

Conducta suicida en niñas, niños,
adolescentes y jóvenes indígenas de
Nazareth, Amazonas: orientaciones para
la prevención y atención

**Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
(ICBF)**

Directora General

Lina María Arbeláez Arbeláez

Subdirectora General

Liliana Pulido Villamil

**Directora de Planeación y Control de la
Gestión**

Amanda Castellanos Mendoza

Subdirector de Monitoreo y Evaluación

Néstor Fernando Zuluaga Giraldo

**Equipo Técnico del Observatorio del
Bienestar de la Niñez – ICBF**

Olga Lucia Corzo Velásquez

Lina Lorena Hernández Garzón

Directora de Adolescencia y Juventud

Luisa Fernanda López Vélez

**Equipo Técnico Dirección de Adolescencia y
Juventud**

Claudia Lucia Arbeláez Orjuela

Mónica Bibiana Narváez Betancur

Coordinación editorial

Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones

Ximena Ramírez Ayala

Corrección de estilo, diagramación y diseño

Grupo Imagen Corporativa

Carlos Eduardo Franky

Julio Mancipe

Edwin Velásquez

Edna Carolina Mayorga

Camila Sofía Venegas

Mónica Andrea Río

Néstor Darío Carantón

**Equipo de Sinergias – Alianzas Estratégicas
para la Salud y el Desarrollo Social**

Pablo Montoya Chica

Pablo Martínez Silva

Marta Isabel Dallos Arenales

Clemencia Vélez Ochoa

Eliana Parra Camargo

Karen Juliana Bejarano

Adelia Prada Santos

Martha Bibiana Velazco

Ana Judith Blanco Rojas

María Camila Rodríguez

Amanda León Rodríguez

Luis Felipe Moreno

Luis Alejandro Martínez

Yeison Alfonso Trujillo

**Coinvestigadores indígenas Amazonas
Comunidad de Nazareth**

Narcisa Ramos

Roberto Peña

Gloria Amparo Cahuachi

Diciembre de 2020

**Equipo Universidad Nacional de Colombia -
Sede Amazonia**

Contenido

Introducción	6
I. Metodología.....	9
II. Aspectos generales de los entornos: Amazonas y Nazareth	14
III. El suicidio: cifras y cosmovisiones.....	19
IV. Factores de riesgo y factores protectores asociados a conductas suicidas en jóvenes indígenas	23
4.1. Factores de riesgo	23
4.1.1. Nivel estructural.....	23
4.1.2. Niveles familiar y comunitario	26
4.1.3. Nivel individual.....	29
4.2. Factores protectores.....	34
V. Debilidades y fortalezas institucionales en torno a la prevención de la conducta suicida	36
VI. Propuesta de orientaciones para la prevención de la conducta suicida en niñas, niños y jóvenes indígenas de Amazonas	39
6.1. Nivel Organizacional/Institucional	39
6.2. Nivel familiar y comunitario.....	40
6.3. Nivel Individual.....	41
VII. Conclusiones y recomendaciones.....	42
VIII. Referencias.....	49
IX. Anexos.....	52

Lista de siglas y abreviaturas

AATI	Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas del Amazonas
ACITAM	Asociación de Cabildos Indígenas del Trapecio Amazónico
AIAPI	Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes de la Infancia
ASIS	Análisis de Situación de Salud
CDI	Centros de Desarrollo Infantil
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DPS	Departamento de Prosperidad Social
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
ENAM	Energía para el Amazonas
EPS	Entidad Promotora de Salud
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
INMLCF	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
IPS	Instituciones Prestadores de Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OBN	Observatorio del Bienestar de la Niñez
OEI	Organización de Estados Iberoamericanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
ReSA	Red de Seguridad Alimentaria
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
SENA	Servicio Nacional de Aprendizaje
SIM	Sistema de Información Misional
SISPI	Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural
SISPRO	Sistema Integrado de Información de la Protección Social
SNBF	Sistema Nacional de Bienestar Familiar
SIVIGILA	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
SPA	Sustancias Psicoactivas

Lista de tablas e ilustraciones

Tabla 1. Variables de estudio.....	13
Tabla 2. Semaforización de indicadores de suicidio e intentos de suicidio (2015-2016).	19
Tabla 3. Factores de riesgo asociados al suicidio de niñas, niños y jóvenes en Nazareth, Amazonas: nivel estructural.....	23
Tabla 4. Factores de riesgo asociados al suicidio de niñas, niños y jóvenes en Nazareth, Amazonas: nivel comunitario.....	26
Tabla 5. Factores de riesgo asociados al suicidio de niñas, niños y jóvenes en Nazareth, Amazonas: nivel individual.....	29
Tabla 6. Factores protectores asociados al suicidio de niñas, niños y jóvenes en Nazareth, Amazonas.	34
Ilustración 1. Modelo ecológico de Brofenbrenner.....	12
Ilustración 2. Ubicación Nazareth en el departamento de Amazonas.	14
Ilustración 3. Várzea en invierno capturada desde Nazareth hacia el río Amazonas.	14
Ilustración 4. Ritual de la Pelazón, comunidad de Nazareth (Amazonas).....	15
Ilustración 5. Representación gráfica de dinero fácil y consumo de sustancias psicoactivas como factores de riesgo asociados al suicidio.....	24
Ilustración 6. Representación gráfica de aislamiento social y adopción de modelos a seguir como factores de riesgo asociados al suicidio.....	24
Ilustración 7. Factores de riesgo asociados al suicidio (burlas, bullying) e internados.....	28
Ilustración 8. Dificultades escolares y problemas familiares como factores de riesgo asociados al suicidio.....	28
Ilustración 9. Consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y problemas familiares como factores de riesgo asociados al suicidio.....	31
Ilustración 10. De niñas a mujeres. Paso a escoger pareja clánica.	32

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f), el suicidio es un grave problema de salud pública que ocurre en diferentes regiones del mundo y, particularmente, en pueblos indígenas de distintas naciones. En el contexto internacional, alrededor de 800.000 personas de distintas edades se suicidan cada año. Para la población de adolescentes y jóvenes entre los 15 y 29 años, el suicidio fue la segunda causa principal de defunción en el 2016.

En Colombia, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2020), anualmente fallecen 2.363 personas a causa del suicidio, de las cuales el 44 % son niñas, niños, adolescentes y jóvenes entre los 5 y 29 años. En el ámbito nacional, el suicidio es un asunto que viene en aumento desde 2013 con un incremento del 23 % hasta 2018 en toda la población y de 18 % en niñas, niños, adolescentes y jóvenes. Las mayores tasas de suicidio se registran en territorios con alta presencia de población indígena, entre los que se resaltan los departamentos de Amazonas, Vaupés y Guainía con tasas de 14,1, 9,4 y 6,1 por cada 100.000 habitantes, respectivamente, cifras superiores a la cifra nacional de 4,2 para 2019.

Dada la prevalencia del suicidio en estos departamentos y la escasez de investigaciones sobre este tema en territorios con alta presencia de población indígena en el país, en 2019 el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) suscribió el Contrato Interadministrativo Nro. 01014942019 con la Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia), con el objetivo de apoyar al ICBF en la formulación de orientaciones para la prevención del suicidio en niñas, niños y adolescentes indígenas en los departamentos de Vaupés, Amazonas y Guainía. En el marco de dicho contrato, la universidad desarrolló una investigación en torno a esta problemática y entregó los resultados obtenidos al ICBF, los cuales, fueron organizados por el Observatorio del Bienestar de la Niñez para ser presentados al público en tres boletines diferenciados para cada departamento.

Este boletín presenta los resultados obtenidos en la investigación realizada por la Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia) en la comunidad de Nazareth, Amazonas, la cual fue priorizada debido a la prevalencia de conductas suicidas en niñas, niños, adolescentes y jóvenes indígenas y a la escasez de investigaciones desarrolladas sobre este tema que impacta, particularmente, a la comunidad indígena tikuna, con mayor presencia a nivel territorial. Igualmente, por ser una de las comunidades que influyen en que el departamento de Amazonas se ubique como uno de los territorios con mayores tasas de suicidio en Colombia

La metodología empleada para el desarrollo de la investigación fue cualitativa y se llevó a cabo de la misma forma en los tres departamentos estudiados. Se basó en el diálogo de saberes entre varios conjuntos de actores comunitarios, gubernamentales y no gubernamentales. Conceptualmente, el diálogo de saberes se definió como una metodología de trabajo participativo y colaborativo basada en el reconocimiento del otro y en la heterogeneidad social y cultural.

Dado que los momentos del curso de vida en la comunidad de Nazareth, al igual que en los demás territorios indígenas investigados, son diferentes y la adolescencia no es una etapa reconocida en estas culturas (Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia, 2019), con excepción de los párrafos previos a esta introducción, en cada uno de los boletines de resultados de la investigación se hace referencia a niñas y niños entre los 0 y 11 años, y a los jóvenes entre los 12 y 24 años.

Como resultado del estudio se encuentra que el principal factor de riesgo asociado a la conducta suicida en niñas, niños y jóvenes indígenas tanto en la comunidad de Nazareth- Amazonas, como en las comunidades de Macaquiño y Pueblo Nuevo- Vaupés y la comunidad de Inírida - Guainía, es el choque cultural. Este tiene que ver con el contacto intercultural prolongado entre las comunidades indígenas y el mundo occidental que genera un contacto desigual permanente entre esta población y occidente (Bautista, 2004). Asimismo, produce “riesgos, desorientación e inestabilidad emocional en la población indígena más joven, debido a la emergencia de nuevos valores, modos de vida y necesidades, y la pérdida de signos, costumbres y símbolos tradicionales” (OBN, 2019). En la comunidad de Nazareth, el choque cultural se materializa, entre otros asuntos, en la promoción de una economía foránea basada en la acumulación y la competencia que colisiona con las dinámicas de intercambio y autosustento de la comunidad tikuna, así como en el desencuentro entre las normas tradicionales asociadas a la selección de pareja y el amor romántico occidental; todo lo cual provoca crisis de identidad, principalmente, en la población más joven.

Como resultado de la investigación, la Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia) invita a todas las instituciones públicas, privadas, regionales, nacionales e internacionales que trabajan con pueblos indígenas a identificar su rol en la prevención de la conducta suicida que actualmente afecta la comunidad de Nazareth, Amazonas, y a otros territorios. Las convoca para articularse y contribuir con la mitigación de esta situación en estas poblaciones. Para ello, sugiere seguir profundizando en la construcción conjunta de nociones que permitan tanto potenciar los recursos locales como tejer un diálogo con la diversidad de formas de ver y entender los procesos salud/enfermedad, muerte y duelo. Y, con base en ello, diseñar articulada y conjuntamente acciones pertinentes y aterrizadas al contexto local.

El presente boletín se divide en siete capítulos adicionales a esta introducción. En el primero se describe la metodología empleada por la universidad para llevar a cabo la investigación. En el segundo capítulo se realiza una breve caracterización del contexto departamental y comunitario. En el tercer capítulo se presentan algunas estadísticas sobre la conducta suicida a nivel local y se profundiza en las nociones de salud y suicidio de la comunidad tikuna de Nazareth. En el cuarto capítulo se exponen los factores de riesgo y protectores asociados a la conducta suicida en niñas, niños y jóvenes. En el quinto se relacionan las fortalezas y debilidades institucionales en materia de prevención de este tipo de conductas. En el capítulo sexto se presenta un conjunto de orientaciones institucionales y comunitarias para la prevención y atención de la conducta suicida. En el último capítulo se exponen una serie de conclusiones y recomendaciones dirigidas a los agentes del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) para prevenir y realizar un abordaje de la conducta suicida a nivel general.

I. Metodología

Como se especificó en la introducción, en los tres departamentos estudiados, la metodología de investigación se fundamentó en el diálogo de saberes, una aproximación de investigación cualitativa de tradición latinoamericana y heredera de los postulados de la Investigación Acción Participativa (Fals Borda, 1998). Por lo anterior, esta se presenta de forma equivalente en los tres boletines de resultados independientes para cada región. El diálogo de saberes se orienta en el fomento de la interacción entre distintos actores sociales e institucionales para el reconocimiento y análisis de las situaciones que ocurren en su territorio y el diseño de alternativas de mejora (Hernández et al., 2017).

