

## La familia como determinante social del intento de suicidio en adultos jóvenes: una mirada desde la complejidad

Jesus E. Aguilera Medina<sup>1</sup>; María A. García Jimenez<sup>2</sup>; Giovanna S. Cáceda Ñazco<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Doctorando en Ciencias de Enfermería. Maestro en Enfermería. De la Facultad de Enfermería Universidad Autónoma de Nuevo León, México E-mail: sopaen@hotmail.com

<sup>2</sup>Doctora en Enfermería. Presidenta de la Academia Nacional de Enfermería E-mail:ajjimenez@xoc.uam.mx

<sup>3</sup>Doctora en Salud Pública. Docente de la Universidad Nacional de Trujillo E-mail: giova\_2000@hotmail.com

Recibido: 05-11-2015

Aceptado: 25-01-2016

### RESUMEN

La presente Investigación de naturaleza cualitativa, abordaje dialéctico y método teoría fundamentada propuesta por Strauss y Corbin (2002) tuvo como objetivo, describir y analizar a la Familia como determinante social del Intento de Suicidio en Adultos Jóvenes. El abordaje teórico se basó en la concepción de Familia como sistema complejo, teniendo como teoristas principales a Friedemann (1995) Morín (2012) y Maturana (2010) y la definición sistémica y compleja de Familia de Bustamante (2004). El estudio se realizó en el Hospital de Psiquiatría # 22 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Monterrey Nuevo León- México, tuvo como unidades de análisis a pacientes con intento de suicidio entre 18 y 40 años. La recolección de datos se hizo a través de la entrevista en profundidad y la muestra de estudio fue constituida por 13 pacientes, determinada por saturación de información. A partir del análisis de discurso según Orlandi (2012) permitió organizar los resultados en tres categorías: 1) **Lo Complejo de mi Familia**, 2) **La recursividad en el paciente suicida hospitalizado**, y 3) **La Espiralidad en el cuidado de Enfermería**: Se evidencia la necesidad de entender y abordar a la familia como sistema vivo, social y complejo, en permanente relación dialógica y recursiva de sentires y vivires y en relación íntima con su entorno próximo, con deseable capacidad para adoptar factores protectores e identificar, afrontar y eliminar los de riesgo. La presente investigación proporciona una guía para replantear el cuidar / cuidado trascendiendo la linealidad del hacer, que implique un cierto grado de desorden e incertidumbre en dos perspectivas: 1) En promoción de la salud familiar enfocado a la necesidad de un proceso de aprendizaje- enseñanza Enfermer(o) a-Familia que priorice el amor 2) El cotidiano de enfermería con pacientes con intento de suicidio debe caracterizarse por un cuidado dialógico, humanizado, creativo, de escucha paciente y de auto-organización continua y permanente.

**Palabras clave:** Familia, Complejidad, Determinante Social y Suicidio.

### ABSTRACT

This qualitative research, dialectical approach and grounded theory method proposed by Strauss and Corbin (2002) aimed to describe and analyze family as a social factor of Attempted Suicide in Young Adult. The theoretical approach is based on the concept of family as a complex system, with the main theorists being: Friedemann (1995) and his theory of systems, Morin (2009) and Maturana (2010), and Bustamante (2004) to address the complexity and systemic definition of family. The study was conducted at the Psychiatric Hospital No. 22 of the Mexican Social Security Institute (IMSS) in the city of Monterrey Nuevo Leon Mexico; it had as subjects of analysis patients between 18 and 40 years of age. Data collected was determined from information saturation obtained from depth interviews of the study sample that consisted of 13 patients. From the analysis of discourse, according to Orlandi (2012), allowed me to organize the results into three categories: 1) The complexity of my family, 2) Recursion suicidal patient in the hospital 3) the spirality nursing care. The need to understand and address family as a living, social and complex system is evidenced; allowing the patient to adopt a permanent dialogical and recursive relationship with their intimate surroundings, and wishing to adopt protective factors and eliminate risky ones. This research also provides a significant guide to rethink

the care/caring transcending the linearity of doing which involves a certain degree of disorder and uncertainty in two perspectives: 1) promoting healthy families, essentially focused on the need for an interactive and intercultural learning process of nurse and family, that prioritizes love, communication and unity between its members and 2) the daily nursing of patients that attempted suicide, should be primarily characterized by dialogic, humanized and creative care, emphatic listening and continuous and permanent organization.

**Keywords:** Family, Complexity, Social determinant and Suicide.

## I. INTRODUCCIÓN

El ser humano es una persona que comprende, valora y desarrolla su cuerpo, al que encuentra bello y útil; una persona auténtica, alguien que está dispuesto a arriesgarse, ser creativo, demostrar su competencia, cambiar cuando la situación así lo exija y encontrar la forma de adaptarse a lo que es nuevo y diferente. Cuando se examina este conjunto, se tiene un ser físicamente saludable, mentalmente despierto, sensible y productivo, alguien que se basta a sí mismo, que pueda amar profundamente y luchar tenazmente para lograr sus objetivos, un ser humano realizado creado y formado dentro de un sistema familiar también ideal (Satir, 2002).

Familia, es el nombre de una institución tan antigua como la misma especie humana, es una entidad paradójica y evasiva, asume muchas apariencias y diferencias. Es la misma en todas partes y sin embargo nunca es la misma. A través del tiempo ha permanecido igual pero nunca está igual. En el escenario actual la familia está cambiando su ritmo, con una velocidad notablemente acelerada, no hay nada fijo o inmutable en ella excepto; que siempre está con nosotros (Ackerman, 1995).

Es en la cuna de la familia donde se asimilan las tres máximas lecciones que deben dominar una vida lograda: “el aprender a trabajar sin cansarse (en el sentido de no abandonar la lucha), aprender a sufrir sin romperse uno interiormente (aunque el dolor nos doble), a aprender a amar sin rajarse (sin traicionar ni abandonar al amado ante su debilidad e imperfección)” (Alarcón, 2015, p.72).

Una familia unida, solidaria y amada no aparece de la nada, se forma, se educa, se debe cultivar y para estar con el otro y para el otro en los momentos buenos y malos se debe aprender desde el cotidiano. Para acompañar al otro en sus proyectos, sus miedos y sus fracasos la familia debe estar cerca, debe estar “presente” convivir para escuchar, convivir para comprender y así poder amar y entregar (Alarcón, 2015).

Para Friedemann (1995), La familia es una unidad con estructura y una organización que interactúa con su ambiente. También, como un sistema con subsistemas interpersonales de díadas, tríadas y unidades mayores, definidas por los vínculos emocionales y las responsabilidades comunes; la familia ésta conformada por personas y cada una de ellas establecen relaciones diferentes con cada uno de los otros miembros, con la familia como conjunto y con los sistemas de contacto del ambiente. La familia decide quién pertenece al sistema; sus miembros no necesitan tener una línea de consanguinidad o vivir bajo el mismo techo; está conformada por todas las personas que el individuo considera su familia, las cuales cumplen funciones dentro de ella y se encuentran emocionalmente vinculados; con ellos establece una preocupación, una relación o disgusto. El propósito de la familia como sistema familiar es transmitir cultura familiar, que es la suma de todos los procesos familiares en un determinado tiempo, esto es, perdurar y ajustarse a los cambios y mantener la congruencia con el ambiente.

Para Maturana (1997), La familia es un movimiento social que esta en permanente organización-reorganización y que permite ver el surgimiento de nuevos arreglos familiares, junto a los estigmas sobre las formas familiares diferenciadas.

