentran placer en lo que hacen, son acciones desprovistas de significado que los ubican hacia el polo de la reactividad.
- Se visualizan como imposibilitados de tomar decisiones, se dejan impactar por las decisiones de los demás y la única decisión de la que se sienten autores es la de querer suicidarse.
- En cuanto a la proyección futura se aprecia en los pacientes entrevistados una incapacidad de hacerlo. En este punto topan casi de manera inmediata en el lapso del mismo día, con la posibilidad de estar muertos al día siguiente, debido al suicidio como contingencia inminente. No hay interés en lo que signifique tiempo futuro en la mayoría de los casos, y en otros hay un profundo temor de pensar en ello, ya que la visión catastrofista se apodera de lo que pueda acontecer. Explicitan que es incompatible un eventual plan futuro con su ideación suicida activa.
- Refieren la vivencia de falta de control en sus vidas y el efecto experimentado por ellos, de que las ideas suicidas llevan el control de sus pensamientos. Se deja entrever la sensación de impotencia e imposibilidad de cambio. Elementos que indican un funcionamiento con predominancia del polo de la reactividad.
- Ante situaciones de frustración, como eventos que pueden colocar demandas a la dinámica del sistema, se describen como intolerantes y ante la mínima sensación de frustración se activa la conducta irascible, la heteroagresividad y la ideación suicida con alta probabilidad de acción. Se amalgama la historia vital en términos negativos, con relación a la situación frustrante; no pudiendo diferenciarlas entre sí y se activa el suicidio como única salida a esta vivencia catastrófica generalizada.

Se observa en los pacientes entrevistados una tendencia a la activación mínima del sistema subjetivo. Cada interacción con el ambiente se torna no prevista ni anticipada. El entorno se presenta como fuente de apremiantes y desbordantes demandas. De esta manera son vivenciadas las exigencias cotidianas por las personas entrevistadas que se encuentran inmersas en un sistema hipoactivo tanto motora, como emocional y cognitivamente.

Con respecto a la dimensión operativa evitación-exposición, se aprecia una sensación de exposición, que intentan evitar a modo defensivo, a través de la evitación con mayor o menor éxito en cada caso.

- Se explora la reacción de los pacientes entrevistados frente a situaciones complejas en el plano de las relaciones interpersonales. Dichas circunstancias generan conductas y posturas de tipo evasivas, muy concretas. Optan por no expresar sus emociones u opiniones por miedo al rechazo social o por otro lado debido a la falta de interés que refieren por el otro, declaran sentirse demasiado expuestos.

- En lo relativo al establecimiento de vínculos afectivos la mayoría de los pacientes entrevistados comentan sobre una tendencia a no involucrarse emocionalmente. A presentar conductas de aislamiento social, asociado a experiencias previas negativas referidas al tema de los vínculos. La sensación de exposición les resulta amenazante.
- La exposición emocional que vivencian, casi de manera permanente y negativa frente a otras personas, se suma a la sensación de descontrol emocional, lo anterior se relaciona directamente con la activación inmediata de la ideación suicida.
- Con respecto a la expresión de emociones u opiniones negativas, algunos refieren no interesarse por el contacto social o por las desavenencias en estos aspectos, lo que los mantiene en el polo de la evitación. Otros con recursos distintos, al sentirse expuestos y acompañados por la sensación de indefensión, se angustian y se aíslan socialmente la mayor parte del tiempo, en pro de protegerse de la censura y el rechazo.

La carga emocional que experimentan las personas entrevistadas ante el contacto social es muy intensa, se suma a ello la sensación de perturbación del involucrado. Lo anterior se traduce en la imposibilidad de movilizarse a través de los polos de la dimensión operativa evitación-exposición, frente al contacto interpersonal, vivenciado como perturbador en extremo. Se concentra la tendencia de movilización hacia el polo psicopatológico de la evitación. Lo anterior es la expresión de un mecanismo de acción descentralizado, a través del cual intentan evitar la exposición emocional sin defensas, ante la intensidad del evento en curso y el contacto social.

Comportamiento de las categorías generales a través de las dimensiones operativas en la totalidad de los pacientes entrevistados

Las categorías generales antes definidas tienen un comportamiento que se puede resumir de la siguiente manera.