Conceptualmente, el diálogo de saberes se define como una conversación entre distintas formas de producir, transmitir, aplicar y validar conocimientos, donde cada participante del proceso de investigación, aprende y enseña desde su propio marco cognitivo, desde su propia formación académica y/o quehacer práctico o profesional a otro, evitando cualquier tipo de imposición. También se entiende como una conversación en la cual los participantes del proyecto actúan bajo una actitud de apertura a la diferencia, es decir, se reconocen como personas de grupos sociales y culturalmente heterogéneos (Mahecha y Franky, 2014).

En la presente investigación, el diálogo de saberes fue aplicado en un contexto de diversidad social y cultural, donde lo teórico y conceptual se volvió acción práctica para aportar al bienestar de las comunidades. Asimismo, se surtió entre varios conjuntos de actores: las comunidades y autoridades indígenas; los funcionarios de las instituciones estatales, Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y organizaciones sociales; y las y los integrantes del proyecto.

El trabajo participativo y colaborativo característico de esta metodología de trabajo se basó en la constitución de equipos interculturales e interdisciplinarios para finiquitar el proceso metodológico, de recolección y análisis de la información. Esto quiere decir que, en el marco de la investigación, se contó con la participación de coinvestigadores indígenas, cuya participación y selección fue validada en reuniones comunitarias. Adicional a lo anterior, se fomentaron espacios de investigación propia, partiendo de la recopilación y valoración del conocimiento ancestral¹ y las prácticas de la vida cotidiana, lo que permitió una mejor comprensión de la visión que tienen las comunidades sobre diferentes nociones propias como la salud, prevención, emociones, suicidio, etc., fundamentales para generar estrategias interculturales que incorporen el sentir de las comunidades.

En la comunidad de Nazareth, el trabajo de investigación se dividió en dos fases. La primera fase se centró en la recopilación de información secundaria sobre los aspectos individuales, familiares, sociales y culturales relacionados con la salud mental y, en especial, con la conducta suicida. La segunda fase se concentró en aplicación de métodos de recolección de información primaria como la observación directa, las entrevistas semiestructuradas, los grupos focales, las historias de vida y el

¹ De acuerdo con la UNESCO (2018), el conocimiento ancestral indígena corresponde a las concepciones, habilidades y filosofías que estas poblaciones han desarrollado a lo largo de generaciones y de una larga interacción con su entorno natural. Los conocimientos ancestrales orientan la toma de decisiones sobre aspectos fundamentales de la vida cotidiana indígena y forman parte integral de un complejo cultural que incluye el idioma, los sistemas de clasificación, las prácticas relacionadas con el uso de los recursos, las interacciones sociales, los rituales y la espiritualidad.

ecomapa, a través de los cuales se identificaron los factores de riesgo individuales, familiares, sociales y culturales que influyen en la conducta suicida y las prácticas propias que contribuyen a la prevención; se rastrearon casos de suicidio e intento de suicidio en niñas, niños y jóvenes indígenas a nivel local; se recopilieron nociones y prácticas de salud mental; y se identificaron las líneas generales para la prevención. Igualmente, se recogió información sobre la prevención de la conducta suicida, tema en el que la Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia) sugiere profundizar en conjunto con la comunidad en la construcción de orientaciones para su prevención, con el fin de diseñar acciones pertinentes y coherentes con el contexto local.

Los instrumentos de recolección de información utilizados fueron la observación directa, las entrevistas semiestructuradas, los grupos focales, las historias de vida, el ecomapa y la revisión documental. En el proceso de aplicación de algunas de estas herramientas se idearon interacciones visuales, plásticas y/o sonoras más que escritas con el propósito de superar barreras lingüísticas tanto a nivel grupal como individual. De igual manera, se aplicaron consentimientos y asentimientos informados² previo al desarrollo de cada instrumento, con el fin de explicar los objetivos de cada actividad a los actores participantes; se especificó que la participación en estos era de carácter libre y voluntario; se informó que las actividades serían grabadas para facilitar el proceso de sistematización y análisis de la información; y se aclaró a los narradores los aspectos relativos a la confidencialidad de la información.

Observación directa o etnográfica

La observación etnográfica se utilizó con el fin de generar una mayor comprensión del entorno y los individuos en lo referente a la salud mental/comunitaria. Para su puesta en práctica se diseñó un protocolo de observación de saberes (anexo 1) que permitió profundizar en los niveles comunitario, familiar e individual a partir de actividades dinámicas que invitaron al “compartir”. Estos saberes se manifestaron en lenguajes alternos como sonoros y plásticos.

Entrevistas semiestructuradas y grupos focales

Las entrevistas semiestructuradas y los grupos focales (anexo 2) se aplicaron con el objetivo de obtener una aproximación e identificación de los riesgos asociados a la conducta suicida, identificar la forma en que se encuentran estructuradas las relaciones familiares, y explorar la situación actual de conflictos personales, familiares y/o comunitarios. Ambos instrumentos de recolección de información también se emplearon para determinar las fortalezas y debilidades institucionales en torno a la prevención y abordaje de la conducta suicida en la comunidad focalizada.

² El consentimiento informado es un documento que se le presenta a las y los participantes del proceso de investigación con el fin de comunicarles los objetivos y aspectos metodológicos de la investigación. Por medio del consentimiento la población decide si participa o no en el proceso de investigación, según sea su elección. El asentimiento informado funciona con los mismos objetivos, solo que éste se aplica con niñas, niños y adolescentes.

En Nazareth, las entrevistas se realizaron a líderes e integrantes de la Asociación de Cabildos Indígenas del Trapecio Amazónico (ACITAM); actores comunitarios y representantes de la Orden de los Hermanos Menores Capuchinos y de instituciones como la Organización de Estados Interamericanos (OEI), Cruz Roja, Pastoral Social, ICBF, Secretaría de Salud Departamental y del Programa de Red de Seguridad Alimentaria (ReSA) del Departamento de Prosperidad Social (DPS); personal del Internado María Auxiliadora; referentes del SNBF, entre otros. Las entrevistas también fueron aplicadas a gestores del Plan de Intervenciones Colectiva (PIC).

Historias de vida

Las historias de vida (anexo 3) fueron utilizadas con el propósito de documentar la vida de diferentes personas de la comunidad con antecedentes de suicidio. A través de estas, se recopiló una serie de relatos personales sobre la experiencia de las personas entrevistadas, que los investigadores se encargaron de dirigir y orientar.

Para la puesta en práctica de este instrumento se formularon preguntas abiertas orientadas a hacer un recuento vital, haciendo énfasis en las categorías de análisis propuestas para el proyecto: 1) factores de riesgo; 2) noción de muerte; 3) relaciones familiares; 4) ética del cuidado; y 5) afectos. Asimismo, se veló por mantener una narrativa lineal y cronológica con el fin de que el entrevistado brindara información del lugar, la comunidad y/o la familia de procedencia y los recuerdos más tempranos de su niñez, su situación actual y perspectivas a futuro.

En el marco de lo anterior, se lograron captar algunos significados que los entrevistados atribuyeron a sus experiencias vividas y su entorno social, a partir del momento particular desde el cual hablaban, que se enmarca por unas condiciones de edad, género y estatus particulares.

Ecomapa

El Ecomapa se empleó con el fin de identificar las interrelaciones del sistema familiar con el contexto sociocultural en el que las familias indígenas se desenvuelven y los recursos que están puestos en circulación en los diferentes sistemas con los que la familia y sus miembros interactúan. Este instrumento de recolección de información funciona de modo similar a un mapa de actores y fue construido a través de las entrevistas y grupos focales aplicados con actores institucionales, las comunidades, las familias y los individuos, las observaciones de las dinámicas comunitarias, familiares y de los saberes prácticos.

Revisión documental

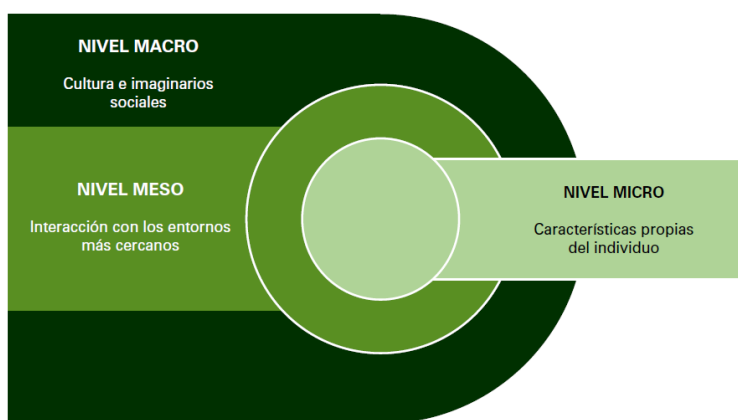
La revisión documental hace referencia a la consulta de fuentes secundarias. En el desarrollo de la investigación, fue utilizada con el fin de realizar un reporte de los casos oficiales sobre la conducta suicida, así como consultar estudios existentes sobre el contexto local y el tema analizado. Dicha

revisión fue complementada con fuentes primarias mediante la aplicación de los instrumentos previamente mencionados.

Para facilitar la comprensión de los factores de riesgo y protectores asociados al suicidio de niñas, niños y jóvenes, se tomó como referencia, por su parte, el modelo ecológico de Brofenbrenner, una herramienta teórica y metodológica que contribuyó a la interpretación, análisis y clasificación de la información recolectada a partir de tres niveles: macro, meso y micro. El modelo ecológico plantea que el desarrollo de los individuos [en este caso, de las niñas, niños y jóvenes indígenas] es un proceso complejo que se encuentra influenciado por una multiplicidad de factores ligados a uno o varios ambientes. Está conformado por un conjunto de estructuras seriadas que se ubican en distintos niveles y ejercen influencias directas y/o indirectas sobre las personas (Brofenbrenner: 1976, 1977, citado en OBN, 2017, p. 6).

El nivel micro hace referencia de manera exclusiva a las niñas, niños y jóvenes, y tiene en cuenta sus condiciones psico-emocionales, motivaciones y actividades o desempeños. En el nivel meso se ubican las condiciones que complementan los rasgos propios de los niños, niñas y jóvenes a través de la interacción de los mismos con su medio más inmediato. En este nivel, por ejemplo, la familia es el medio más próximo, seguido por la escuela y otros ámbitos de carácter comunitario en los que las niñas, niños y jóvenes están directamente relacionados. El barrio es otro ejemplo para comprender también este nivel. En el nivel macro se encuentran los patrones culturales, valores e imaginarios sociales predominantes y otras estructuras determinantes entre las que se destacan la desigualdad o la pobreza (Brofenbrenner: 1976, 1977, citado en OBN, 2017, p. 6).

Ilustración 1. Modelo ecológico de Brofenbrenner.



Fuente: Observatorio del Bienestar de la Niñez (OBN, 2017).

Desde el punto de vista geográfico, en el departamento de Amazonas, el proyecto se delimitó a la comunidad de Nazareth, ubicada a 25 kilómetros de distancia del municipio de Leticia por vía fluvial. Esta comunidad es habitada principalmente por la etnia indígena tikuna y algunas familias cocama y huitoto.

La información recolectada en campo, además de ser grabada en audio por el grupo de investigadores, fue diligenciada en notas de campo y clasificada en 14 variables de estudio que se presentan en la tabla 1, las cuales surgen de tres dimensiones de análisis: Estructural, comunitaria – familiar y personal, y estuvieron sujeto a ajustes y perfeccionamiento en la medida que avanzó el estudio. Finalmente, el proceso de sistematización de la información se realizó por medio del *software Atlas.ti*.

Tabla 1. Variables de estudio.