La forma característica en que los padres muestran su amor entre ellos y hacia los hijos es de la mayor significación para determinar el clima emocional de la familia. El conflicto provoca tensión hostil que al no disminuir amenaza con la desorganización familiar. Cuando los padres se aman, el hijo los ama a los dos; cuando los padres se odian el niño está influenciado a ponerse del lado de uno y en contra del otro (Ackerman, 1995).

Para Bustamante (2004), la Familia es un organismo vivo complejo, cuya trayectoria de vida es un transcurrir de diversidades, adversidades, semejanzas, diferencias, individualidades, singularidades y complementariedades que lucha por su preservación y desarrollo en un tiempo espacio y territorio dado y al cual se siente perteneciente, interconectada y enraizada biológica, solidaria, amorosa, cultural, política y socialmente.

La estabilidad de la familia y de sus miembros depende de un patrón sutil de equilibrio e intercambio emocional. Cada miembro influye en la conducta de todos los otros. La enfermedad emocional puede integrar o desintegrar la relación familiar. Una crisis en la vida de la familia puede tener efectos profundos y de gran alcance en la salud mental de la familia y de sus miembros individuales. (Ackerman, 1995). La comunicación cada vez más rápida, amplia e impresionante en todos los medios ha lacerado de modo importante la comunicación familiar; vivimos en un momento de contradicción en el cual nunca estamos solos, pues aparatos, redes sociales, chats, tuits y sistemas nos acompañan constantemente, mientras estamos cada vez más aislados y en realidad más solos provocando en las familias tensión y desgaste que los consume perdiendo la unión familiar (Alarcón, 2015).

La familia, con una mirada desde la complejidad, es para el individuo un valor de alto significado y compromiso personal y social, fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud. La vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o alteraciones emocionales como el intento de suicidio (Louro, 2003).

Entre los patrones de interacción familiar, el estilo de relación parental es lo que determina el clima familiar, un ambiente familiar frustrante representa un punto débil que expone a uno de sus miembros al riesgo de buscar soluciones equivocadas. El intento de suicidio se convierte en un medio de comunicación de sentimientos, demandas o súplicas que el joven no sabe o no puede expresar de otra manera, pues carece de una estrategia de afrontamiento más adecuada (Eguiluz, Córdova, Rosales 2010).

En el 2012 se registraron en el mundo 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según la edad de 11.4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres). Cada año por cada suicidio cometido hay muchos más intentos de suicidio, es decir el número de estos puede ser hasta 20 veces más que el número de muertes por esta causa. A nivel mundial el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años entre los factores de riesgo asociados con el sistema de salud destacan las dificultades para obtener acceso a la salud, el estigma de la enfermedad mental, los factores de riesgo vinculados a la comunidad se encuentran las guerras, los desastres, la discriminación, la violencia y las relaciones conflictivas que se presentan en la Familia y entre los factores de riesgo a nivel individual se encuentran pérdidas financieras, dolores crónicos y consumo nocivo de alcohol entre otros. (Organización Mundial de la Salud, 2015).

En México ocurrieron 3324 suicidios en el 2004 esta cifra representó un incremento de 3.2 puntos porcentuales con respecto a lo registrado en el 1995; Del total de suicidios registrados las entidades federativas con mayor incidencia fueron Veracruz (9.7%), Jalisco (9.5%), Chihuahua (5.8%), Distrito Federal (5.7%), Guanajuato (4.9%) y Nuevo León (4.7%). Entre las causas conocidas para llevar a cabo el acto suicida sobresalieron el disgusto familiar y la causa amorosa. (Instituto Nacional de Geografía y Estadística INEGI, 2005)

En relación a los Intentos de Suicidio en México en el 2004 se registraron 193 siendo la mayor concentración con un (81.3%) en las siguientes entidades federativas Durango (22.3%), Yucatán (18.1%), Nuevo León (16.6%), Sonora (9.8%), Distrito Federal (9.3%) y Chihuahua (5.2%) también destacando las causas de disgusto familiar y causa amorosa. (INEGI, 2005)

El intento de suicidio se ha asociado a enfermedades médicas y mentales, a disfunción y problemas de comunicación familiar, divorcio, separación o muerte de padres o cuidadores. (Agerbo, Nordentoft, Mortensen 2002). En cuanto a situaciones familiares que pueden haber influido en el riesgo suicida los padres nombraron hechos como: pérdida o ausencia de algún miembro de la

familia, disfuncionalidad familiar, baja estabilidad matrimonial de los padres y agresión intrafamiliar (Taylor et al. 2012).

Monge et al (2007) realizaron un estudio sobre los intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia, encontraron que los estudiantes perciben su hogar de manera negativa (hostil, autoritario, rígido o violento) tienen 4.09 veces mayor riesgo de intentar suicidarse. Los sentimientos de incompreensión fueron reportados por (76.4%) de los casos de intento de suicidio. Percibir sentimientos de rechazo por parte de los padres indica un riesgo 3.59 veces mayor para que los jóvenes intenten suicidarse. Por otra parte Marrero Y., Alvarez N., Farray M. (2009) en un estudio sobre la familia y el comportamiento suicida encontraron que los problemas familiares son los responsables de gran parte de los intentos de suicidio con un 47% seguidos por los problemas matrimoniales con un 29%.

Hernández y Flores (2011) señalan las siguientes causas desde los años 50 hasta la fecha en México de la conducta suicida: Transformación del país de mayoritariamente rural a mayoritariamente urbano, aumento de la esperanza de vida y, por tanto, incremento en el número de ancianos, disminución de la fecundidad y del tamaño de las familias sobre todo a nivel urbano, envejecimiento demográfico y aumento de la gente que vive sola sobre todo a nivel urbano, aumento de la migración, aumento del divorcio, aumento de la edad a la primera unión, aumento de la participación económica y política y del nivel de escolaridad de la población en general y de las mujeres en particular, al mismo tiempo, acceso restringido a la educación (que además no es de calidad) y a la participación económica por parte de la población, disminución del ingreso real y aumento de la desigualdad, constantes crisis económicas y bajas tasas de crecimiento per cápita. Todos los aspectos anteriores (y, seguramente, muchos más) implican la pérdida o disminución de las redes familiares que, muchas veces, sirven de sustento emocional ante situaciones de pérdida, soledad, tristeza y crisis económica.

Es en el sistema de salud, del cual el investigador forma parte, que se da inicio a esta experiencia investigadora al afrontar en el cotidiano situaciones de atención y cuidado a pacientes suicidas en su mayoría adultos jóvenes y a sus desesperadas familias con características y reacciones diversas que sembraron interrogantes sobre las posibles cualidades familiares que determinan la actitud suicida en estos pacientes o los protegen de ella. Esta incertidumbre, lleva al investigador a la lectura de alguna lógica en esta relación: Familia -intento suicida, asumiendo, que la familia y las condiciones sociales en que vive una persona influyen sobremanera en sus posibilidades de estar sana o de estar enferma. Describir como la familia determina o protege a la persona para no repetir el intento de suicidio en un Hospital Regional de Psiquiatría de México es uno de los objetivos de este proyecto.

De acuerdo a la experiencia profesional del investigador principal se observa que los pacientes refieren el intento suicida a la acumulación de acontecimientos, sentimientos y en ocasiones lo atribuyen a un evento crítico y señalan que el tener apoyo familiar les ayudaría a enfrentar de manera más efectiva su intento de suicidio.