La categoría general que más frecuentemente se ha presentado en el discurso de los pacientes ha sido Pensamientos sobre el suicidio (CG11). A través de la misma se visualiza la predominancia de las ideas suicidas en el cotidiano de estas personas, que interfieren cada situación que vivan, aunque no pueden expresar una explicación elaborada para ello. Aluden a la no normalización de su situación psicológica, al incremento de la intensidad y la frecuencia de la ideación suicida, a la sensación de imposibilidad de cambiar la dirección del contenido de su pensamiento suicida. Consideran que la ideación suicida ha sido fundada como la única decisión que logran tomar por sí mismos. La proyección futura se ve interceptada por la incompatibilidad que en su esencia tiene con la muerte, y a su vez, colabora con la exclusión de aspectos positivos de la vida de cada uno de los pacientes entrevistados. Esta categoría general manifiesta de manera global la tendencia a la concreción, a la rigidez y a la reactividad.

La siguiente categoría general que aparece en alta frecuencia en el discurso de los pacientes entrevistados es Paralización (CG10). En ella se encuentran expresadas sensaciones de estar paralizados tanto psicológica como físicamente ante la situación actual. Se expresan en términos de imposibilidad de movilización en la búsqueda de opciones distintas al suicidio para continuar. Se declaran cansados, vacíos, sin argumentos para la toma de decisiones y en una postura pasiva que no

les permite ejecutar acciones concretas en ninguna dirección. Esta categoría general manifiesta de manera global la tendencia a la concreción, la rigidez, la exclusión y la reactividad.

Le sigue en frecuencia la categoría general Factores externos activadores de la ideación suicida (CG8). Esta categoría da cuenta del poder que tienen factores externos ya sean circunstanciales o históricos, positivos o negativos en la dirección de reforzar la idea suicida actual. Asocian usualmente el entorno familiar como fuente de problemas, que visualizan como irresolubles y confabulan a favor de la recursividad de los argumentos del sistema para su autoeliminación. Se declaran abiertamente sensibles ante problemas simples de la vida cotidiana y la intolerancia a la frustración asociada, que actúan como activadores espontáneos del incremento de la ideación suicida. La dependencia económica derivada de la imposibilidad de trabajar figura también entre los principales activadores de la ideación suicida. Las polarizaciones de las afirmaciones de los pacientes entrevistados giran en torno a los polos psicopatológicos de las 5 dimensiones operativas: concreción, rigidez, exclusión, reactividad y evitación, en algunos casos aparecen polarizados hacia la exposición emocional, pero en términos de fuente de activación de la ideación suicida.

La siguiente categoría general que se presenta con alta frecuencia es Suicidio como escape (CG16), vista esta opción como un escape propiamente tal para desaparecer, como un descanso, una solución, una manera de dejar de sufrir y clocar fin a la angustia actual. El polo al que mayormente se dirigen las respuestas de los pacientes es hacia la concreción, los otros polos implicados de otras dimensiones operativas son el de la rigidez y la reactividad.

Las Referencias al pasado antes de la ideación suicida (CG13), revelan que el debut de la ideación suicida en la mayoría de los pacientes entrevistados no ha sido en el episodio actual; sino que ha estado instalada incipientemente en su subjetividad durante un largo período de su ciclo vital. Se detecta a través del análisis de esta categoría general, que los pacientes, aparentemente presentan un desplazamiento hacia el polo de la inclusión, que sería de acuerdo a la teoría un atisbo de no psicopatologización. Sin embargo al analizar en profundidad el contenido que incluyen en su mayoría se refiere a vivencias y eventos negativos. El contenido con valencia positiva al que se refieren, contiene eventos del pasado y lo hacen desde la carencia, la añoranza y la angustia de no poder tenerlo de vuelta. Esto último se constituye un activador importante de la ideación suicida. La polarización en el resto de las dimensiones operativas ha sido hacia la concreción fundamentalmente, en menor medida hacia la rigidez y la reactividad.

La categoría general Relaciones interpersonales-Problemas (CG14) dejan entrever, sobre todo en el contexto de la exploración de la dimensión operativa Evitación-Exposición, que los pacientes entrevistados se sienten muy expuestos emocionalmente en contexto del contacto interpersonal. Sobre todo cuando este contacto acarrea un incremento de las demandas del sistema en pro de solucionar una situación de desencuentro de opiniones. Ante ello optan por la evitación subjetiva, e incluso corporal, retirándose de la situación demandante. El telón de fondo que aparece detrás de esta polarización ambigua, es el temor al rechazo social y a la consecuente soledad, que se constituyen a su vez en clásicos activadores de la ideación suicida para ellos. Como fue mencionado los pacientes entrevistados tienden a oscilar de manera inestable y extrema entre las polaridades antitéticas

evitación y exposición. En las otras dos dimensiones operativas donde se presenta esta categoría general, se polarizan hacia la concreción y la reactividad.