Nro.	Categoría	Definición o aproximación en campo
1	Determinantes sociales	Son propiedades basadas en el estilo de vida afectadas por amplias fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen en la calidad de la salud personal (Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2016).
2	Nociones de muerte	Indagar sobre qué se entiende por muerte, cuerpo, territorio, espiritualidad, duelos de muerte.
3	Nociones de salud mental y de enfermedad mental	“Las posibilidades y recursos psicológicos y psicosociales para el funcionamiento dentro de las vicisitudes y los sufrimientos cotidianos actuales y los referidos al curso vital, para afrontar situaciones de gran tensión emocional” (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015.Min Salud). “Se entiende trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo” (Ley 1616, 2013).
4	Nociones de familia	Cómo está conformado el núcleo familia, para ellos qué es familia, a quién se considera pariente.
5	Ética del cuidado	Nociones sobre el cuidado y la protección ¿Cómo eso se manifiesta en las interacciones con la familia y la comunidad?
6	Vínculos y afecto	Cómo se están construyendo emociones, afectos y cuerpo ¿Cuáles son las redes de cuidado del individuo y sus lazos comunitarios emocionalmente significativos?
7	Bienestar	Cómo manifiestan ellos el “sentirse bien”, qué es estar bien, qué es vivir bien.
8	Diálogo intercultural	Intercambio equitativo entre pueblos y culturas basado en el respeto y en la igualdad (UNESCO, s.f.). ¿Cuáles y cómo son las relaciones con los agentes institucionales?
9	Consultas Previas	Derecho fundamental que tienen los pueblos indígenas y los demás grupos étnicos cuando se toman medidas (legislativas y administrativas) o actividades dentro de sus territorios, con lo que se busca proteger su integridad cultural, social y económica y garantizar el derecho a la participación.
10	Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)	Rutas de Atención en Salud, en especial las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) sobre consumo de sustancias psicoactivas. Herramienta que ordena la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades (Ministerio de Salud y Prosperidad Social, 2016).
11	Líneas de prevención y orientación, sistemas de registro	Formulación de orientaciones dirigidas a la prevención del suicidio: mecanismos de control, seguimiento comunitario, capacitación a miembros de la comunidad. Formulación de mecanismos dirigidos a disminuir el subregistro.
12	Economía Política	Actividades económicas realizadas socialmente.
13	Condiciones laborales	Aspectos con posibles consecuencias negativas para la salud, incluyendo, elementos ambientales, tecnológicos y organizacionales.
14	Proyecto de vida y expectativa de futuro	A nivel comunitario, indagar la existencia e incidencia de una agenda a futuro que puede estar contenida o no en el Plan de Vida. Priorizar la problemática dentro de la agenda de las autoridades indígenas e identificar si se cuenta con un proyecto de vida a nivel individual, familiar y comunitario.

Fuente: Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia (2019).

II. Aspectos generales de los entornos: Amazonas y Nazareth

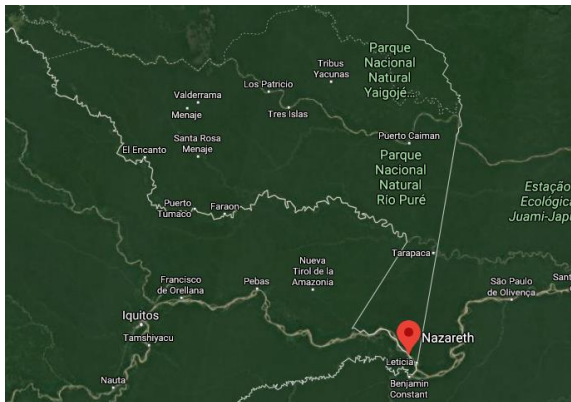
2.1. Ubicación geográfica y división político-administrativa

Amazonas es el departamento de Colombia con la mayor extensión territorial, equivalente a 109.665 km². A nivel internacional, hace parte de la región Amazonia, la zona forestal más extensa del mundo, de la cual también hacen parte los países vecinos de Brasil, Ecuador, Perú, Venezuela, Guyana, Surinam y Bolivia (Gobernación de Amazonas, s.f).

Desde el punto de vista administrativo, el departamento está conformado por dos municipios: Leticia (capital departamental) y Puerto Nariño, además de nueve corregimientos: Tarapacá, La Pedrera, Puerto Arica, Mirití Paraná, La Victoria, La Chorrera, Puerto Santander, El Encanto y Puerto Alegría.

La comunidad de Nazareth es un resguardo indígena ubicado a la orilla del afluente del río Amazonas, llamado Pacatua. Se encuentra a 25 kilómetros de distancia del casco urbano de Leticia (vía fluvial). De sur a norte, colinda con los territorios que se encuentran sobre la carretera Leticia – Tarapacá. Y gran parte del resguardo se encuentra cubierto por vegetación primaria y secundaria que se inunda en invierno durante los meses de diciembre a febrero.

Ilustración 2. Ubicación Nazareth en el departamento de Amazonas.



Fuente: Google maps (2020).

Ilustración 3. Várzea en invierno capturada desde Nazareth hacia el río Amazonas.



Fuente: Castro. (2019). Nazareth.

2.2. Diversidad poblacional y cultural

De acuerdo con la Gobernación Departamental (2008), Amazonas alberga 24 pueblos indígenas y otros grupos sociales provenientes de otras regiones del país. Algunos de los pueblos indígenas que hacen presencia en el departamento son los tikuna, cocama, huitoto, tanimuka, yucuna, matapi, cubeo, miraña y andoke, los cuales se distribuyen geográficamente en alrededor de 24 resguardos y también se encuentran en los cascos urbanos y zonas rurales de los municipios de Leticia y Puerto Nariño.

La comunidad indígena de Nazareth está ubicada en el municipio de Leticia. Según el DANE (2019), posee una población de 1.035 personas (230 familias), la gran mayoría de la etnia tikuna, aunque se resalta la presencia de algunas familias huitoto y cocama.

En otros tiempos, los tikuna vivían dispersos en un área extensa del Medio Amazonas, pero los procesos históricos de colonización y evangelización determinaron su organización en grupos más o menos pequeños ubicados en los países de Colombia, Brasil y Perú. Producto de lo anterior, actualmente algunos tikuna residen en comunidades como Nazareth, ubicadas a aproximadamente 20 minutos de Leticia. Asimismo, la organización social de los tikuna ha venido sufriendo transformaciones que han ido debilitando las estructuras y pautas culturales que garantizan el funcionamiento y la reproducción de este grupo como sociedad diferenciada, tornándolo mucho más vulnerable a problemáticas asociadas a la salud mental, como el consumo descontrolado de alcohol o de Sustancias Psicoactivas (SPA).

A pesar de lo anterior, los tikuna de la comunidad de Nazareth conservan varias de sus prácticas culturales ancestrales, como el uso del idioma, rituales tradicionales (como el ritual de la pubertad femenina conocido como La Pelazón³), la alimentación y sus relaciones de parentesco que aún regulan aspectos como la filiación patrilineal, el intercambio matrimonial y la residencia.

Ilustración 4. Ritual de la Pelazón, comunidad de Nazareth (Amazonas).



Fuente: Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia (2019).

³ La Pelazón es un ritual preparatorio que ocurre en la primera menstruación de las mujeres tikuna, cuya entrada en la vida adulta se considera debe ser protegida contra toda mala influencia (Angarita *et al*, 2010). Con base en este ritual, las niñas son guardadas o encerradas entre seis y ocho meses para que los seres de la naturaleza no las molesten y ellas aprendan a tejer y realizar las labores del hogar. Mientras esto ocurre, el padre cultiva productos en la chagra como la yuca para preparar masato y caza animales para ofrecer carne en una fiesta a la que será invitada toda la comunidad por medio del sonido de una bocina. La fiesta es celebrada en honor a las mujeres y en ella se les enseñan los valores espirituales y sociales de su cultura a través de cantos, danzas, pinturas y el corte de cabello, entre otras acciones cargadas de sentidos simbólicos propios de los tikuna como pueblo indígena (Angarita *et al*, 2010).

La estructura organizativa política de la comunidad está centrada en el cabildo⁴, siendo esta la instancia superior del nivel directivo donde se toman las decisiones, se realiza la planeación y el control de la comunidad con el liderazgo del curaca⁵ y la guía del consejo de ancianos y las autoridades tradicionales.

2.3. Aspectos económicos y sociales

Según la Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia, 2019a), la relación histórica de los tikuna con colonos y foráneos trajo consigo su integración a la economía de mercado y la apropiación de los avances tecnológicos (televisión, celulares, entre otros), los cuales hoy en día están influyendo en la mentalidad de las nuevas generaciones. Esto hace que los deseos de las niñas, niños y jóvenes sean cada vez más fuertes entorno a cambiar su modo de vivir y de pensar y se integren cada vez más a la cultura global hegemónica.

En la actualidad, la economía del departamento “se basa en la extracción de maderas, la pesca, la agricultura y el turismo ecológico. En los últimos años se ha convertido en un importante centro turístico nacional e internacional” (Gobernación de Amazonas, 2016, p. 18). La economía de Nazareth, por su parte, depende principalmente de la agricultura, la horticultura, la caza, la pesca y la recolección de frutos silvestres y, en menor proporción, del comercio de excedentes de los productos de subsistencia, del trabajo asalariado en proyectos institucionales y de la elaboración de artesanías a base de chambira⁶ y, más recientemente, el turismo.

Los principales productos de siembra en Nazareth son la yuca, el plátano, el maíz y algunas variedades de frutas que, en su mayoría, son para el sustento familiar y, en menor escala, para el comercio en Leticia o la misma comunidad. Igual sucede con la pesca, en la que capturan variedades de pescados de escama y cuero.

Con respecto a las artesanías, el oficio más relevante es el tejido de las mochilas, hamacas y manillas en chambira que permite la pervivencia de los conocimientos ancestrales transmitidos de generación en generación entre mujeres, quienes inicialmente aprenden a tejer el denominado corazón de la mochila. Otros oficios son la talla de madera, principalmente de palo sangre y la elaboración de máscaras y vestidos ceremoniales en corteza de yanchama, los cuales son utilizados por los tikuna durante La Pelazón. Una parte de estas artesanías son comercializadas en la ciudad de Leticia o en Bogotá en ferias como Expo Artesanías que se realizan cada fin de año.

Las casas de habitación en las que tienden a residir los miembros de una familia nuclear tikuna en Nazareth son en su gran mayoría construidas en madera acerrada, mientras que las restantes son

⁴ Primera autoridad dentro de la comunidad de tipo gubernativo y/o administrativo (Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonía, 2019b).

⁵ Este órgano representa a la comunidad en todas las actividades tanto internas como externas, y coordina las actividades haciendo justicia interna según los usos y costumbres (Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonía, 2019b).

⁶ Palma de cumane (*Astrocaryum chambira*), utilizada por mujeres y hombres artesanos tikuna.

construidas en concreto. Sin embargo, los techos tienden a ser en teja de zinc, es decir, en un material foráneo. Y, sin excepción, todas las casas están levantadas sobre horcones de madera para evitar las inundaciones y los animales.

Desde el año 1995, la comunidad cuenta con fluido de energía eléctrica durante las 24 horas operado por Energía para el Amazonas (ENAM E.S.P) y proveído directamente desde Leticia. Asimismo, cada familia paga su factura de acuerdo con el consumo de energía que realiza el hogar. Desde la llegada del servicio de energía eléctrica, en cada hogar se han ido adquiriendo electrodomésticos como neveras, televisores o equipos de sonido. En el año 2006, la empresa de telecomunicaciones COMCEL instaló una torre dentro de la jurisdicción del resguardo con sistema de arrendamiento por 10 años y la comunidad recibe mensualmente un pequeño recurso que es destinado para gastos administrativos del cabildo o la comunidad.

En materia de cobertura en educación, el departamento cuenta con alrededor de 17 instituciones educativas que hacen presencia en los nueve corregimientos y los dos municipios, Leticia y Puerto Nariño (Gobernación de Amazonas, 2016). Entre la comunidad indígena y la granja de la Gobernación de Amazonas se encuentra el internado Indígena María Auxiliadora, que antes había sido arrastrado por las aguas por encontrarse próximo a la margen del río Amazonas. En el año 2004 se convirtió en la sede principal de una institución educativa que cuenta con 10 sedes educativas donde se imparte la básica primaria en diez comunidades⁷, incluida la comunidad de Nazareth. Adicional a este internado, la comunidad cuenta con un Centro de Desarrollo Infantil (CDI) y algunos docentes bilingües locales.

2.4. Situación de salud

En términos de infraestructura de salud, el departamento cuenta con el Hospital San Rafael de Leticia y el Hospital Local de Puerto Nariño. El primero tiene siete nodos de atención corregimentales en Tarapacá, Arica, La Chorrera, El Encanto, Puerto Santander, Pedrera y Mitirí Paraná. No obstante, de acuerdo con la Gobernación (2016), la red de atención en Leticia enfrenta dificultades de atención por la no disponibilidad permanente de recurso humano. Asimismo, debido a la existencia de solo dos Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que brindan atención de nivel II y III, por lo que en algunas ocasiones se hace necesario el traslado de pacientes a otras ciudades desde el casco urbano de Leticia o las comunidades. En este último caso, debido a que la atención allí es aún más básica.

En el resguardo de Nazareth, particularmente, hay un puesto de salud con una auxiliar en salud pública de la misma comunidad, la cual está encargada de dictar charlas educativas de prevención y promoción de la salud y atender casos de primera necesidad. En ese orden, los casos de mayor gravedad son trasladados al municipio de Leticia, donde los pacientes son atendidos por las diferentes instituciones de salud, dependiendo de la Entidad Promotora de Salud (EPS) a la que se encuentren afiliados.