La realidad problemática y los antecedentes sobre el tema, motivó la realización de la presente investigación por lo que se plantea la siguiente pregunta norteadora:

**¿Es la complejidad familiar un determinante social del intento de suicidio en adultos jóvenes del Hospital Regional de Psiquiatría No. 22?**

Para dar respuesta a la interrogante de estudio se plantean los objetivos siguientes:

-Describir y Analizar la complejidad familiar como determinante del intento de suicidio desde la perspectiva del adulto joven.

-Proponer Lineamientos de Cuidado y de Promoción de la Salud Familiar de pacientes con intento de suicidio, con un enfoque de complejidad.

## II. MATERIAL Y MÉTODOS

### 2.1 Objeto de estudio

La familia como determinante social del intento de suicidio desde la complejidad

### 2.2 Medios

**Se utilizó una entrevista en profundidad donde se obtuvieron algunos datos sociodemográficos y las respuestas relacionadas al objeto de estudio.**

### 2.3 Métodos y técnicas

#### Tipo de estudio y método

La presente investigación es un estudio cualitativo a través de un proceso activo, sistemático y riguroso que permitirá comprender y profundizar a los procesos como el intento de suicidio del joven explorando desde la perspectiva del miembro de la familia que ha cometido el intento de suicidio (Hernández, Fernández Baptista 2010).

Se utilizó la teoría fundamentada que consiste en una estrategia metodología que para desarrollar teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones, se basa en el análisis de los datos que son sistemáticamente recogidos y analizados. Se parte directamente de los datos y no de supuestos a priori de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes. La característica central de esta estrategia investigativa es el método general de análisis comparativo constante entre los datos y la teoría que va emergiendo. (Corbin y Strauss, 2002).

Durante la fase inicial de la codificación abierta, la información de la entrevista fue fragmentada, codificada y conceptualizada línea por línea. Luego se organizaron los conceptos surgiendo tres categorías relacionadas con el objeto de estudio.

#### Escenario y sujetos de estudio

El escenario lo constituyó el Hospital Regional de Psiquiatría # 22 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Los participantes del estudio fueron 13 pacientes de entre 18 a 40 años que se encontraban internados a quienes se les proporcionó el propósito y objetivo de la investigación para obtener las respectivas autorizaciones. La identificación de los participantes se realizó a través de un muestreo intencional; a los participantes se les asignó un nombre hipotético para respetar los criterios éticos.

#### Técnica de recolección y manejo de datos.

La información fue recolectada por el investigador, previa coordinación con las Autoridades del Hospital y Jefes de Piso y cita programada para la entrevista con los participantes. A través de la técnica de entrevista en profundidad hasta la saturación de los datos. Las entrevistas se grabaron en cintas magnéticas previo consentimiento informado de los participantes. Posteriormente fueron transcritas y digitadas. Se consideró un archivo individual de cada entrevistado; en todo momento se tuvo en cuenta el anonimato a través de la codificación de cada uno de los participantes.

#### Consideraciones éticas y rigor científico

La investigación cualitativa se basó en los criterios de rigor de **confirmabilidad** donde se le explicó al paciente el objetivo de la investigación, alcances y limitaciones del estudio de **relevancia** ya que existió una correspondencia entre los objetivos planteados y los resultados encontrados además que se establece una nueva propuesta acerca del fenómeno estudiado (Noreña et al. 2012) y lo que dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de la Función Pública, 1987) en sus artículos:

Artículo 14 y 16, fracción V, VII y VIII, se contó con el consentimiento informado y por escrito de los participantes del estudio y de tener la autorización de las autoridades correspondientes, se protegió la privacidad y los datos se manejaron en forma confidencial.

Artículo 20, 21, fracción I y VII se contó con el consentimiento informado firmado por el participante y se le aclara que podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee, además se le explicó el objetivo del estudio en forma clara.

### III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Después de la codificación y clasificación de los resultados obtenidos de las entrevistas a profundidad se definieron 3 categorías con los significados que más se aproximan y caracterizan a la Familia como determinante social del intento de suicidio en adultos jóvenes. Desde la perspectiva de los participantes las categorías encontradas fueron 1) Lo Complejo de mi Familia 2) La recursividad en el paciente Suicida Hospitalizado 3) La Espiralidad en el Cuidado de Enfermería.

#### 1) LO COMPLEJO DE MI FAMILIA

El mundo familiar se muestra como una vibrante variedad de formas de organización, con creencias, valores y prácticas desarrolladas para buscar soluciones. Es muy conocida la afirmación que en la familia ocurre más del 70% del cuidado de la salud de las personas, lo que ha tenido a la familia como un agente efectivo de cuidado; sin embargo en la familia se presentan múltiples cambios que generan tensiones en el diario vivir mostrando a la familia como un sistema complejo donde se presentan atributos de amor vs desamor, presencias vs ausencias, confianza vs desconfianza, provocando que sea un sistema único e irremplazable que necesita de una integración total de los miembros de la familia para seguir adelante. Así lo muestran los siguientes discursos

*“(...) Mi mamá nomas lloraba diciendo porque, yo le decía ya no quiero estar escuchando problemas, ni a ustedes peleando yo quería una familia normal” (Pedro).*

*“(...) Me llevaron al cuarto ahí me tenían acostada mi tía, mi mamá, mi hermano llorando, mi papa subió y en vez de agarrarme y estar conmigo se molestó, se quedó sentado no hizo nada” (Mariana).*

*“(...) Vino mi papá a verme, más calmado y no me soltaba de la mano y me dijo que me quería y me sentí rara, porque le dije si me viste así el jueves como estaba y no me abrazaste y ahora me dices eso no se que va a pasar” (Mariana).*

Para Maturana (2010), en el proceso que da origen al lenguaje y al conversar como parte definitoria de lo humano hay una emoción básica que tiene que estar presente que es el amor. El amor es la emoción que funda el fenómeno social. Cada que vez que uno destruye el amor, desaparece la convivencia social.

Morín (2012), señala que la complejidad del amor produce la simplicidad del amor y que la autenticidad del amor consiste apenas en proyectar nuestra verdad sobre el otro, sino que ese otro también proyecte la suya sobre nosotros.

Las personas necesitan del amor para poder vivir con armonía, enfrentando las tensiones de la vida diaria, necesitan una familia que los ame y los acepte como son, que los respete y sobre todo que los cuide, que los guíe por un camino de libertad y de respeto a las personas, sin embargo hay familias donde se vive un ambiente de tensión, de peleas, de agresiones, de falta de aceptación y de apoyo a las miembros familiares, provocando situaciones de desamor, de tristeza, de desánimo y hasta deseos de no vivir.

Así mismo, en la dinámica familiar existen situaciones en las que los padres refieren amar a sus hijos pero en su conducta o actitud no la demuestran por patrones aprendidos en la cultura patriarcal que interfieren en una comunicación asertiva como lo demuestran los siguientes diálogos.

*“(...) Poco a Poco, me fui sintiendo muy sola no podía salir y para mí eso era muy importante y mi esposo no lo veía así, él me decía para que quieres más gente, tienes a tu hijo me tienes a mí y le dije yo los amo y los quiero con todo mi corazón pero hay veces que estoy harta de verlos. (Patricia).*

*“(...) Me entiende más mi papá, él es quien me dá consejos y mi mamá solo se la pasa insultándome o de plano me deja de hablar unos días y eso me duele” (Olga).*

Para Alarcón (2015), el amor es lo que da fuerza al corazón para seguir latiendo, a toda existencia para que siga viviendo, a toda vida para que se tope con la verdadera felicidad. Amar es un lujo y a la vez una necesidad. Amar es necesario, es precioso, es crucial.