Autoconcepto – desvalorización (CG3) es la siguiente categoría general que se presenta en frecuencia en el discurso de los pacientes entrevistados. En ella se aprecia que tienden a definirse a sí mismos en términos de características evaluadas por ellos como negativas, aludiendo a la agresividad, al descontrol emocional, a la sensación de inutilidad y en general, a síntomas del estado depresivo que presentan, pero mencionadas como características estables de sí mismos. Se identifican como “suicidas”, y a su vez, justifican esta descripción con la activación de la ideación suicida al pensarse a sí mismos de manera devaluada. Mayormente esta categoría general se presenta en la dimensión concreción–abstracción, polarizada hacia el extremo psicopatológico de la misma. También está presente en el polo rígido, en el polo reactivo y en la tendencia a incluir las mencionadas características evaluadas muy negativamente por ellos.

Con respecto al Contacto con la emoción (CG4) se obtienen referencias que indican que los pacientes entrevistados tienden a sentirse bajo situación de desborde emocional de manera frecuente. Sobre todo ante situaciones que evalúen como frustrantes, el mencionado desborde emocional se manifiesta conductualmente a través de la heteroagresividad y la activación intensa de la ideación suicida. Las polarizaciones que se ilustran en sus referencias son concreción, inclusión de emociones negativas, reactividad ante las mismas y sensación de exposición extrema.

La categoría general Aislamiento social (CG2) se presenta a través de referencias frecuentes de desinterés por relacionarse con las demás personas, involucrando en ello la posibilidad de no tener que contar a los otros sobre su actual ideación suicida. En muchas ocasiones detrás de esta tendencia a aislarse se encuentra la intención de evitar contacto social, por el temor de ser rechazados, ya que se sienten expuestos en sus cualidades peor evaluadas por ellos mismos. Polariza hacia la concreción, la rigidez, la reactividad y la exposición.

Con respecto a la categoría general Proyección futura (CG12) se obtienen un dato muy descriptivo y coherente desde la lógica de la persona con ideación suicida. De manera global y resumida, se aprecia que los pacientes entrevistados anuncian que no es posible proyección futura en sus vidas, en tanto es incompatible con la muerte que desean. El contenido mencionado se manifiesta durante la exploración de las dimensiones operativas rigidez-flexibilidad y reactividad-proactividad, polarizadas en ambos casos hacia el polo psicopatológico.

Depresión referida (CG6) es la siguiente en menos frecuencia. En este punto los pacientes entrevistados refieren quejas relacionadas con la sintomatología de su estado depresivo actual. Sensaciones como la falta de propositividad, la angustia ante la mínima perturbación y su relación directa con la activación de la ideación suicida. En las cinco dimensiones operativas esta categoría general tiende a la polarización psicopatológica.

La categoría general Soledad (CG15) se presenta en la totalidad de las personas entrevistadas y vehicula la expresión de la angustia que tienen asociada a la sensación de soledad. Con respecto a este punto también encontramos lo antes mencionado, sobre la tendencia de los pacientes al aislamiento social, también presente en la mayoría de las personas que integran este estudio. La polarización de esta categoría tiende a la concreción, la rigidez, la exclusión, la reactividad y la evitación por exposición.

Deseo y búsqueda de ayuda (CG7) es otra categoría que se presenta en la mayoría de las personas entrevistadas. Sin embargo esta no se manifiesta con valor movilizador; sino desde una declaración pasiva y reactiva. Se manifiesta con tendencia hacia los polos de concreción, rigidez y reactividad.

Con respecto a la categoría general Vínculos afectivos (CG18) su polarización se asocia mucho con la categoría general que ilustra el estado de las relaciones interpersonales y el aislamiento social. La alta tendencia a la evitación del contacto con las demás personas, en este nivel se justifica con la sensación de incompreensión, las dificultades para establecer un vínculo emocional sano, sin que interfiera la dependencia emocional con el otro involucrado. Las polarizaciones que se detectan van hacia la concreción, la rigidez, la exclusión, la evitación por exposición en el contexto del contacto interpersonal y la reactividad.