⁷ La Playa, Milagrosa, Ronda, San José del Río, Nazareth, Arara, Maloca, El progreso, Santa Sofía y Loma Linda.

Según el DANE, en 2016, la tasa de mortalidad infantil en Amazonas fue la más alta del país con 48,1⁸ y superó el promedio nacional de 16,8 (DANE, 2016). Entre las condiciones de salud prevalentes en Nazareth se encontraron el paludismo, la tuberculosis, las picaduras de serpientes y las infecciones respiratorias.

⁸ Defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos.

III. El suicidio: cifras y cosmovisiones

Pese al débil registro de casos de suicidio en los sistemas de información institucionales, según el DANE (2019), durante el periodo 2010-2019 Amazonas registró una tasa promedio de suicidio de 8,8 por cada 100.000 habitantes, la cual superó la tasa promedio nacional de 4,8 para el mismo lapso de tiempo. El 81,2 % de los suicidios ocurrieron en hombres, en contraste con el 18,8 % que se presentó en mujeres. Asimismo, del total de casos ocurridos entre 2010-2019, el 65,2 % se registró en niñas, niños y jóvenes entre los 0 y 29 años, la mayoría (80 %) de los cuales se reportaron en hombres.

Adicional a lo anterior, en 2019, los suicidios se clasificaron como la segunda causa de muertes no fatales en el departamento, seguido de las enfermedades cerebro vasculares. En el Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019, también se resaltó el suicidio como una de las mortalidades más comunes por causa externa en niñas, niños y jóvenes. En el Análisis de Situación de Salud (ASIS) realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2018), también se ubicó a Amazonas dentro de los cinco territorios con las tasas más altas de suicidio en todo el país (ver tabla 4).

Tabla 2. SemafORIZACIÓN de indicadores de suicidio e intentos de suicidio (2015-2016).

Departamento	Tasa de suicidio 2016	Tasa de intento de suicidio 2015
Amazonas	8,37	1,31
Antioquia	6,02	5,28
Arauca	11,67	4,57
Atlántico	3,48	2,03
Barranquilla	3,43	2,54
Bogotá D.C	4,24	5,06
Bolívar	3,01	2,67
Boyacá	6,07	3,21
Buenaventura	3,01	1,0
Caldas	6,95	4,76
Caquetá	4,09	7,33
Cartagena	3,14	3,79
Casanare	4,8	2,81
Cauca	6,43	5,95
Cesar	4,74	2,82
Chocó	2,11	1,0
Córdoba	5,53	3,04
Cundinamarca	4,77	4,07
Guainía	9,15	4,82
Guaviare	5,62	1,80
Huila	7,94	11,08
La Guajira	2,67	4,07
Magdalena	3,43	2,06
Meta	6,32	1,56
Nariño	6,64	10,89

Departamento	Tasa de suicidio 2016	Tasa de intento de suicidio 2015
Norte de Santander	5,21	3,10
Putumayo	9,22	14,48
Quindío	8,07	3,89
Risaralda	6,21	6,30
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0,95	0
Santander	5,21	3,20
Santa Marta	2,71	1,45
Sucre	5,28	3,17
Tolima	7,38	4,69
Valle del Cauca	4,48	4,6
Vaupés	12,21	2,29
Vichada	2,16	0
Colombia	5,07	4,12

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Registros individuales de prestación de servicios de la bodega de datos SISPRO.

De acuerdo con los datos recopilados en campo por el equipo de investigadores de la Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia) en la comunidad de Nazareth, entre 2015 y 2019 se presentaron nueve casos de suicidio consumados en hombres, de los cuales 3 correspondieron a niños, y 6 a personas entre los 22 y 42 años. En los años 2018 y 2019 también se identificaron cinco intentos de suicidio, de los cuales, tres se presentaron en niñas, niños y jóvenes.

Según algunos actores comunitarios (2019), desde la llegada de la energía eléctrica a la comunidad se resaltan picos importantes de estos eventos. Con la implementación de tecnologías como el celular, el internet o la televisión, algunos actores comunitarios (2019a) consideran que una parte de los jóvenes ha ido cambiando su estilo de vida, tendiendo a colaborar menos en tareas domésticas y comunitarias y a dedicarse más a la música, las redes sociales y a causar, de acuerdo con algunos, desorden público, lo cual va acompañado del irrespeto a la autoridad local y a los adultos mayores. Esto es un reflejo de cambios generacionales, pues a diferencia de la población de los años 60, en la actualidad la comunidad cuenta con muchos jóvenes con otro tipo de formación.

Adicional a lo anterior, la cercanía de Nazareth a otras comunidades que también registran conductas suicidas pone al resguardo en el centro de un escenario complejo que obliga a hacer seguimiento y prevención de los casos.

¿Qué significa la salud y el suicidio para la comunidad tikuna de Nazareth?

Para algunos de los habitantes de esta comunidad la salud mental significa “estar fuerte”, porque cuando una persona está fuerte mentalmente los espíritus no pueden entrar en su cuerpo para hacerle daño u obligarla a hacerse daño. Para estar fuerte son necesarias las protecciones de los médicos tradicionales, quienes colaboran para que una persona tenga equilibrio en los cuatro pilares

del pensamiento tikuna: *kug* (sabiduría o conocimiento); *pora* (poder o fortaleza); *naë* (pensamiento); y *maũ* (vida).

Estos pilares del pensamiento hacen parte de la cosmología tikuna y están relacionados con el principio de poder perpetuar la cultura (*pora*); la capacidad de aprender y participar en esta (*naë*) (Santos, 2013); la existencia del ser (*maũ*) (Goulard, 2009, p. 89); y el saber que se adquiere a través del tiempo mediante la integralidad de los tres elementos anteriores (*kug*) (Citado en Corzo, 2020). La Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia) recomienda profundizar en tales elementos para orientar más eficazmente las estrategias de prevención de las conductas suicidas y de otros problemas de salud mental en el ámbito local.

Con respecto a las nociones sobre el suicidio, se encontraron diferentes explicaciones sobre su ocurrencia desde el punto de vista tradicional. Por un lado, se resalta la presencia de seres de la selva peligrosos que colocan trampas para llevar a las personas hasta la muerte, lo cual se evidencia en el siguiente relato.

Yya, un venado, salía a la selva con una mochila llena de semillas. Debía atravesar un camino para ir a entregarlas, y un hombre que lo observaba se vistió de hojas y *huito*⁹ para camuflarse. Luego apareció *Ukae* y fingió ser *Yya-Yya*, hasta que los espíritus de la selva se dieron cuenta que no era el verdadero, sino que era un impostor. Por eso le tendieron una trampa con una soga en medio de la selva. Cuando *Ukae* iba pasando lo obligaron a pisar en donde habían puesto la soga y entonces la soga quedó amarrada a su cuello y murió ahorcado. En otra versión, *Ukae* es un espíritu maligno que se ahorcó con una soga (Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia, 2019a, p. 16).

Ukae es un personaje ampliamente reconocido por los tikuna y casi siempre fallece por ahorcamiento. Su historia hace parte de la tradición oral y sirve para explicar la conducta suicida en la comunidad desde un punto de vista moral.

Adicional a esta historia, existe otra explicación afín al suicidio relacionada con la existencia de un espíritu llamado *Chachacuna*, reconocido como portador de la maldad que, al entrar en contacto con los seres humanos, los hace perder el sentido de sí y los lleva a hacerse daño a sí mismos. Desde el punto de vista de los tikuna, el *Chachacuna* hace uso de diferentes elementos para lograr que los seres humanos se autolesionen a través de cuchillos, veneno, sogas, entre otros, llevándolos a la muerte.

La presencia de este espíritu funciona como una alerta o factor de riesgo en el sentido epidemiológico, en la medida en que pone en riesgo a la población. Para los tikuna, espíritus como el *Chachacuna* son los que logran quitarle la voluntad a una persona, como en el caso de *Ukae*, quien desprovisto de ésta se quita la vida. De tal manera, la conducta suicida no es resultado de la voluntad de una persona ni de una situación accidental, sino precisamente de quedar en dominio de un

⁹ El *huito* es un fruto del Amazonas cuyo extracto de color negro es utilizado por los tikuna para pintar su piel como modo de protección y purificación de las personas en los rituales (Museo Etnográfico, s.f.).

tercero, un espíritu, que llega ante la existencia de emociones, pensamientos conductas o sentimientos negativos, como lo señala el primer fragmento. Así, lo que estaría en el ámbito de las decisiones individuales de los humanos, es precisamente evitar las conductas que los llevarían a ser vulnerables a la actuación de estos espíritus y, por lo tanto, es allí donde deberían concentrarse las acciones de prevención del suicidio.

Lo anterior permite identificar un elemento necesario a tener en cuenta en la intervención de la conducta suicida, como lo es el conocimiento de la cosmovisión de los pueblos indígenas. Dicha cosmovisión constituye un factor de protección, pues contiene elementos compartidos entre diferentes pueblos indígenas (por ejemplo, la alta valoración de las personas solidarias, generosas y trabajadoras que respetan sus tradiciones y que propenden por el bienestar colectivo), aunque estos se expresen de manera particular dada la diversidad cultural y de contexto en los actuales asentamientos.

IV. Factores de riesgo y factores protectores asociados a conductas suicidas en niñas, niños y jóvenes indígenas

A continuación, se presentan los factores de riesgo y protectores asociados a las conductas suicidas en niñas, niños y jóvenes indígenas de Nazareth, los cuales fueron identificados por la Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia) durante el trabajo de campo desarrollado en la comunidad entre noviembre y diciembre de 2019. Los factores de riesgo se clasifican en los niveles propuestos por el Modelo Ecológico de Brofenbrenner, tal como se expone enseguida.

4.1. Factores de riesgo

4.1.1. Nivel estructural

Tabla 3. Factores de riesgo asociados al suicidio de niñas, niños y jóvenes en Nazareth, Amazonas: nivel estructural.

Nivel	Factores de riesgo
Estructural	<ul style="list-style-type: none">• Choque cultural.• Cultura y espiritualidad.

Fuente: Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia (2019).

Choque cultural

De acuerdo con los entrevistados, el principal factor de riesgo asociado a las conductas suicidas en el ámbito local es el choque cultural derivado del contacto intercultural desigual y prolongado entre las comunidades indígenas y el mundo occidental (Bautista, 2004). Este choque está relacionado con la implantación de modelos de vida materiales correspondientes a la cultura hegemónica global, que se difunden por diferentes medios (a través de las Tecnologías de Información y Comunicación – TIC, el sistema educativo, entre otros) y logran capturar el interés de la población indígena más joven, al mismo tiempo que generarles frustración por las dificultades que supone alcanzar lo que se les ofrece.

En el plano económico, el choque cultural se materializa en la difusión de una economía basada en la acumulación y valores competitivos que colisionan con las lógicas de intercambio y autosustento de la comunidad tikuna de Nazareth. Dada la forma en que la economía mayoritaria se efectúa, las niñas, niños y jóvenes indígenas resultan, de acuerdo con los entrevistados, atraídos por las lógicas de consumo y acumulación y algunos recurren al “dinero fácil” para obtener a cambio un pago que permita cubrir las ‘necesidades’ que les son implantadas. Trabajan en actividades ilícitas afines a la venta de sustancias psicoactivas, mal pagas, que les generan afectaciones adicionales en su bienestar físico y emocional.

Ilustración 5. Representación gráfica de dinero fácil y consumo de sustancias psicoactivas como factores de riesgo asociados al suicidio.



Fuente: Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia (2019).

La imposición de modelos sociales y económicos ajenos a la comunidad genera “espejismos” en los jóvenes, según varios de los entrevistados. Lo anterior ocasiona que las niñas, niños y jóvenes indígenas aprendan un estilo de vida que se configura como una aspiración o "querer ser", pero que es difícil de poner en práctica debido a la situación de aislamiento y desventaja en que se encuentran como consecuencia de la discriminación estructural de la cual son objeto.

Lo anterior genera como consecuencia una fuerte disociación y desarraigo de las niñas, niños y jóvenes indígenas a su cultura, al igual que frustraciones por no poder acceder a bienes básicos (útiles escolares, alimentos, entre otros) y de consumo (ropa, celulares...). El choque cultural produce crisis de identidad que se evidencian en el agotamiento paulatino de prácticas y saberes indígenas, al mismo tiempo que en la desvalorización y negación de lo propio. Trae consigo el debilitamiento de las aspiraciones de las niñas, niños y jóvenes hacia el futuro, tanto fuera como dentro de sus comunidades, el desencantamiento de su realidad y, con ello, la pérdida del sentido de vida.