Morín (2012), afirma que el problema de la hipercomplejidad antropológica no es el de crear/producir fraternidad, que viene ya de abajo, de la biología o de la socio biología y se manifiesta

ambivalente, fraternal y rivalitaria al mismo tiempo. El problema fundamental es el de conseguir una “fraternización activa, renaciente, abierta” que no solo luche por impedir que los inevitables procesos rivalitarios se transformen en dominación/explotación/sojuzgamiento, sino también para sustituir los dispositivos “inmunológicos” implantados desde la infancia contra el extraño por un sistema de percepción que incluya al otro en una identidad común. Para que estas dos exigencias de la fraternidad humana puedan cumplirse hace falta el amor. Estas dos exigencias necesitan ser regeneradas sin cesar por una fuente de amor.

Para vivir en la biología del amor tenemos que recuperar la vida matristica de la infancia y para ello tenemos que atrevernos a ser nosotros mismos, atrevernos a dejar de aparentar, atrevernos a ser responsables de nuestro vivir y no pedirle al otro que de sentido a nuestro existir (Maturana, 2010).

Otro atributo importante en la complejidad familiar, es la presencia vs ausencia de la familia ya que la forma característica en que los padres muestran su amor entre ellos y hacia los hijos es el de la mayor significación para determinar el clima emocional de la familia. La individualidad del niño se va moldeando etapa por etapa a partir de la unidad primaria madre-hijo después madre-padre-hijo. Desde esta unidad primaria emerge la diferencia y la tarea de la familia es fomentar el desarrollo de la identidad del niño. Sin embargo si en la familia no se fomenta esta unión donde el padre está ausente o alejado o existen conflictos maritales o conflictos entre padres e hijos pueden existir peligros que atentan contra la salud de la familia como lo vemos en los siguientes discursos.

*“(...) Todo se me complicó y sentí que ya no podía y es por lo que me orilló a cometer la tontería de suicidarme y por más de que le pedí apoyo a él, me lo negó y hasta ahorita nunca me ha dado la cara” (Blanca).*

*“(...) Vino el diagnóstico de autismo de mi hijo y todo eso lo enfrente sola y mi familia todo el apoyo era échale ganas por teléfono y entonces empecé a sentir cierto resentimiento hacia mi familia que no estuviera ahí para el momento más difícil de mi vida” (Patricia).*

*“(...) Él siempre fue muy duro con nosotras y el día que yo le dije que ya no quería estar con esa persona me dijo mi papá que no usted se quería casar váyase con su marido y me cerró la puerta de la casa. (Blanca).*

Para Alarcón (2015), una frase de apoyo es lo que necesita una persona cuando se siente mal ya que le permite templar ideas, juicios, le ayuda a refrenar pasiones y corajes es cuando más necesita de los suyos.

Lo que nos hace seres humanos es nuestra manera particular de vivir juntos como seres sociales en el lenguaje; sin la adhesividad biológica, sin el placer de compañía, sin amor no hay socialización humana y toda sociedad en que se pierda el amor se desintegra (Maturana, 2010).

El vivir es solitario y solidario. El ser viviente emerge a la soledad al acceder al egocentrismo. Pero la vida solitaria no puede no ser solidaria. Al vivir cada uno nuestra vida, nos inscribimos en una cadena de vidas las cuales a su vez nos hacen vivir nuestra vida. Participamos de miradas de otras vidas que nos nutren y a las que nutrimos. Cada vida autónoma es poseída en el interior y desde el exterior por otras vidas. Nadie nace solo. Nadie está solo en el mundo y sin embargo cada uno está solo en el Mundo (Morín, 2012).

Resulta trascendental y fundamental, la presencia de ambos padres donde se den espacios de comunicación, afectividad, apoyo, compañía, respeto, fomentando una armonía familiar surgiendo individuos capaces de manejar situaciones de crisis y estrés en el cotidiano para ser felices en la sociedad.

Dentro de la complejidad familiar otro atributo importante para el logro de una familia saludable es la confianza la cual al existir en la dinámica familiar ayuda a enfrentar los cambios que se presentan durante todas las etapas del desarrollo; Sin embargo si no se presenta la confianza entre los miembros de la familia puede originar situaciones de tristeza, de alejamiento, de rencor, de indiferencia que dificultan la resolución adecuada y efectiva de los problemas esto se observa en los siguientes discursos:

*“No le tengo confianza, me siento incomoda, porque como él nunca estuvo conmigo, no me siento cómoda al decirle algo, ni con mi mamá a ella tampoco le digo” (Mariana).*

*“No se, no es que no dé me confianza, sino porque, no me gusta darle problemas a mi mamá más que nada yo siempre he sido una persona muy aislada de mi familia” (Rosa)*

Para Maturana (2010), la condición fundamental de la existencia es la confianza. Cuando nace un bebe, éste confía plenamente en que tendrá una madre y un padre que se preocuparán por su bienestar. La dinámica sistémica de un ser humano, si es permanentemente negada se modificará de una manera que destruirá la armonía original y expondrá al cuerpo a exigencias destructivas y a un estrés que llevará a una mayor falta de armonía. Lo que resulta es una propensión creciente a contraer infecciones o dolencias somáticas o psíquicas.

La confianza genera un ambiente de cordialidad y armonía familiar fomentando una motivación de la vida y un deseo de superación y de hacer bien las cosas.

## 2) RECURSIVIDAD EN EL PACIENTE SUICIDA HOSPITALIZADO

Morín (2012), señala que la vida es un hormiguelo de heterogeneidades, desmesuras, dispersiones, desordenes, antagonismos, egoísmos, errores, cegueras en donde todo debería naturalmente descomponerse, disociarse, desintegrarse, dispersarse y efectivamente todo se descompone, se disocia, se desintegra se dispersa naturalmente en y por la muerte. Pero también no menos naturalmente todo se recompone, se reasocia, se reintegra, se reúne, se solidariza en los bucles, ciclos, auto-eco-organizadores. Y lo heterogéneo contribuye a la unidad, la desmesura contribuye a la regulación, las lógicas incompatibles forman una dialogica inseparable, las ontologías sin medida común hacen emerger al ser viviente, lo dispersivo vehicula la diseminación, el antagonismo coopera con la complementariedad, el egoísmo con la solidaridad, el desorden con el orden, el todo se nutre del todo y la vida recomienza.

A lo largo de las entrevistas puede evidenciarse sentimientos: de paz y desasosiego, de esperanza e incertidumbre, sentimientos que recuerdan a los vividos al intento de suicidio:

*“(...) Llevo ocho días aquí y el personal me ha tratado bien en lo que cabe bien, porque pues no me han hecho mucho caso en lo que es, o sea en lo que es me entiende yo creo que no me quieren o yo no sé... (Petra)*

*“(...) En estos cuatro días he aprendido muchísimo, pero aquí estamos en una burbuja, aquí todo el mundo nos cuida, nos protege, aquí no tenemos que preocuparnos-entre comillas- por nada, nos dan de comer, nos dan el medicamento, no estas al pendiente mas que de dormir, comer y bañarte y la actividad que te pongan en el día, pero yo no sé, la doctora me dijo que me voy” (Lizeth)*

Enfermería como profesión de naturaleza social, intenta que , bajo una óptica humanista, se ayude a la persona solicitante del cuidado a reforzar potencialidades y/o minimizar desequilibrios en su estado de salud, reconoce al ser humano como un ser complejo, misterioso, estructurado por diversas dimensiones que van de lo orgánico a lo espiritual, de lo tangible a lo intangible; con inclusión del aspecto social e histórico, que lo define como un ser de interrelaciones permanentes consigo mismo y el mundo.