La categoría general Factores desactivadores de la ideación suicida (CG9) brinda indirectamente brechas de temas que pueden ayudar a la intervención terapéutica, como representación de los aspectos a los cuales los pacientes se sienten anclados emocionalmente de una manera positiva. El contacto con los hijos y las responsabilidades laborales, suelen aparecer como aspectos por los cuales los pacientes entrevistados dejan de pensar momentáneamente en el suicidio. Son vistos de manera concreta, carente de elaboración sobre la influencia que puede ejercer sobre su estabilidad, también de manera rígida en el sentido de la escasa fuerza que tienen por sí mismos para sostenerse aferrados a estos factores desactivadores. Son reactivos momentáneamente ante ellos.

Las Ventanas de cuestionamiento de la ideación suicida (CG17), a pesar de presentarse con menor frecuencia también es una brecha que puede servir para la intervención terapéutica con estos pacientes entrevistados, ya que se presenta en la mayoría de ellos. En algunos casos a pesar de normalizar el suicidio en ellos mismos, reconocen que no es normal que una persona se quiera suicidar, y que tiene que ver con un problema emocional. En escasos pacientes se observa una potencial movilización hacia la flexibilidad, en cuanto a no ver el suicidio como la única opción de solución posible. Sin embargo en la generalidad se muestran polarizados hacia la concreción, la rigidez y la reactividad, dado lo poco que sostienen en el tiempo estos cuestionamientos.

La categoría general Acciones en función del suicidio (CG1) se presenta en temas como la búsqueda activa del método suicida que no provoque dolor y que sea efectivo en su objetivo. En otros casos hacen alusión a trámites concretos y planes sobre a quienes delegar sus responsabilidades, sobre su entierro y a quien heredar sus bienes materiales. La polarización de esta categoría es hacia la concreción, la rigidez y la exclusión fundamentalmente.

Por último la categoría general Cuestionamiento de la búsqueda de ayuda (CG5) que se presenta en la menor frecuencia que el resto de las categorías generales, no está en la mayoría de los pacientes entrevistados. Se refiere a la imposibilidad que sienten de ser ayudados por el equipo de profesionales que los atienden. Se orienta a los polos de la concreción, la rigidez, la reactividad y la evitación.

A modo de resumen se puede indicar que:

La totalidad de los pacientes entrevistados tienen una alta predominancia de pensamientos e ideas sobre el suicidio como una opción válida, como un escape de la situación actual. Se sienten muy paralizados en este momento de su vida con sensación de imposibilidad de generar estrategias de afrontamiento distintas. La mayoría de las personas entrevistadas presenta un autoconcepto muy deteriorado y muy concreto de sí mismos. Se auto describen con características negativas, superficiales y en muchos casos refieren a la sintomatología del cuadro depresivo que cursan, como características estables de sí mismos.

En todos los pacientes entrevistados las perturbaciones externas, situaciones mínimamente frustrantes, problemas con la familia, la pareja y los hijos suelen ser activadores de la intensidad y la persistencia de la ideación suicida. El tema de las relaciones interpersonales se presenta como un reto para ellos, que no logran pasar, ya que refieren problemas de comunicación que no consiguen resolver. Por un lado tienden a evitar a las personas con mucha frecuencia, y por otro lado cuando intentan solucionarlos, refieren sentirse muy expuestos emocionalmente y finalmente terminan evadiendo la situación de una manera muy concreta, por miedo al rechazo social. En términos de vínculos afectivos oscilan entre sentirse incomprendidos, con dificultades para involucrarse emocionalmente hasta la dependencia emocional con respecto a un otro. El contacto con la emoción para los pacientes entrevistados genera por sí mismo desborde emocional, la manifestación de este desborde emocional es el llanto incontrolado, la conducta de huida, la agresividad hacia sí mismos y la heteroagresividad.

En cuanto a la temporalidad, todos los pacientes entrevistados, el pasado es incluido en sus pensamientos con una carga vivencial negativa, lo positivo de su historia vital, es sostenido como una carencia actual. Lo anterior confabula con la estructuración de una justificación más para continuar sosteniendo la ideación suicida como válida. La proyección futura es descrita como algo incompatible con su ideación suicida, reflejando falta de interés total en esta dimensión temporal.