Ilustración 6. Representación gráfica de aislamiento social y adopción de modelos a seguir como factores de riesgo asociados al suicidio.



Fuente: Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia (2019).

Cultura y espiritualidad

Otras explicaciones afines al suicidio tienen relación con la existencia de un espíritu maligno conocido como *Chachacuna* que divaga por el territorio en búsqueda de personas para hacerles daño en múltiples formas, entre las cuales se encuentra la persuasión para cometer el suicidio. Esta lectura corresponde a un modelo explicativo propio frente a la conducta suicida que da cuenta de la relación sujeto - cuerpo - territorio existente en la cosmovisión tikuna.

La presencia del espíritu *Chachacuna* se explica por el envío de maleficios por parte de chamanes y médicos tradicionales de otras comunidades, considerados enemigos por los tikuna de Nazareth porque causan desorden y fractura social en su territorio. Igualmente se explica por la transgresión de las normas culturales mediante el desarrollo de actividades ajenas, debido a que estas producen reacciones en el espíritu que pueden influir en las decisiones de vida y muerte de las personas que no respetan la cultura. Se considera que cuando los jóvenes están en estado de alcoholemia o han consumido otras sustancias psicoactivas, son más vulnerables a ser atacados por el *Chachacuna*.

Según la Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia, 2019a) la existencia de aquel espíritu da cuenta del malestar social que afronta Nazareth en el presente, como producto del conflicto que tiene con otros pueblos y comunidades, y el distanciamiento de su población con la cultura propia. En 2019, cinco casos de suicidio ocurridos en la comunidad se relacionaron con el mal comportamiento de un joven indígena de Tabatinga (Brasil) durante las fiestas de aniversario de Nazareth, que generó que el abuelo del joven (un chamán) enviara maleficios a la comunidad y de esta manera, se abriera un portal de comunicación con el *Chachacuna*, lo que generó desequilibrios internos e influyó en tales suicidios.

Producto de lo anterior, la comunidad recurrió al desarrollo de diferentes prácticas colectivas para prevenir la ocurrencia de más casos. Hizo rezos, soplos de tabaco, baños con hierbas y dietas colectivas (que consisten en no escuchar música a alto volumen por un tiempo determinado y comer lo que sugieran los(as) abuelos(as), entre otros asuntos), practicas por medio de las cuales se plantea que se lograron detener los suicidios por el resto del año.

Aunque la comunidad de Nazareth afronta diferentes desafíos para el desarrollo de estas prácticas colectivas, debido, entre otras razones, a la ausencia de chamanes en el territorio, la utilidad que aun representan estas prácticas motiva a los tikuna a resaltar la importancia de realizarlas al menos tres veces al año y a contar con el compromiso de todos los habitantes para que tengan éxito. Igualmente, sugieren reconocerlas e incluirlas como una intervención en salud dentro de la ruta institucional de atención a la salud mental en paralelo con otros métodos de prevención. Este último asunto, sin embargo, sigue en debate debido a que algunos actores institucionales consideran que la explicación espiritual del suicidio oculta factores de riesgo adicionales afines a esta situación, como la violencia intrafamiliar y sexual que ocurren dentro de las comunidades y no suelen reconocerse.

4.1.2. Niveles familiar y comunitario

Tabla 4. Factores de riesgo asociados al suicidio de niñas, niños y jóvenes en Nazareth, Amazonas: nivel comunitario.

Nivel	Factores de riesgo
Familiar y comunitario	<ul style="list-style-type: none">• Antecedentes familiares de suicidio.• Debilitamiento de los roles familiares por influencia institucional.• Maltrato familiar, abuso y abandono.• Bullying y consumo de sustancias psicoactivas en el contexto escolar e impactos del sistema educativo sobre las niñas, niños y jóvenes.• Dificultades económicas en la familia.

Fuente: Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia (2019).

Antecedentes familiares de suicidio

El seguimiento a los casos de suicidio ocurridos durante los cinco últimos años en la comunidad por parte de la Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia) evidencia que el hecho de haber tenido una experiencia cercana de intento o muerte por suicidio es otro factor de riesgo y predictor de conductas similares en el territorio, principalmente en aquellos casos en los que nunca existió acompañamiento familiar o social. Este factor de riesgo influye, además, en niñas y niños menores de 10 años, quienes en algunas oportunidades recurren a la imitación de dichas conductas realizadas previamente por familiares u otros miembros de la comunidad.

De acuerdo con los entrevistados, cuando ocurre un caso de suicidio toda la comunidad va a mirar qué sucedió, incluyendo las niñas y niños. Como consecuencia de esto, algunos de estos, por observación e imitación, se han intentado ahorcar en sus hamacas, incluso en presencia de adultos. La idea del suicidio como una forma de resolver conflictos también se ha convertido en un motivo para realizar intentos que a veces resultan en casos consumados.

Debilitamiento de los roles familiares por influencia institucional

La familia es un pilar fundamental para las niñas, niños y jóvenes indígenas en la medida en que forma, acompaña, protege, establece límites y promueve el desarrollo de sus proyectos de vida de acuerdo con la cultura propia. Uno de los factores de riesgo asociados a la desprotección de las niñas, niños y jóvenes indígenas en Nazareth es la sustitución de algunos de los roles de protección y cuidado indígena por parte de la institucionalidad, en la medida en que estos desencadenan un distanciamiento físico y emocional entre los integrantes de la familia, al mismo tiempo que una pérdida de la autoridad de las madres, padres y cuidadores como consecuencia del reemplazo de las prácticas de cuidado y límites propias por aquellas que ofrece la institucionalidad.

Como consecuencia de lo anterior, algunos jóvenes amenazan a sus madres, padres o cuidadores con denunciarlos ante las autoridades correspondientes en caso de ser reprendidos, lo cual genera cierta crítica de la comunidad frente a estas medidas. Particularmente, porque provoca una desorientación en las madres, padres y cuidadores sobre cómo educar a sus hijas e hijos y, posteriormente, una disminución de su participación en los procesos de crianza que a la final se relegan al Estado, quien según algunos de los entrevistados, cuando se hace cargo de las niñas, niños y jóvenes no considera el saber y las prácticas de cuidado tradicionales, claves para garantizar equilibrio espiritual en los tikuna.

Para algunos entrevistados, esto evidencia una “usurpación de las responsabilidades familiares” por parte de la institucionalidad. Como ejemplo se mencionan los Centros de Desarrollo Infantil (CDI), en donde, según algunos, se promueve la separación del núcleo familiar desde la primera infancia con la excusa de garantizar los derechos de la niñez; asunto que, según ellos, choca con las realidades de la comunidad tikuna en la medida en que interrumpe la transmisión de prácticas y conocimientos tradicionales y acentúa el choque cultural entre la sociedad mayoritaria y la población indígena desde temprana edad. Este choque, ya identificado como uno de los principales factores de riesgo asociados a las conductas suicidas en el territorio.

A modo de ejemplo también se referencian los centros educativos, en donde se exige a las niñas, niños y jóvenes el desarrollo de habilidades y saberes que responden a los requerimientos de una sociedad global que, en la mayoría de casos, no tiene en cuenta las particularidades y necesidades de los grupos indígenas. Todo esto propicia el debilitamiento y la ruptura de las redes de apoyo y cuidado que soportan a las niñas, niños y jóvenes en las etapas de tránsito que viven.

Violencia intrafamiliar, sexual y abandono

Casos de violencia intrafamiliar, en ocasiones con presencia de homicidios; amenazas con arma blanca y golpes; y la violencia sexual son considerados también como factores de riesgo afines al desarrollo de conductas suicidas en Nazareth debido a los impactos emocionales y sociales que genera en las niñas, niños y jóvenes indígenas víctimas. La violencia sexual es considerada, particularmente, como un tema de difícil abordaje en la medida en que, una vez ocurrida, la justicia indígena propia no asigna, generalmente, castigos a los responsables y deja conviviendo la víctima con el victimario, lo que expone a las niñas, niños y jóvenes a riesgos reiterativos.

A esto se suma el abandono de las niñas y niños por parte de sus padres, madres o cuidadores, particularmente, jóvenes, cuando estos deciden irse en búsqueda de oportunidades a la ciudad. Según algunos entrevistados, esto deja a las niñas y niños totalmente desprotegidos, con o sin el acompañamiento de sus hermanos(as) mayores que también se encuentran en condición de vulnerabilidad. Y aunque algunas niñas y niños logran quedar al cuidado de otros familiares, muchos despiertan sentimientos de soledad que afectan sus estados emocionales, situación que, para algunos, tienen el potencial de influir en los intentos de suicidio y las muertes autoinfligidas.

Bullying y consumo de sustancias psicoactivas en el contexto escolar e impactos del sistema educativo sobre las niñas, niños y jóvenes indígenas

Tal como se ha identificado en algunos casos de intento de suicidio de jóvenes en Nazareth, diferentes situaciones que se presentan en el contexto educativo como el *bullying* y el consumo de sustancias psicoactivas, sumado al desarraigo cultural y familiar asociado a la implementación del modelo de educación nacional, también se identifican como factores de riesgo afines al suicidio de esta población. De acuerdo con varios de los entrevistados, la implementación de una educación foránea vigoriza el deseo de acceso a nuevas necesidades y genera en algunas niñas, niños y jóvenes dificultades para cumplir con las expectativas que les son exigidas en este contexto, lo que se refleja en el frágil rendimiento educativo. Esto, junto con los otros factores ya mencionados, provoca desencantos por el sistema escolar y, paralelamente, un distanciamiento de la cultura que redonda en desorientación, sentimientos de vacío y 'no futuro' y afectaciones en las ganas de vivir de algunos jóvenes.

Ilustración 7. Factores de riesgo asociados al suicidio (burlas, bullying) e internados.



Fuente: Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia (2019).

Lo anterior se acentúa ante el desconocimiento y falta de herramientas con las que cuentan los(as) docentes para identificar posibles ideaciones e intentos de suicidio en sus estudiantes o, principalmente, prevenirlos. De igual manera, se acentúa como consecuencia de la falta de comunicación de los(as) profesores con los(as) mayores(as) de las comunidades, quienes conocen y emplean diferentes técnicas para abordar este tipo de conductas desde la cosmovisión propia.

Ilustración 8. Dificultades escolares y problemas familiares como factores de riesgo asociados al suicidio.



Fuente: Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia (2019).

Dificultades económicas en la familia

Los procesos de acompañamiento familiar logrados en el marco del trabajo de campo desarrollado por la Universidad igualmente permitieron identificar que las dificultades económicas en las familias constituyen otro factor desencadenante de las conductas suicidas en Nazareth. El cambio de paradigma de una economía de autoabastecimiento (chagra, pesca, caza o trueque) a una más articulada a la sociedad de mercado, se considera como generadora de nuevas percepciones sobre lo que se requiere para el sostenimiento familiar. Dichas exigencias provocan la necesidad de acceso a dinero para adquirir productos externos, lo que en muchos casos desencadena que determinados grupos familiares abandonen sus medios de sustento tradicional y dependan de la economía de mercado, frente a la cual se encuentran en dificultades de mantenerse debido a su inserción desigual en la sociedad mayoritaria.

La inserción de las familias indígenas de Nazareth a la economía de mercado hace que muchas madres, padres y cuidadores empleen su tiempo en actividades de 'rebusque' que refuerzan el quiebre de sus relaciones con sus hijas e hijos en la medida en que se van a trabajar a la ciudad. Igualmente, refuerzan el mensaje de otorgar importancia al acceso de dinero para la compra de bienes y servicios básicos o de consumo. Esto, sumado a la estancia de las niñas, niños y jóvenes en los centros educativos, aviva sentimientos de soledad en esta población.

4.1.3. Nivel individual

Tabla 5. Factores de riesgo asociados al suicidio de niñas, niños y jóvenes en Nazareth, Amazonas: nivel individual.

Nivel	Factores de riesgo
Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. • Desencuentro entre las normas tradicionales relacionadas con la selección de pareja y el amor romántico occidental. • Exclusión por discapacidad.

Fuente: Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia (2019).

Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas

El fácil acceso y consumo de sustancias psicoactivas y, principalmente, alcohol, se considera como otro factor relacionado con los casos de suicidio en el ámbito local. No en vano, cuatro de las cinco personas que decidieron terminar con sus vidas en 2019 se encontraban en estado de alicoramiento previo.