Bajo esta perspectiva, en enfermería, se procura reconocer que la persona cuidada es una entidad única, poseedora de atributos: conciencia, intelecto, dignidad, emociones, sentimientos y saberes, por lo tanto, el cuidado en enfermería asume una dimensión humanista y comprensiva del ser, cuya subjetividad está estructurada por sus vivencias y significados, sentimientos, emociones, intuiciones, razonamientos.

Las siguientes expresiones evidencian la incertidumbre sentida al tener que afrontar nuevamente la vida:

*“(... ) El hecho es de que te prepares el tiempo que estés aquí, tienen que buscar algo para defenderse allá afuera, aquí estamos en una área de confort, hasta cierto punto consentidos o consentidas, no nos hace falta nada, pero allá afuera está la realidad, estar aquí es una fantasía.(Monica)*

*“(...) Tenemos que ponernos a pensar en serio, no es preocuparme y tensionarme, es ponerte a pensar en tu problema y solución al problema, lo que vas a hacer cuando estés afuera...porque tú vas a salir muy feliz; pero a la primera que se te presente un problema vas a estar con las crisis y vienes de vuelta y de que te sirvió el tiempo que estuviste aquí” (Guadalupe)*



Heidegger (2009), enfatiza el cuidado como una condición existencial – un modo de ser en el mundo. El cuidar es fuente del propio Ser, de modo que la esencia del hombre es ser cuidador de sí. El sentido del cuidar inserta la manifestación del Ser como un modo de cuidar propio del existir, pues dando apertura para que el otro se transforme es que el hombre puede transformar el propio ser en búsqueda de su esencia.

El Ser enfermero se devela en las vivencias del cuidar, que acreditamos se manifiesta en el *cuidar de* y *cuidar con*. La primera manera es entendida por nosotros como cuidar de, frecuentemente desarrollada cuando el enfermero tiene como referencial el modelo biomédico, y que significa hacer por la persona aquello para lo que ella está capacitada hacer, lo que puede involucrar manipulación aunque de forma sutil. Esa actitud denota un *cuidar de* como un *no ser* enfermero junto a la persona que se encuentra enferma. En la otra manera vemos cómo *cuidar con*, significa posibilitar a la persona asumir sus propios caminos, crecer, madurar, encontrarse consigo mismo. Tal actitud implica un *ser auténtico* como enfermero, que se devela en el *cuidar con*. Por medio de estas vivencias el ser enfermero junto con el *Ser persona* que se encuentra enfermo, pueden trascender los desafíos de *ser con los otros en el mundo*.

Al comprender la complejidad del cuidar/cuidado de enfermería en las diferentes situaciones nos damos cuenta que a menudo, nuestro cuidado puede parecer insuficiente, no se encuentran respuestas lineales y predecibles para cada situación. La persona cuidada es reconocida como un individuo particular, único que vive el cuidado y crece en el cuidado, en el proceso de búsqueda a fin de llegar a ser una totalidad.

(Cutcliffe, 2011)

Dado que la enfermería involucra “personas que cuidan personas”, resalta la importancia de la intersubjetividad en las relaciones humanas:

*“(...) Me he sentido bien, he empezado a interactuar con otras enfermas, y con las enfermeras todo el apoyo, todas han sido muy amables” (Patricia)*

*“(...) El primer día que llegue aquí me sentía desesperado no sabía qué hacer, no sabía que iba a pasar aquí al quedarme en este centro, pero con el pasar de los días he hablado con psicólogos, con los enfermeros y me siento listo para poder salir a realizar una nueva vida” (Omar)*

*“(...) Aquí me he sentido muy bien, mucho más tranquila, más relajada, con mis pensamientos ahora sí, ya en orden (Guadalupe)*

Dentro de una visión integrativa interactiva o de interacción recíproca la persona cuidada, es considerada un ser holístico, interactuante, integrado, organizado, que no es reducible a partes discretas, estas partes sólo tienen significado dentro del contexto de la persona total (Fawcett, 2005).

Para Swanson (1993), la persona cuidada cumple con las características antes señaladas y sumada a ellas precisa que es un ser espiritual, único, con capacidad para pensar, saber, decidir y seleccionar, es considerado un sistema abierto en transacción con el entorno (no separa el individuo del entorno interno y externo), con capacidad para el lenguaje que posee necesidades, deseos y metas distintas de acuerdo al momento que está viviendo, la persona cuidada es espontáneamente activa:

*“(...) Me voy yo de aquí con esa experiencia, no tengan miedo de buscar ayuda, es para su bien no importa lo demás, el que dirán, gente que habla sin saber, porque una persona que ve a otra por una enfermedad, le falta mucha calidad como ser humano, lo que vale la pena es que uno busque la ayuda y salga de ese bache” (Monica)*

*“(...) Poco a poco he ido aprendiendo a platicar a desahogarme a que hay personas que te ayudan, sin ningún interés porque saben que es difícil y que solamente nos quieren ayudar” (Georgina).*

En efecto, el objetivo de los cuidados va más allá de la enfermedad; cuidar es “todo lo que ayuda a vivir y permite existir”, dice Collière (1999) Los cuidados, por tanto, se dirigen a todo lo que estimula la vida. El cuidado conecta al que cuida con el que es cuidado. Su importancia reside en la presencia constante y no en la competencia técnica. Es una clase de relación constituida por una disposición genuina para con el otro, reciprocidad y el compromiso de promover el bienestar del otro. En otras palabras, es un trabajo de amor y con ello manifiesta su dualidad: el amor o interés emocional por la persona que recibe los cuidados.

La existencia nos da el sentido de la vida vivimos para vivir en cada situación en la que el ser humano se ve comprometido enfrentando en la vida diaria eventos planeados y no planeados en la que es difícil decidir cómo afrontarlos y después como regresar a enfrentarlos. Los siguientes discursos dan señal de esto:

*“(...) Lo que sigue saliendo de aquí, pues la verdad no sé qué voy a hacer” (Mariana).*

*“(...) Aquí estamos en una área de confort, aquí estamos consentidas, protegidas no nos hace falta nada pero allá afuera esta la realidad, aquí es una fantasía” (Patricia).*

*“(...) No medi las consecuencias y allá andan mis pobres padres, mis hijas batallando conmigo, sufriendo sin tener necesidad para que lo tengan en su mente lo que ocasiona hacer una locura” (Pablo)*

La personalidad suicida manifiesta una alta fragilidad-vulnerabilidad que lo conduce a un comportamiento violento, autodestructivo, la vulnerabilidad representa un proceso que produce un estado de indefensión, de extrema angustia que lleva a la determinación de la conducta suicida. El miedo por la situación conmocionante del acto suicida y el miedo ante la reiteración, repetición de la intención suicida marcara los acontecimientos familiares, sus relaciones, sus comunicaciones. La vulnerabilidad será acentuada o por el contrario la familia reconstruirá sus redes en una contención emocional que permita superar estas vivencias de muerte (Marchiori, 2015).