En la mayoría de los pacientes entrevistados se presentan la tendencia al aislamiento social, expresada directamente en su discurso. Tiene alta relación con la sensación de exposición que experimentan en el contacto interpersonal. La mayoría también hace referencia a malestar, angustia, desánimo, que asocian con lo que se puede equiparar con síntomas de la depresión en curso. La sensación de soledad está muy presente en los pacientes entrevistados y se asocia directamente a la activación de la ideación suicida.

La mayoría de las personas entrevistadas en la presente investigación hacen referencia concreta a factores externos que actúan como desactivadores momentáneos de la ideación suicida. En ellos incluyen contacto con los hijos pequeños, realización de responsabilidades domésticas o temas laborales. También se aprecian en la mayoría de ellos ventanas de cuestionamiento de la ideación

suicida, en tanto reconocen que no es normal la presencia de ideación suicida, o desacuerdo con otros que también tienen ideación suicida.

En varios de los pacientes entrevistados se manifiesta el deseo de ser ayudados, sin embargo la postura es pasiva, no presentan una movilización real en la dirección de lo que entendemos por su recuperación. Lejos de lo anterior se detecta movilización en acciones concretas encauzadas al suicidio, planes, búsqueda del método que consideran “efectivo”. Solo algunos de los pacientes entrevistados manifiestan cuestionamientos a la potencial efectividad de los tratamientos que reciben.

La información sobre las categorías generales en los pacientes pudiera ofrecer datos para encauzar la psicoterapia. Fundamentalmente en los puntos en los cuales se detectan ciertas contradicciones en su discurso de las cuales no parecieran estar conscientes. Pudieran estas coyunturas estratégicamente abordadas en el espacio terapéutico, fuente de perturbaciones que muestren brechas de intervención, relacionándolos eventualmente con los factores desactivadores de la ideación suicida.

La totalidad de los pacientes entrevistados manifiesta un patrón de polarización similar en la funcionalidad de las dimensiones operativas con tendencia importante a la concreción, la rigidez. Suelen incluir en el análisis de sí mismos y de la situación actual elementos negativos de su historia y lo positivo que incluyen lo hacen desde la carencia.

Se sugiere para futuras investigaciones ampliar la muestra de pacientes, y enfocarse en los aportes que pueden generarse a través de este tipo de estudios para el abordaje psicoterapéutico, y para la teoría de las dimensiones operativas, a través del enfoque constructivista.

5. Referencias

- Angel, A. (2011). *Exploración de las dimensiones operativas mediante el diseño de un instrumento cuantitativo*. (Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica Adultos), Universidad de Chile, Santiago.
- American Association of Suicidology (2005). *Report*. Retrieved 14 de agosto, 2012, from <http://www.suicidology.org/home>
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationships between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatry outpatients. *American Journal of Psychiatry*, *147*(2), 190-195.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Helplessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *42*, 861-865.
- Beck, A., & Steer, R. (1988). *Beck Hopelessness Scale. Manual*. New York: The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Campos, R. M. (2009). *Construcción de un Instrumento para la Detección de Factores de Riesgo Suicida en Adolescentes Costarricenses*. (Trabajo de Graduación), Universidad de Costa Rica.
- Colimón, N., Téllez-Vargas, J., & Cisneros, C. (2006). Neurobiología del suicidio. In J. Téllez-Vargas & J. Forero (Eds.), *Neurobiología, factores de riesgo y prevención*. Bogotá, Colombia: Nuevo milenio.
- Dois, A., & Cazenave, A. (2009). Pesquisa de depresión mayor en hipertensos consultantes de la Atención Primaria. *Revista médica de Chile*, *137*(4), 475-480.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, *12*:397-408.
- Freeman, A., & Reinecke, M. A. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brower S.A.
- Fresno, A., Spencer, R., & Retamal, T. (2012). Maltrato infantil y representaciones de apego: defensas, memoria y estrategias, una revisión. *Universitas Psychologica*, *11*(3), 829-838.
- García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J. F., & Pérez-Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, *8*(2), 447-454.
- Gómez-Dantés, H., Castro, M. V., Franco-Marina, F., Bedregal, P., Rodríguez-García, J., Espinoza, A. (2011). La carga de la enfermedad en países de América Latina. *Salud Publica Mex*, *53*(Supl 2), S72-S77.
- Gómez, A. (1992). Dimensiones de la conducta suicida. *Revista Creces*, 1-5.
- Gómez, A. (2011a). *Modelo cognitivo de la suicidalidad*. Material docente. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
- Gómez, A. (2011b). *Suicidalidad: detección y Tratamiento*. Material docente. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
- Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: Enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *23*(5), 607-615.
- González-Hernández, J., Aguilera, L., Oporto, S., Araneda, L., Vásquez, M., & von Bernhardt, R. (2009). Normalización del "Mini-Mental State Examination" según edad y educación, para la población de Santiago de Chile. *Revista Memoriza.com*, *3*, 23-34.
- Grinnell, R. M., Williams, M. y Unrau, Y. A. (2009), *Researchmet hods for BSW students* (8a Ed.). Kalamazoo, MI , EE. UU.: Pair Bond Publications
- Guidano, V. (1987). *Complexity of the self*. New York: Guilford Press.
- Guidano, V. (1994). *El sí mismo en Proceso. Hacia una terapia cognitiva posracionalista* (1ª ed.). España: Ediciones Paidós Ibérica S.A.

- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *170*, 205-228.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ª ed.). México: Editorial McGraw-Hill.
- Hunter, E. C., & O'Connor, R. C. (2003). Hopelessness and future thinking in parasuicide: The role of perfectionism. *British Journal of Clinical Psychology*, *42*(4), 355-365.
- Jinkis, J. (1986). Interpretación psicoanalítica del suicidio. Retrieved el 27 de mayo, 2013, from <http://www.vivilibros.com/excesos/03-a-02.htm>
- Kelly, G. (1969). *Psicología de los constructos personales*. Buenos Aires: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Kramp, U. (2012). Perfil de afrontamiento y resolución de problemas sociales en personas ansiosas y depresivas. *Psicothema*, *24*(4), 529-535.
- Lobo, A., Esquerra, J., Gomez Burgada, F., Sala, J.M., & Seva, A. (1979): El Mini-Exámen Cognoscitivo: un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, *3*: 189-202.
- Ministerio de Salud (2006). *Guía Clínica. Tratamiento de Personas con Depresión*. Santiago de Chile: MINSAL.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Evaluación y Tratamiento*. Galicia: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Montreal, N. (2012). OMS: tasa de suicidio global aumentó más de 60% en 45 años. *Noticias Montreal*. Retrieved 17 de junio, 2012, from <http://noticiasmontreal.com/61220/oms-tasa-de-suicidio-global-aumento-mas-de-60-en-45-anos/>
- Morón, P. (1992). *El suicidio*. México: Publicaciones Cruz O., S.A.
- World Health Organization (2012). Suicide prevention (SUPRE). Retrieved 17 de junio, 2012, from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud. Mortalidad. Retrieved 17 de junio de, 2012, from <http://www.deis.cl/estadisticas-mortalidad/>
- Ministerio de Salud (1996). La Carga de Enfermedad en Chile. (Burden of Disease in Chile). Retrieved 15 de septiembre, 2012, from <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/carga/Inffin-carga-enf.pdf>
- Ministerio de Salud (2011). Estrategia Nacional de Salud Mental: Un Salto Adelante. Retrieved 15 de diciembre, 2012, from <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/a73ea8bff9392ac4e04001011e011f16.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Trastornos Mentales y Cerebrales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Retrieved 17 de junio, 2012, from http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2012a). mhGAP Mental Health Gap Action Programme. Retrieved 17 de junio, 2012, from http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/index.html
- Organización Mundial de la Salud (2012b). Official WHO health days. Retrieved 17 de junio, 2012, from http://www.who.int/mediacentre/events/official_days/en/
- Organización Mundial de la Salud (2013). Depresión. *Temas de salud*. Retrieved 23 de junio, 2013, from <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Sarmiento, S., Sánchez, S., Vargas, I., & Álvarez, M. (2010). Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales. *Revista MEDISAN*, *14*(8), 1054-1060.

- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Janavs, J., Knapp, E., Weiller, E., Amorim, P., Lepine, J.P., Sheehan, M.F., Baker, R.R., & Sheehan, K.H. (1994). *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Tampa, FL: University of South Florida Institute for Research in Psychiatry.
- Vicuña, V. (2003). *Elementos para el manejo de la Conducta Suicida en la Atención Primaria de Salud*. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental para la Atención Primaria de Salud, (Nº 2). Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. Universidad de Santiago de Chile, Santiago de Chile.
- Yáñez, J. (2004). *Dimensiones Operativas*. [Material para uso docente de circulación restringida]. Escuela de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile, Santiago de Chile.