Vale la pena resaltar que el consumo de este tipo de sustancias difiere del uso de las bebidas tradicionales (chicha, masato o paya barú) en los rituales y fiestas tikuna, en la medida en que estas últimas, de acuerdo con los entrevistados, generan grados de exaltación distintos a los que provocan las sustancias foráneas. Asimismo, porque en el contexto tradicional no solo se consumen bebidas fermentadas, elaboradas de manera tradicional, sino que se realizan una serie de actividades que procuran el bienestar de la comunidad. Se acostumbra a consumir productos derivados de plantas como la hoja de coca o el tabaco que, acompañados de acciones como el baile, rituales y rezos, cumplen un propósito a nivel individual, familiar o comunitario que afianza los lazos sociales y de equilibrio con el entorno.

En contraste, el consumo de sustancias foráneas como la cachaza (alcohol de origen brasilero), la cerveza, el chirinche (derivado del guarapo), la chuchuwasa (alcohol de origen peruano), el chamber¹⁰ y otras bebidas de bajo costo no se consumen bajo el marco tradicional de los rituales y, aunque son prohibidas durante las celebraciones tikuna, muchas veces se consumen después de estas fiestas. Se considera que dichas bebidas causan violencia y funcionan como medidas de evasión de las normas sociales y como mecanismos de negación de situaciones individuales no resueltas. Igualmente se cree que exaltan los sentimientos de soledad, frustración y carencia afectiva de sus consumidores. Además de definirse como detonantes de las conductas suicidas en jóvenes, las sustancias foráneas también se reconocen como desencadenantes de otras problemáticas como la violencia intrafamiliar y sexual que ocurren a nivel comunitario.

El fácil acceso a sustancias psicoactivas y alcohol se explica, en parte, por la existencia de actividades ilícitas como el contrabando y el microtráfico en el territorio, y la participación de diferentes miembros de la comunidad en estas actividades, entre ellos jóvenes, además de los bajos precios de estos productos. De acuerdo con la Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia, 2019a), la

¹⁰ Bebida alcohólica casera hecha con alcohol antiséptico y un sobre de refresco en polvo (Ej. Tuti Frutti).

principal sustancia psicoactiva consumida es la marihuana, a la cual algunas niñas y niños menores de 18 años, estudiantes del internado y jóvenes que prestan el servicio militar en Leticia recurren de forma clandestina. Se presume que su consumo refuerza que esta población se aleje de sus familias, no reconozcan a la autoridad indígena como garante de sus derechos y no acepten sus reclamos y señalamientos.

Ilustración 9. Consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y problemas familiares como factores de riesgo asociados al suicidio.



Fuente: Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia (2019).

Las familias de las niñas, niños y jóvenes indígenas consumidores reconocen que desconocen las formas más adecuadas para abordar esta situación. Como resultado, algunos emplean el lenguaje verbal agresivo e incluso la violencia física para corregirlos. Otros, en cambio, no hacen nada para evitar roces entre la relación papá-mamá/hija-hijo. De hecho, en algunos relatos, las familias indican sentir temor de hacer reclamos a sus hijas e hijos consumidores, debido a que han recibido amenazas de que si no los aceptan como son “se matan” o “se cuelgan” y ante la materialización previa de algunos de estos hechos, el temor aumenta y la posibilidad de injerencia de las madres, padres y cuidadores disminuye.

Desencuentro entre las normas tradicionales relacionadas con la selección de pareja y el amor romántico occidental

Un factor de riesgo adicional afín al suicidio de niñas, niños y jóvenes indígenas en Nazareth tiene que ver con el desencuentro que se presenta entre las normas tradicionales relacionadas con la selección de pareja y las nociones de amor romántico heredadas de occidente, y fortalecidas a través de medios de comunicación, procesos occidentales de enseñanza o contacto permanente con la ciudad.

De acuerdo con la cosmovisión tikuna, para mantener un orden familiar, evitar el incesto y problemas de tipo espiritual, cada persona que nace queda afiliada al clan paterno. Los clanes se organizan en dos conjuntos que prohíben los matrimonios en su interior y los prescriben con el otro. Así, la sociedad tikuna se organiza en mitades exogámicas, por lo tanto, las parejas que van a constituir una familia deben pertenecer a mitades opuestas. Por ejemplo, uno de los cónyuges puede ser del clan de aire/pluma (guacamaya) y el otro del clan de tierra/pelo (tigre). Se ha calculado que existen cerca de 30 clanes, que además del matrimonio también tienen implicaciones en temas como la noción de persona o las relaciones con el territorio. En este contexto, las personas que pertenecen a los mismos conjuntos de clanes son parientes y además de no poderse casar, tampoco pueden tener ningún tipo de relación amorosa, pues esto se considera incesto.

Los médicos tradicionales advierten que casarse con miembros del mismo clan o de clanes parientes genera rechazo por parte de los espíritus del territorio y por ello “nunca se estará bien” y se generarían grandes problemas que incluso pueden llevar al suicidio. En este contexto, no tener clan significa no ser tikuna, por lo tanto, al establecer relaciones afectivas con alguien que no es tikuna, se producen riesgos, no solo para la pareja implicada, sino también para todo el pueblo. La situación anterior puede provocar la presencia de entidades espirituales que conllevan peligros no sólo para el territorio (la chagra, la pesca, la caza etc.), sino también para el equilibrio vital de los individuos y la comunidad.

Ilustración 10. De niñas a mujeres. Paso a escoger pareja clánica.



Fuente: Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia (2019).

La razón por la cual el desencuentro entre las normas tradicionales relacionadas con la selección de pareja y las nociones de amor romántico heredadas de occidente representan un factor de riesgo asociado al suicidio de niñas, niños y jóvenes indígenas es que varios de los casos de suicidio se han asociado a relaciones sentimentales y conyugales entre personas del mismo clan o con grandes diferencias de edad. En muchos de los casos, los jóvenes hacen referencia a la “imposibilidad de estar

con el ser amado” dado el impedimento familiar o el señalamiento social-comunitario ante una falta irremediable que genera desequilibrio o impone una carga a la comunidad por no cumplir las leyes de origen.

Esta situación se empezó a evidenciar en las últimas décadas. Los abuelos señalan que “antes ese problema no existía” puesto que los jóvenes adultos se ajustaban a las normas para constituir familia y el respeto por los clanes evitaba cualquier problema. Los abuelos explican que las invasiones de todo tipo han hecho que los jóvenes escojan sus parejas más por interés personal que por seguir sus usos y costumbres. Entre esas invasiones que se alejan de lo tradicional destacan la presencia del ser occidental que influyó en el cambio de las costumbres, la llegada de nuevas ideas por medio de las iglesias, la educación e incluso la tecnología.

Sobre lo anterior, los adolescentes señalan que “la imposición de la tradición los limita en muchos aspectos y uno de ellos es lo afectivo”, puesto que los lleva a tomar decisiones lejanas de sus intereses y muchas veces coercitivas. La muerte se concibe entonces como una salida a las imposiciones de sus familias. Aspectos como la infidelidad, las rupturas, los celos y otro tipo de situaciones que antes se curaban desde lo tradicional, la dieta¹¹ y el respeto a lo espiritual, llevan a los jóvenes a tomar decisiones, en muchos casos, fatales o a tratar de llamar la atención mediante medidas que pueden llegar a costarles la vida (algunos intentos de suicidio se han empezado a entender como llamados de atención más no como hechos deseados de muerte).

Exclusión por discapacidad

Uno de los casos de suicidio identificados por la Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia) en campo se atribuyó a la exclusión de un joven con discapacidad cognitiva por parte de su familia. La historia del joven relata que este se cayó cuando era niño y después de esto el espíritu de un animal entró en su cuerpo, lo cual, de acuerdo con la cosmovisión propia, debilitó una de sus fuerzas vitales y lo fue afectando poco a poco. Según la familia, la discapacidad del joven se desarrolló por *cutipe* (explicación desde lo tradicional a varias formas de padecimiento en la primera infancia, debido al incumplimiento de baños, rezos o rituales de protección) y a pesar de recurrir a los médicos tradicionales, los remedios no lo curaron porque ya había pasado mucho tiempo y tanto el cuerpo como el espíritu quedaron afectados permanentemente.

Desde otra mirada, algunos agentes institucionales señalaron que la misma familia trataba a su hijo de loco y el niño al no tener algún tipo de apoyo se sintió paulatinamente discriminado, lo que impactó en su equilibrio emocional y, posiblemente, lo llevó a causar su muerte. Se trata de un asunto complejo de abordar, que requiere profundizarse, pero se asocia, preliminarmente, como un factor de riesgo adicional afín a las conductas suicidas dentro de la comunidad.

¹¹ Tal como se especificó en los factores de riesgo del nivel estructural, en la comunidad tikuna de Nazareth la dieta es una práctica tradicional que consiste, entre otros asuntos, en no escuchar música a alto volumen por un tiempo determinado y comer lo que sugieran los(as) abuelos(as). Esta práctica se considera útil para fortalecer el equilibrio de la comunidad, detener o disminuir las muertes autoinflingidas.

4.2. Factores protectores

Una vez identificados los factores de riesgo afines a las conductas suicidas en Nazareth, la Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia), identificó una serie de factores que se consideran preventorios de estas conductas. Estos involucran la puesta en práctica de actividades tanto propias como externas orientadas a fortalecer, en el primer caso, el conocimiento y compromiso de toda la comunidad en la prevención de las conductas suicidas, la trasmisión de saberes entre generaciones, promover la participación coordinada y permanente de los médicos tradicionales y la práctica de La Pelazón. En el segundo caso, las actividades están enfocadas a proveer espacios de esparcimiento a las niñas, niños y jóvenes y garantizar la regulación de la venta y consumo de alcohol y SPA en el territorio.

Tabla 6. Factores protectores asociados al suicidio de niñas, niños y jóvenes en Nazareth, Amazonas.

Nivel	Factores protectores
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades que favorezcan el encuentro entre niñas, niños y jóvenes. • Fortalecimiento del manejo de emociones que se refleje en las interacciones con las otras personas. • Restricción de la venta y del consumo de SPA y regulación del consumo de alcohol. • Establecimiento de normas o reglas de convivencia a manera de control interno en la comunidad. • Desarrollo de actividades lúdicas afines a la lectura, el arte y el teatro como entorno protector y disposición de escenarios para la práctica de las mismas.
Comunitario	<p>Emprender acciones de capacitación a corto y mediano plazo sobre los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A corto plazo: aprender a identificar la ideación suicida, cambios de comportamiento y a hablar sobre cómo se sienten las personas. • A mediano plazo: construir una ruta de atención para que toda la comunidad sepa qué hacer en casos de ideación o intento suicida. Esta ruta deber incluir la atención de un médico tradicional y atención psicológica (con enfoque étnico).
Cultural	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la transmisión del conocimiento ancestral entre generaciones. • Práctica de fiestas tradicionales como el ritual de La Pelazón. • Trabajo en la maloca por parte de los médicos tradicionales para proteger a la comunidad y hacer curaciones espirituales que prevengan la incorporación de malos espíritus en el territorio (hacer baños y purgas desde la medicina tradicional, rezar a la comunidad tres a cuatro veces al año con dieta y protección, hacer purgas para que las personas no fumen ni tomen alcohol). • Promoción y ejercicio del derecho de las niñas para prepararse para La Pelazón por medio del encierro temporal, el acompañamiento familiar y el desarrollo individual. • Trabajo conjunto con médicos tradicionales del Trapecio Amazónico. • Fortalecimiento y seguimiento de mandato de <i>Yoi e Ipi</i>, es decir, realizar monitoreo y hacer caso a las leyes de origen. • Seguir el consejo de los(as) abuelos(as).

Nivel	Factores protectores
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de las responsabilidades de las familias en la educación de sus hijas e hijos (establecimiento de límites, comunicación de consejos, transmisión de saberes y prácticas, reporte y búsqueda ante situaciones de desaparición, entre otros). • Tamizaje de casos de consumo de alcohol en la comunidad y seguimiento a casos particulares.
Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la reflexión en torno a la identificación y manejo de las emociones. • Fomento de la tenencia y cuidado de la chagra. • Desarrollo de actividades diversas en el tiempo libre.

Fuente: Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia (2019).