La decisión de un individuo de vivir o no vivir genera una situación compleja donde existe una combinación de factores, emociones, situaciones en donde la familia juega una función muy importante y trascendental en la decisión de una persona de quitarse la vida o el deseo de vivirla; cuando la persona recapacita de la decisión que tomo, se da cuenta lo importante que es la vida y empieza a buscar nuevos propósitos de mejorar su camino personal, familiar, laboral. Así lo señalan los siguientes discursos.

*“(...) Gracias a Dios, tengo otra perspectiva o sea ya tengo otra visión hay que ver hacia adelante no dejarnos, me di cuenta aquí en este internado que estaba yo haciendo un mal y tengo por quien vivir por mis hijas, pero todo eso lo vine a pensar aquí en el internado” (Pablo)*

### 3) ESPIRALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERIA

El cuidar/cuidado complejo comporta incertidumbres, inestabilidades e imprevisibilidades. Es importante que los profesionales a través del cuidado complejo, exploren creativamente sus propios futuros, mientras se adaptan y evolucionan dentro de un ambiente al cual son internamente sensibles y adaptables. Es esencial que los enfermeros, independientemente de su formación profesional, no se dejen perturbar y volverse inestable por el referencial de la complejidad, con el fin de romper los paradigmas tradicionales y disolver patrones rígidos de pensamiento o conducta, basada en la linealidad de acciones específicas de cuidar/cuidado.

El contexto de cuidado es caracterizado como un complejo auto-organizativo, que no se reduce a un espacio formal institucionalizado, pero que trasciende el espacio físico y envuelve relaciones, interacciones y asociaciones sistémicas. El contexto de cuidado en Enfermería, se presenta como un espacio dinámico y retro-alimentario.

Tejido por varios fillos en conjunto, el cuidado se mueve continuamente de la parte para el todo y del todo para las partes. En esa relación dialógica y circular, enfermería se distingue por la comprensión y liderazgo del todo (Lorenzini, 2012).

El intento de suicidio en sí mismo, es una actitud de respuesta a la incertidumbre y desesperación, con sentimientos encontrados, como la vida misma. Las personas con intento de suicidio, requieren de la espiralidad del cuidado, necesitan de un cuidado diferente, un cuidado que cuide del todo.

Enfermería cuida del todo. La comprensión del todo, entendida cómo la comunicación socialmente relevante de la enfermera (o), puede también estar relacionada a la capacidad de trascender la linealidad y materialidad del cuidado. Ningún cuidado es exactamente igual a otro, ningún ser cuidado es igual a otro, el cuidado no puede ser lineal, sí, en espiral; de ida y venida, de encuentros y desencuentros.

Esta categoría nos lleva a lo siguiente:

a) Acompañamiento, compromiso y escucha al cuidar

Maturana (2010), afirma que la sabiduría de un terapeuta se manifiesta en su capacidad de escuchar con imparcialidad, en una actitud abierta y de aceptación por lo que para lograr eso el terapeuta tiene que escuchar con tantos oídos como sea posible, evitando que la propia percepción sea enturbiada por juicios precipitados y consciente de las propias emociones que tiñen el acto de escuchar. La única emoción que no limita el propio entendimiento sino que lo amplía es el amor.

*"(...) A veces lo único que requieres es que te escuchen, a veces puedes sentirte súper mal y con el hecho de platicarlo uno se siente confortado y ve la vida con esperanza" (Lizeth).*

Cuidar es inseparable de la comprensión y como comprensión debe ser simétrica: oyendo al otro, oyéndonos a nosotros mismos, cuidando del otro y cuidando de nosotros mismos. El enfermero debe desarrollar habilidades para oír y responder a las expectativas de quien cuida considerando su individualidad. Por otro lado, es necesario considerar que el propio acto de confortar es inherente al proceso de cuidar, tiene valor para quien cuida y para quien es cuidado, debiendo ofrecer a ambos la oportunidad de crecimiento.

*"(...) Es que no es el lugar, es más que nada las personas que me han estado ayudando el Psiquiatra, el psicólogo, las enfermeras con terapias de relajación, con ejercicios, el medicamento y al escucharme todo lo que yo traía dentro" (Guadalupe).*

*"(...) Cuando eres enfermero, cuando te comprometes, cuando amas lo que haces nunca te cansas, podrás agotarte, podrás sentirte un poco cansado, pero nunca te fastidia hacer lo que haces si lo haces comprometido, con amor" (Lizeth)*

Compromiso como característica, emerge de la proposición de que todas las personas deben ser vistas como la razón de cuidado, que ameritan, el compromiso de conocerse así mismo y al otro como persona del cuidado. Entender al otro como persona de cuidado, tiene sus cimientos en valorar y alagar la plenitud humana, la persona que vive y crece con los cuidados, tiene como resultado un compromiso activo con sus congéneres (Boykin, 2001).

Según Swanson (1993), el compromiso de cuidado de la profesión, lleva implícito la preservación de la dignidad humana y acrecentar el bienestar para todos. Es decir que el compromiso es concebido como un sentimiento, que lleva implícito la conexión y la pasión.

El compromiso de cuidado de la enfermera, es evidente, porque se busca la preservación de la dignidad humana y acrecentar el bienestar de sus pacientes

El cuidado de enfermería es un fenómeno complejo, dinámico, interrelacional y sistematizado, significa entender al ser humano en su singularidad y multidimensionalidad, articulando ese cuidado con los demás profesionales comprometidos. El cuidado de enfermería se realiza a través de múltiples relaciones, interacciones y asociaciones sistémicas (Boykin, 2001). Se reconoce, sin embargo, que el cuidar/cuidado de enfermería reduce, a menudo, a una acción puntual, lineal y fragmentada, o sea, a una acción vertical y determinista entre sujeto - objeto.

El enfermero no es un ser acabado y tiene mucho que aprender y desarrollar en varias áreas del conocimiento. Debe ejercitar la humildad, la tolerancia, la paciencia, la solidaridad, la disponibilidad, la reciprocidad, el coraje, la confianza, la responsabilidad, la *acción-reflexión-acción* y la ciudadanía, y así transformar su práctica con conciencia.

En el mundo de la enfermería todos nosotros como profesionales de la enfermería, tenemos mucho que develar acerca del cuidado, y debemos ampliar nuestros conocimientos día a día, para cada vez más aproximarnos al cuidado, cuidando del otro en todas las dimensiones del existir.

b) Sensación de encierro

Enfermería, sigue estando aún regida por el modelo reduccionista cartesiano, pautado por sistemas simples, lineales, predecibles, controlables y constituidos de partes separadas, es decir, divisible y fragmentado en partes. En esta relación, el todo es sólo la suma de las partes. Este modelo de sistema fue y en muchos casos sigue siendo, interpretado por profesionales de enfermería en su intento de encontrar certezas absolutas y previsibles para las diferentes realidades del cuidado. Se admite, sin embargo, que el modelo de pensamiento fragmentado y reduccionista ha sido superado, aún

incipientemente, por marcos sistémicos, no lineales e impredecibles, capaces de provocar el pensamiento humano, con el fin de aumentar la percepción de los fenómenos sociales.

Así, el cuidar/cuidado de enfermería, en la actualidad, sólo puede entenderse a la luz del pensamiento complejo, cuya comprensión requiere mirar las múltiples dimensiones que lo componen. La construcción del cuidar/cuidado de enfermería complejo implica, por lo tanto, considerar la articulación de conocimientos que trascienden la linealidad del hacer y que implican un cierto grado de desorden e incertidumbre. Este proceso, a primera vista contradictorio, es esencial para superar la lógica de la fragmentación, de la previsibilidad y del excesivo orden - recetas listas de cuidar/cuidado - aún muy arraigado en el ser y el hacer de enfermería.

*"(...) Lo que quisiera es irme de aquí, a mí no me gusta el encierro, me siento como un pajarito encerrado me deprime el estar encerrado yo pienso que me aliviaría mejor estando en mi casa"*  
(Omar).

*"(...) Tomé esa decisión pero desgraciadamente, no logre lo que quería y volví otra vez aquí, es horrible estar encerrada entre 4 paredes"* (Guadalupe)

*"(...) Como paciente yo no digo nada del trato, todo esta muy bien pero siento que falta un poquito más de apoyo, un poquito más de atención, porque la calidad la hay en el personal, pero hay que dar un plus extra, un poquito más de enfoque para hacer que las cosas vayan funcionando mejor y a lo mejor un paciente que aquí está un mes, sale en quince días."* (Lizeth)

Estas expresiones llevan a la insuperable pregunta: ¿Qué es lo que está faltando en este cuidar/cuidado, cuál es ese "plus extra" que no hay y que hace que" el ser cuidado "sienta el encierro en el cuidar?

Pensar el cuidar/cuidado de enfermería a la luz del referencial de la complejidad, se remonta a una tradición histórico-hegemónica, marcada por las relaciones verticalizadas y predecibles integradas y en el que predominan las relaciones sujeto - objeto. En éstas, el conocimiento de enfermería estaba acuñada en un cierto grado de superioridad, como siendo más importante que del usuario. Así, para ser competente, profesionalmente, especialmente en el enfoque técnico, era necesario tener una respuesta preparada para posibles preguntas y/o situaciones de la vida cotidiana. Se sabe, sin embargo, que el cuidar/cuidado de enfermería no es lineal y predecible, lo que significa que este no puede reducirse a acciones específicas, ser dividido en partes más simples o incluso estar en posesión de la certeza absoluta y predecible para las diferentes realidades y situaciones.

El cuidar/cuidado como un fenómeno complejo debe ser aprehendido como un todo, y este todo es mayor que la suma de las partes. Mientras el sistema de cuidado en la lógica cartesiana se proyectaba a partir de una receta lógica de preguntas y respuestas, el cuidado complejo se procesa de forma circular, interactiva y asociativa, a través de auto-organización continua y permanente. (Menossi, 2008)

La necesidad de superar la lógica de la fragmentación, la previsibilidad y del excesivo orden - recetas listas de cuidar/cuidado, debe gradualmente ser asumida como actitud proactiva y emancipadora por los profesionales de enfermería. La aprehensión del cuidado como un fenómeno complejo es, por tanto, fundamental para inducir el nuevo, el creativo y posibilitar relaciones próximas, dialógicas y humanizada.

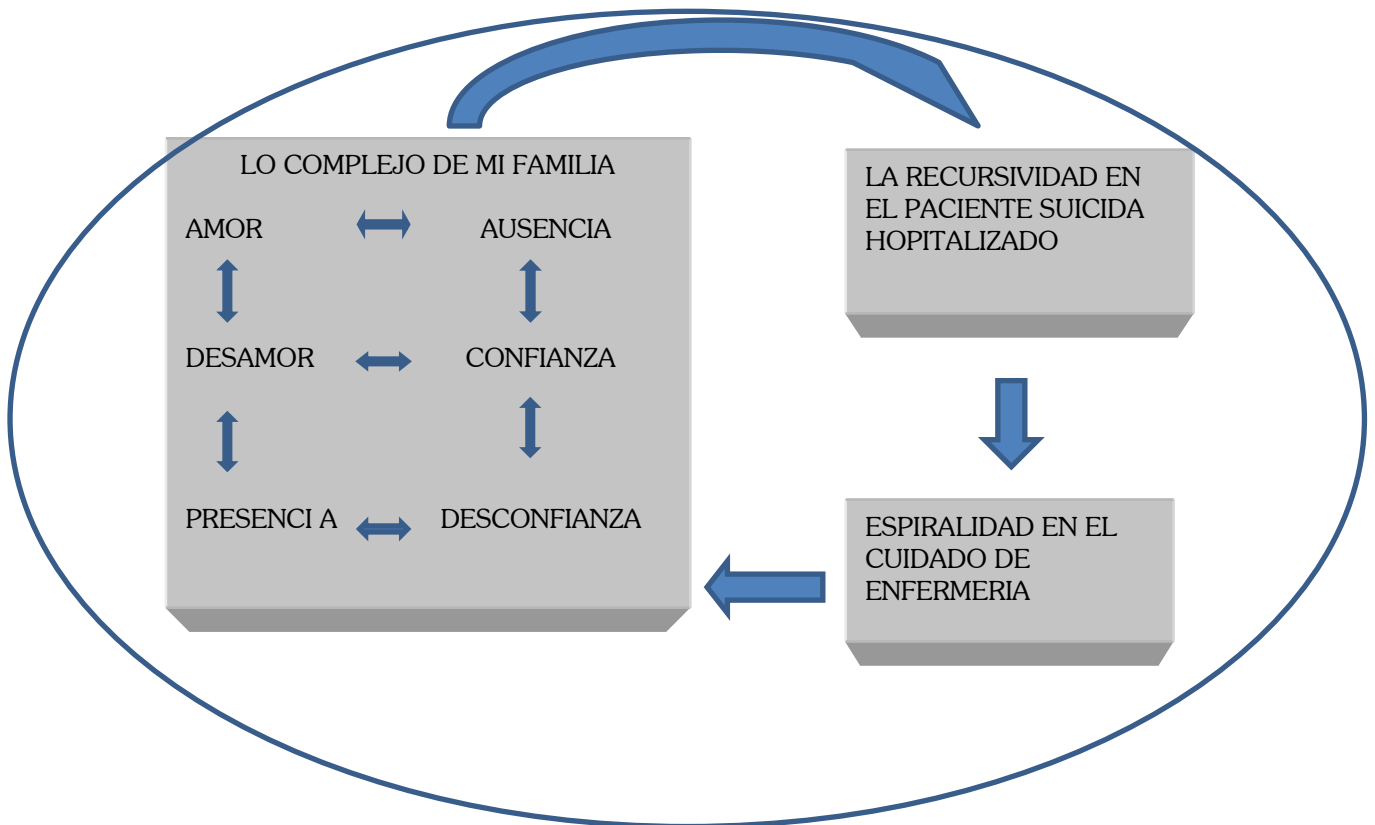


Fig. 1. INTEGRACIÓN DINÁMICA DE LAS CATEGORÍAS

#### IV. CONSIDERACIONES FINALES

Es de vital importancia entender que en la Familia se dan procesos complejos por lo que es trascendental rescatar la comunicación en la familia, profundizando en los sentimientos de confianza, respeto, unión y apoyo, todo alrededor del amor.

La decisión de un individuo de vivir o no vivir genera una situación compleja donde existe una combinación de factores, emociones, situaciones en donde la Familia y su complejidad, determinan de manera trascendental, la decisión de una persona de quitarse la vida o el deseo de vivirla.