V. Debilidades y fortalezas institucionales en torno a la prevención de la conducta suicida

Como resultado de las entrevistas y grupos focales aplicados en territorio por la Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia), se encontró que asuntos como incorporar el enfoque diferencial y reconocer la importancia de la interdisciplinariedad en el análisis y abordaje de las conductas suicidas, e implementar programas enfocados en la apropiación de la cultura en el ámbito local, representan fortalezas de los agentes del SNBF para aportar a la prevención de las conductas suicidas. No obstante, la falta de una política nacional de salud indígena que aborde la salud mental desde un enfoque diferencial e intercultural, la no incorporación de las autoridades indígenas en las rutas de atención de la conducta suicida y la débil preparación y experiencia de algunos(as) profesionales que brindan atención a esta población se resaltan como cuestiones que dificultan la prevención de dichas conductas y la atención a las familias de las niñas, niños y jóvenes que han decidido causar su muerte.

Las fortalezas y debilidades institucionales identificadas se presentan enseguida de forma diferenciada desde el punto de vista político y operativo. Se considera que trabajar en su fortalecimiento puede contribuir a prevenir el suicidio de niñas, niños y jóvenes tikuna en Nazareth en el mediano y largo plazo.

Fortalezas políticas

- Las directrices institucionales del orden nacional incorporan el enfoque diferencial en el análisis de la conducta suicida y los determinantes sociales asociados a esta.
- Sobresale el interés de los(as) servidores(as) públicos para comprender la importancia de la interdisciplinariedad en la intervención institucional y el enfoque diferencial.
- El sector Salud registra y cuenta con lineamientos claros para la gestión de información sobre intentos de suicidio y suicidio consumados en el SIVIGILA en los órdenes departamental, municipal y comunitario.
- Se resalta el interés de la Sede de la Dirección General del ICBF para comprender la conducta suicida en población indígena, por lo que se considera que esta entidad puede ayudar en la construcción de una ruta interinstitucional de atención.

Fortalezas operativas

- Existen equipos de trabajo interdisciplinarios que asisten a las comunidades indígenas del Trapecio Amazónico. Un ejemplo de estos son los grupos de trabajo del ICBF que cuentan con psicólogos(as) y trabajadores sociales que se desplazan a las comunidades étnicas.
- Existen programas de promoción de la salud en los órdenes departamental y municipal que incluyen a las comunidades indígenas.
- Existen programas en los que profesionales de vigilancia epidemiológica del sector Salud, ligado normalmente a los PIC, brindan acompañamiento a las familias y comunidades.

- El programa de Generaciones Étnicas con Bienestar, liderado por el ICBF, permite acompañar a los jóvenes y contribuir a la prevención de la conducta suicida.
- La existencia de diferentes estrategias institucionales como el programa ReSA, liderado por el DPS, por medio del cual las familias construyen huertas; el Convenio entre el SENA y el Internado María Auxiliadora, a través del cual se ofrece educación técnica agropecuaria a jóvenes; y el Convenio entre el Ministerio del Deporte y la OEI para fortalecer y promover el deporte en las comunidades fomentan el liderazgo de esta población y regulan el uso de su tiempo libre. Asimismo, contribuyen al desarrollo y apropiación de la cultura, el desarrollo de procesos productivos y fortalecen la calidad de vida de los jóvenes y sus familias.

Debilidades políticas

- Pese a lo anterior, se resalta que no existe una política de salud indígena de orden nacional que aborde el tema de salud mental desde un enfoque diferencial, intercultural y que incluya las definiciones propias de salud mental de los pueblos indígenas.
- Los lineamientos de programas y planes institucionales no incorporan el enfoque intercultural en el abordaje de la salud mental.
- Las rutas institucionales de atención de la conducta suicida no cuentan con un enfoque diferencial que permita la participación de las autoridades indígenas y de la comunidad en los procesos de atención.
- El tema de la conducta suicida no está posicionado en los espacios de discusión de las Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas (AATIS), ni en las Mesas Permanentes de Concertación.

Debilidades operativas

- Se resalta la falta de articulación institucional que, en muchas ocasiones, conlleva a la revictimización de la población o al asistencialismo. El cumplimiento de indicadores por cada entidad dificulta en varios casos el trabajo articulado con otras entidades y la comunidad.
- La falta de continuidad de los(as) servidores en sus cargos y la sobrecarga de trabajo dificulta el desarrollo de intervenciones institucionales de calidad, principalmente en las zonas rurales dispersas.
- Sobresale la débil preparación y experiencia de algunos(as) profesionales que brindan atención a las comunidades indígenas ubicadas en el sector rural, principalmente en materia de enfoque diferencial, intercultural y trabajo previo con grupos étnicos, lo que pone en riesgo la calidad e impacto de su intervención.
- Varios(as) servidores(as) desconocen cuáles son los lineamientos de salud mental que aplican en contextos indígenas. Asimismo, estos no se encuentran capacitados en primeros auxilios psicológicos para abordar casos de emergencia.
- En los internados, los docentes sólo hablan en español.
- Los(as) profesionales de entidades públicas se limitan a dar cumplimiento a los lineamientos institucionales que generalmente no se encuentran adaptados al contexto sociocultural.

- Los(as) servidores(as) desconocen las rutas de atención en casos de conducta suicida y, por ende, los roles y competencias de cada entidad en esta. Producto de lo anterior, muchos casos de ideación, intento de suicidio y suicidio se omiten o se pasan por alto. También se percibió falta de empatía por parte de algunos(as) funcionarios(as) frente al tema.
- La atención que se ofrece actualmente se dirige solo a los casos de ideación o intento de suicidio, pero no existen programas para atender a las familias que han tenido integrantes con suicidio consumado.
- Aunque los lineamientos de atención del ICBF incluyen el enfoque diferencial, su puesta en práctica es poco exitosa debido a que priman los conceptos y tiempos institucionales sobre lo comunitario. Esto redundo en una intervención institucional parcial.
- Como consecuencia de varias de las debilidades institucionales ya referidas, las comunidades perciben a las entidades del Estado como proveedoras, en vez de dinamizadoras. Asimismo, los indígenas son percibidos por las instituciones como receptores de bienes y servicios, pero no como sujetos de derechos.

VI. Propuesta de orientaciones para la prevención de la conducta suicida en niñas, niños y jóvenes indígenas de Amazonas

Una vez identificadas las fortalezas y debilidades institucionales para prevenir las conductas suicidas en niñas, niños y jóvenes indígenas de Nazareth, enseguida se proponen un conjunto de orientaciones individuales, familiares y organizacionales/institucionales, para realizar un abordaje apropiado de tales eventos en el ámbito local.

Las orientaciones se dirigen tanto a agentes institucionales, como a las autoridades indígenas tikuna debido a que aun cuando la cosmovisión propia se define como uno de los principales recursos para enfrentar las conductas suicidas en el territorio, también se presentan retos surgidos por el contacto y la articulación con los sistemas de conocimiento y prácticas occidentales que requieren ser abordados y articulados. En este sentido, no solo se comprende la cosmovisión para entender algunos hechos y formular orientaciones en la prevención de la conducta suicida para los pueblos indígenas, sino también para incorporar la particularidad de cada pueblo y sensibilizar a los actores institucionales en el momento de la formulación focalizada de dichas disposiciones.

Antes de presentar cada una de las orientaciones señaladas, se aclara que en el nivel familiar se concibe al ser indígena como sujeto colectivo, integrante de una familia nuclear y extensa que abarca el territorio (incluso traspasando fronteras políticas), la cosmovisión y constitución del ser individual y colectivo. En el nivel individual, el ser indígena se define como sujeto de derechos y constitutivo del cuerpo colectivo de una familia, una etnia y un territorio ancestral.

6.1. Nivel Organizacional/Institucional

- Brindar herramientas a madres y padres para identificar y afrontar el riesgo de ideación suicida, principalmente, en familias con antecedentes de conductas suicidas.
- Dar continuidad a los procesos de investigación y acompañamiento liderados por agentes institucionales en conjunto con equipos interculturales conformados por sabedores indígenas encaminados a prevenir el suicidio y las violencias contra niñas, niños y jóvenes, así como fortalecer el abordaje de la salud mental.
- Incorporar dentro de la ruta de trabajo interinstitucional la perspectiva de salud espiritual tikuna como elemento que contribuye a prevenir o abordar situaciones de violencias contra niñas, niños y jóvenes, así como el consumo de sustancias psicoactivas y las conductas suicidas, entre otros.
- Establecer mecanismos de participación de las niñas, niños y jóvenes indígenas para realizar ajustes en los espacios educativos según sus necesidades e intereses.
- Retomar el uso del calendario ecológico ancestral en los procesos de educación y socialización de las niñas, niños y jóvenes como una forma de contribuir a la recuperación de

los usos y costumbres tikuna y al fortalecimiento de los elementos de protección tradicionales.

- Crear escuelas de madres, padres y cuidadores en los que los(as) sabedores(as) tradicionales y agentes del SNBF cualifiquen a las familias desde una perspectiva intercultural para fortalecer sus roles de cuidado.
- Fortalecer la formación intercultural relacionada con el autocuidado y la protección de enfermedades físicas y espirituales en la maloca por medio de la tradición oral bajo el liderazgo del cabildo y los líderes de las AATI.
- Facilitar el desarrollo de actividades deportivas y artísticas autóctonas y foráneas que funcionen como alternativas al tiempo libre y contribuyan a la protección de las niñas, niños y jóvenes indígenas.
- Hacer uso de herramientas tecnológicas para fortalecer la tradición oral como forma de transmisión de conocimientos propios y protección de las niñas, niños y jóvenes indígenas.
- Fomentar la participación de los agentes institucionales en las fiestas tradicionales mediadas por la ritualización para formar desde la experiencia tikuna tanto a las niñas, niños y jóvenes indígenas como a los miembros de la extensa malla protectora¹² que viene desde el Estado.
- Fortalecer el gobierno propio para limitar el accionar de sujetos o colectivos que generen daño a las niñas, niños, jóvenes indígenas y a la comunidad en general, por ejemplo, por medio de la distribución y persuasión del consumo de SPA.

6.2. Nivel familiar y comunitario

- Desarrollar rutas integrales de atención concertadas con las comunidades y en especial con las familias que tienen antecedentes de conductas suicidas y promover que los sujetos y grupos familiares se consoliden como redes de protección.
- Fortalecer las redes familiares de cuidado y brindar herramientas a las familias para facilitar la protección y la prevención de situaciones de violencia y contribuir a una toma de decisiones asertiva en esta materia.
- Promover los espacios de diálogo entre familias nucleares y clanes, incluyendo temas de sistemas de protección tradicional y occidental.
- Fortalecer el uso de la lengua nativa en los procesos de enseñanza, desarrollo de actividades diarias y transmisión de saberes intergeneracionales.
- Generar mecanismos de participación y toma de decisiones intergeneracionales donde las niñas, niños y jóvenes sientan que son partícipes de su propio destino sin trasgredir elementos tradicionales y sin recurrir a situaciones de riesgo.
- Reforzar la transmisión y apropiación del conocimiento sobre los sistemas tradicionales de cuidado que van desde la preparación a una futura gestante hasta la ritualidad.

¹² De acuerdo con Corzo (2020), la malla protectora tikuna hace referencia al cuidado que ejerce cualquier integrante de la comunidad a las niñas, niños y jóvenes, el cual es responsabilidad de la colectividad.

- Retomar en la organización indígena los roles tradicionales de cuidado, enseñanza y aprendizaje que garanticen el manejo de dietas y el respeto por los ciclos ecológicos del río y la selva, y los lugares territoriales donde se gesta y mantiene la vida.

6.3. Nivel Individual

- Desarrollar procesos de reconocimiento de emociones y manejo efectivo de conflictos con perspectiva intercultural.
- Desarrollar mecanismos que ayuden a las niñas, niños y jóvenes en la toma de decisiones de cara a la presencia y fácil acceso a SPA y alcohol en el territorio.
- Promover la inclusión social de niñas, niños y jóvenes indígenas con discapacidad en el ámbito comunitario.
- Garantizar la participación de las niñas, niños y jóvenes indígenas en la construcción colectiva de soluciones a problemas que ocurren en la comunidad con el fin de tener en cuenta sus propuestas y aportes e impulsar su liderazgo.
- Promover los usos y costumbres en materia de ritualidad de protección, dieta y cuidado desde la concepción hasta la adultez indígena.
- Sensibilizar a las niñas, niños y jóvenes indígenas en usos y costumbres relacionados con el manejo afectivo, las relaciones de pareja, el manejo clínico y aspectos interculturales afines a la identidad.