Al cuidar de una persona se deben propiciar condiciones para que ella se pueda manifestar como Ser. Significa procurar su recursividad, hacer por la persona aquello para lo que ella está capacitada a hacer y Ser. Esa actitud denota un *cuidar de*, en la otra manera vemos cómo *cuidar con*, significa posibilitar a la persona asumir sus propios caminos, crecer, madurar, encontrarse consigo mismo. Por medio de estas vivencias el ser enfermero junto con el *Ser persona* que se encuentra enfermo, pueden trascender los desafíos de *ser con los otros en el mundo*. De este modo la real existencia del *ser enfermero* sólo se expresa en el *ser con la persona* que se encuentra enferma, en la coexistencia para *ser el vivir saludable con los otros y con el mundo*.

El cuidar/cuidado de enfermería, sólo puede entenderse a la luz del pensamiento complejo, cuya comprensión requiere mirar las múltiples dimensiones que lo componen. La construcción del cuidar/cuidado de enfermería complejo implica, considerar la articulación de conocimientos que trascienden la linealidad del hacer y que implican un cierto grado de desorden e incertidumbre.

El cuidar/cuidado complejo, es circular, interactivo, asociativo. ejercita la humildad, la tolerancia, la paciencia, la solidaridad, la disponibilidad, la reciprocidad, el coraje, la confianza, la responsabilidad, el compromiso, la acción-reflexión-acción y la ciudadanía con auto-organización continua y permanente.

## V. CONTRIBUCIONES

Es imperativo reconocer a la complejidad Familiar y su naturaleza innata, como un determinante social de salud de forma explícita en los conceptos de la OMS sobre determinantes sociales de salud.

Debe establecerse políticas interdisciplinarias para el cuidado, donde no sólo, profesionales de la salud cuiden un paciente suicida, sino también, sacerdotes, líderes sociales, consejeros espirituales.

El Estado debe procurar establecer Políticas Públicas que promuevan la salud familiar, física y mental, erradicando el estigma del trastorno emocional.

Incorporar en el currículo de los profesionales de enfermería, una asignatura relacionada con la filosofía del cuidado, que profundice en el concepto del amor, la complejidad de la vida y la muerte como parte del ser viviente.

## AGRADECIMIENTOS

**A los actores principales de este proyecto los pacientes que aceptaron participar en este estudio con ánimo y disposición de ayudar; A la Universidad Nacional de Trujillo por apoyar nuestro empeño y esfuerzo; A mi asesora la Dra. Maria Alberta Garcia Jimenez por su excelente apoyo y comprensión; A mi coasesora la Dra. Giovanna Sara Cáceda Nazco, por su paciencia, motivación, dedicación y las largas horas de comunicación para guiarme en toda la tesis.**

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACKERMAN, N. (1995). *Diagnóstico y Tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismos de la vida familiar*. Lumen-Hormé.
- AGERBO, E., MERETE, N., & MORTENSEN, P. (13 de Julio de 2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *British Medical Journal*, 325(74).
- ALARCÓN, T. (2015). *Familia "Tu puerto de Abrigo"* (Primera ed.). Distrito Federal, México: Planeta Mexicana.
- BACKES, D., BACKES, M., DALCIN, C., & ERDMANN, A. (2012). Sistema de Cuidado de enfermería en la perspectiva luhmanniana. *Latino-Americana de Enfermagem*, 20(5).
- BOYKIN, A., & SCHOENHOFER, S. (2001). The Role of Nursing Leadership in Creating Caring Environments in Health Care Delivery Systems. *Nursing Administration quarterly*, 25(3), 1-7.
- BUSTAMANTE, S. (2004). *Enfermería Familiar "Principios de Cuidado a partir del saber (in) común de las Familias"*. Trujillo, Perú: Facultad de Enfermería-UNT.
- COLLIERE, M. (1999). Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. *Rol de Enfermería*, 22(1), 27-31.
- CUTCLIFFE, J., MCKENNA, H., & HYRKAS, K. (2011). *Modelos de Enfermería. Aplicación a la práctica* (Primera ed.). Manual Moderno.
- EGUILUZ, L., CÓRDOVA, M., & JOSÉ, R. (2010). *Ante el suicidio, su comprensión y tratamiento* (Primera ed.). Pax México.
- FAWCETT, J., & DESANTO-MADEYA, S. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (Segunda ed.). F.A. Davis Company.
- FRIEDEMANN, M.-L. (1995). *The framework of systemic organization. A conceptual approach to families and nursing*. Londres: SAGE Publications, Inc.
- HEIDEGGER, M. (2009). *El ser y el tiempo* (Segunda ed.). (J. Gaos, Trad.) Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- HERNÁNDEZ, H., & FLORES, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de Población*, 17(68), 69-101.
- HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C., & BAPTISTA, M. (2010). *Metodología de la Investigación* (Quinta ed.). McGRAW-HILL/Interamericana Editores.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA. (2005). *Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios*. Obtenido de Serie Boletín de Estadísticas continuas, demográficas y sociales: [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2005/BoletinSui05.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2005/BoletinSui05.pdf)
- LOURO, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1), 48-51.
- MARCHIORI, H. (2015). *El suicidio enfoque criminológico* (Quinta ed.). Distrito Federal, México: Editorial Porrúa.
- MARRERO, Y., ÁLVAREZ, N., & FARRAY, M. (2009). La familia y el comportamiento del intento suicida. *Revista de Ciencias Médicas de La Habana*, 15(3).
- MATURANA, H. (1997). Ontología del conversar. *Terapia Psicológica*.
- MATURANA, H. (2010). *El sentido de lo humano* (Primera ed.). Buenos Aires, Argentina: Granica.
- MATURANA, H., & PÖRKSEN, B. (2010). *Del ser al hacer. Los orígenes de la biología del conocer*. Granica.
- MENOSSI, M., GARCÍA, R., & CORREA, A. (Junio de 2008). A dor e o desafio da interdisciplinaridade no cuidado a criança. *Latino-Americana de Enfermagem*, 16(3), 489-494.
- MONGE, J., CUBILLAS, M., ROMÁN, R., & VALDEZ, E. (Enero de 2007). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y salud*, 17(1), 45-51.
- MORÍN, E. (2012). *El método 2 la vida de la vida* (Novena ed.). Ediciones Catedra.
- NOREÑA, A., ALCARAZ, N., ROJAS, G., & REBOLLEDO, D. (Diciembre de 2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2015). *Prevención del suicidio un imperativo global*. Ginebra.
- ORLANDI, E. (2012). Análisis de Discurso, Principios y procedimientos. *Humanidades y Ciencias Sociales*, 2(27), 261-265.
- SATIR, V. (2002). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar* (Segunda ed.). (J. I. Rodríguez, Trad.) Palo Alto, California, E.U.A.: Pax México.
- SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. (1987). Recuperado el 4 de Marzo de 2014, de Normateca: [http://www.normateca.gob.mx/Archivos/66\\_D\\_3797\\_21-05-2014.pdf](http://www.normateca.gob.mx/Archivos/66_D_3797_21-05-2014.pdf)
- STRAUSS, A., & CORBIN, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquía: Universidad de Antioquía.
- SWANSON, K. (Diciembre de 1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357.
- TAYLOR, T., MORALES, S., ZULOAGA, F., ECHÁVARRI, O., & BARROS, J. (2012). Lo que nos dicen los padres: Perspectivas de los padres de pacientes hospitalizados por ideación o intento suicida. *Argentina de Clínica Psicológica*, 271-280.