VII. Conclusiones y recomendaciones

Dado que el principal factor de riesgo asociado al suicidio de niñas, niños y jóvenes indígenas en Nazareth, Amazonas es el choque cultural, similar a como ocurre en las comunidades de Macaquiño y Pueblo Nuevo en Vaupés y el departamento de Guainía, se considera que las acciones institucionales orientadas a la prevención y abordaje de la conducta suicida deben trascender la particularidad de estas conductas y enfocarse paralelamente en elementos de gobernanza, identidad, autonomía y pervivencia de los pueblos indígenas. Es importante entender el suicidio en los propios términos de cada pueblo indígena y construir con ellos las opciones para prevenirlo.

Por lo anterior, las siguientes son acciones claves para contribuir a la prevención de conductas suicidas: generar estrategias de acción sin daño apropiadas a los territorios, a los grupos y pueblos indígenas; posicionar el diálogo de saberes, la investigación colaborativa, participativa y la investigación propia como estrategia fundamental del trabajo sectorial e intersectorial con los grupos y pueblos indígenas; y garantizar la implementación del enfoque étnico diferencial en las instituciones del Estado con acompañamiento de las organizaciones indígenas locales, entre otros.

Ante los argumentos presentados, la Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia (2019b), líder en el desarrollo de esta investigación, con el apoyo y seguimiento del Observatorio del Bienestar de la Niñez (OBN) de la Sede de la Dirección General del ICBF, invita a todas las instituciones públicas, privadas, regionales, nacionales e internacionales que trabajan con pueblos indígenas a identificar su rol en la prevención de la conducta suicida que actualmente afecta a diferentes comunidades indígenas, entre las que se encuentra Nazareth en Amazonas. Las convoca para articularse y contribuir con la mitigación de esta situación en esta población.

Para lo anterior, la universidad sugiere profundizar en la construcción conjunta de nociones que permitan potenciar los recursos locales y tejer un diálogo con la diversidad de formas de ver y entender los procesos salud/enfermedad, muerte y duelo. Y, con base en ello diseñar, articulada y conjuntamente, acciones pertinentes.

Dicho lo anterior, a continuación, se presentan algunas recomendaciones propuestas por la Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia), en torno a la prevención y abordaje de la temática investigada en los órdenes nacional, departamental y local, los cuales, son transversales para los tres territorios estudiados (Vaupés, Amazonas y Guainía). Esto, en la medida en que resaltan asuntos generales para tener en cuenta al momento de abordar la prevención del suicidio a partir de elementos de gobernanza, identidad, autonomía y pervivencia de los pueblos indígenas.

Orden nacional

- Transversalizar en los documentos de política, planes, programas y proyectos institucionales, los enfoques de derechos, curso de vida, diferencial (género, étnico, discapacidad) y poblacional, entre otros.
- Fortalecer la comunicación inter e intrainstitucional para vigorizar la articulación, evitar el desarrollo de intervenciones fragmentadas o reiteradas y optimizar recursos.
- Articular acciones de prevención, atención y seguimiento a la conducta suicida en pueblos étnicos indígenas. En el orden nacional se han establecido lineamientos intersectoriales de prevención, atención y seguimiento de la conducta suicida con enfoque étnico indígena, especialmente en el sector salud y en el ICBF; sin embargo, al momento de implementarlos en el ámbito territorial, el enfoque intersectorial se desdibuja y cada una de las instituciones del SNBF realiza acciones de manera desarticulada, lo que ocasiona daño y revictimización a las personas, familias y comunidades que viven un evento de ideación, o intento suicida o suicidio consumado, o que presentan factores de riesgo para su acontecer. Por esto, es importante que los encargados de implementar las acciones, las realicen de manera conjunta y de no ser posible, se tengan en cuenta las intervenciones realizadas previamente por otros actores al momento de actuar.
- Incluir la conducta suicida como un tema prioritario en las mesas de discusión nacional por parte de las autoridades indígenas, las instituciones públicas y organizaciones internacionales. Adicionalmente, mantener una comunicación de doble vía con las comunidades para incluir sus preocupaciones, necesidades y comunicar los resultados y avances en los ámbitos territorial, local y comunitario en materia de prevención y atención de esta temática.
- Incorporar los temas de salud mental y conducta suicida en las mesas de salud de los ámbitos nacional, departamental y local establecidas para la construcción colectiva del Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural (SISPI). Lo que implica incluir y problematizar las nociones propias de salud mental y reflexionar desde el conocimiento indígena, es decir, trasladar el tema a los propios términos y definiciones de las comunidades.
- Abordar la prevención y atención desde los determinantes sociales y factores de riesgo. El estudio de la conducta suicida muestra que este comportamiento es complejo y multicausal. Por esta razón, el abordaje debe realizarse desde la intervención integral de los determinantes sociales y la prevención de los factores de riesgo, es decir por medio del fortalecimiento de los recursos propios, familiares y sociales. Lo anterior, para prevenir la aparición de los factores de riesgo o de los eventos mismos y atender al individuo, la familia y la comunidad una vez aparezca alguna conducta suicida.
- Movilizar recursos propios para fortalecer la oferta institucional frente al suicidio, así como para potenciar las competencias de los(as) servidores(as) que trazan líneas nacionales y operan a nivel territorial y local en esta materia.
- Mejorar los sistemas de información de cada uno de los agentes del SNBF. Esto incluye la unificación de algunas variables para evitar duplicar las entrevistas o los reportes y la desagregación de datos por etnia, género y etapa del curso de vida. También se debe contemplar la posibilidad de que los datos obtenidos a través de los sistemas de vigilancia

comunitaria puedan ser incorporados para facilitar el establecimiento de indicadores de seguimiento y evaluación de las acciones realizadas por cada agente del SNBF.

- Establecer mesas de diálogo con la academia con el fin de incluir el enfoque étnico en los pregrados de salud, ciencias sociales y ciencias humanas, de tal manera que los futuros profesionales tengan las competencias necesarias para realizar las actividades de promoción del bienestar de las personas, familias y comunidades. Asimismo, para que tengan la capacidad de prevenir los factores de riesgo asociados a la conducta suicida, tener conocimientos para la atención integral y seguimiento de estas conductas de manera individual, familiar y colectiva.
- A pesar de la normatividad vigente, aún no hay una inclusión real y efectiva de la medicina tradicional y los saberes propios en la oferta de servicios de salud en los departamentos y municipios con población étnica indígena, por esto se sugiere hacer seguimiento a las estrategias de fortalecimiento institucional, incluido el talento humano, y la ampliación de oferta de servicios en zonas rurales dispersas, con capacidad de manejo de las problemáticas en salud mental con enfoque diferencial, especialmente en los municipios con presencia de comunidades étnicas indígenas. Así mismo, continuar trabajando en la consolidación del SISPI.
- Gestionar recursos por parte del sector Educación para la provisión de talento humano local capacitado en saberes y prácticas propias, con el fin de que la educación de las niñas, niños y jóvenes se fortalezca en torno a su cultura, y conozcan y promuevan sus nociones propias de buen vivir.
- Evaluar los impactos del modelo de internados en las comunidades étnicas para identificar aspectos como la desagregación familiar y comunitaria, el consumo de sustancias psicoactivas, la pérdida de usos y costumbres de su pueblo de origen, casos de violencia sexual que se puedan presentar al interior, ya sea por pares o por personal docente y presencia de otros factores de riesgo que afectan a las niñas, niños y jóvenes indígenas en estos contextos.
- Articular los lineamientos de las diferentes subdirecciones y programas del ICBF. Para esto, se debe tener en cuenta la oferta institucional presente o ausente en los territorios, así como los recursos propios indígenas. Además, generar y priorizar acciones según las necesidades de cada territorio y tener en cuenta siempre aquellas acciones que prevengan el riesgo de problemas o situaciones de salud mental y conducta suicida.
- Plantear acciones en lenguaje propio y de manera sencilla. Se sugiere que las acciones propuestas, además de integrales, sean planteadas con los usos del lenguaje y los conceptos propios de cada pueblo y a través de un lenguaje sencillo (no técnico), de tal manera que puedan ser aplicadas por todas las comunidades de los pueblos étnicos indígenas. Adicionalmente, articular las propuestas de intervención con los planes de vida de los pueblos étnicos.
- Desarrollar un plan intersectorial concertado con las autoridades indígenas para el fortalecimiento de las capacidades y herramientas de las AATI para prevenir y abordar la conducta suicida desde un enfoque propio o intercultural. Este debe contar con los recursos necesarios para su implementación, lo que también implica el fortalecimiento de

capacidades de las entidades territoriales para garantizar su ejecución y sostenibilidad. De esta manera, se abordaría el problema mencionado de manera recurrente sobre la debilidad en la gobernanza, la justicia propia, etc.

- Realizar una caja de herramientas metodológicas con enfoque étnico diferencial indígena, dirigido a las(os) servidoras(es) que trabajan en la comunidad en el ámbito de la salud mental¹³. Idealmente, esta herramienta debe construirse de manera coordinada entre diferentes sectores, incluyendo a las comunidades y ser utilizada por todos. Así también se garantiza un abordaje institucional armónico.

Orden departamental

- Incluir el tema de la conducta suicida en las mesas de discusión de los planes de desarrollo, en los respectivos planes de acción de los municipios y departamentos y en los nuevos planes de gobierno de los pueblos étnicos indígenas, con el fin de acordar acciones efectivas y permanentes a corto, mediano y largo plazo que prevengan esta conducta. Además, articular las acciones con los Planes de Vida y demás instrumentos de planeación de los pueblos indígenas.
- Incorporar en las mesas de discusión sobre la conducta suicida a las AATI. Es importante que las acciones partan de las propuestas realizadas por las mismas comunidades y desde allí articular las acciones institucionales y no a la inversa.
- Posicionar el tema de salud mental y la conducta suicida a nivel territorial y al interior de las mismas comunidades. Se recomienda a las autoridades indígenas que las discusiones locales sean llevadas a nivel nacional y desde este nivel a lo local. Esta sugerencia parte de la identificación de problemas en la comunicación desde y hacia las comunidades y las autoridades indígenas locales, territoriales y nacionales.
- Incluir la visión de las mujeres al momento de discutir y priorizar los problemas sociales de las comunidades. Se recomienda a las autoridades garantizar la participación activa de las mujeres en los espacios de discusión y decisión en temas relacionados con las niñas, niños y jóvenes, ya que en ocasiones los hombres limitan las discusiones a temáticas asociadas a la salud mental y a la conducta suicida de esta población.
- Gestionar e invertir recursos económicos del Sistema General de Participaciones (SGP) en la prevención y atención de los problemas en salud mental y la conducta suicida. Es de vital importancia incidir, en el orden territorial, para que estos recursos aporten al bienestar de las niñas, niños y jóvenes con programas y acciones de promoción de la salud mental y

¹³ “La Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ideación y/o Conducta Suicida” del Ministerio de Salud y Protección Social (2017), representa uno de los avances más significativos en lo que se refiere a la conducta suicida. Esta establece recomendaciones en lo relacionado con la entrevista clínica, tamización, manejo farmacológico y psicoterapéutico en poblaciones específicas, inclusive pueblos étnicos, por lo cual, se recomienda su consulta. No obstante, se aclara que las orientaciones establecidas en esta guía no son absolutas, ya que dependen de los desarrollos en el conocimiento científico y de las preguntas más frecuentes que han motivado la investigación académica. De igual manera, debe señalarse que no reemplazan las recomendaciones que procedan de un sistema de conocimiento diferente como puede ser el de los pueblos indígenas, ya que se encuentran enmarcadas en las formas de conocimiento occidental moderno. Con estas claridades, esta se presenta en el anexo 5 de este documento.

prevención de la conducta suicida, ya que una de las debilidades identificada recurrentemente fue la escasez de recursos económicos y de talento humano debidamente capacitado para realizar las acciones necesarias para la prevención y atención de la conducta suicida.

- Impulsar la articulación institucional con el sector educativo para presentar proyectos al Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación del Sistema General de Regalías, encaminados a la promoción del buen vivir, la convivencia y prevención de problemas en salud mental y, específicamente, de la conducta suicida.
- Se recomienda a las instituciones presentes en el ámbito local, fortalecer las capacidades del talento humano para que al momento de realizar acciones de promoción del bienestar, prevención de los problemas de salud mental y de la conducta suicida y acciones de atención y seguimiento, se ejecuten de manera humanizada, empática y con enfoque étnico, de género y de curso de vida, teniendo en cuenta que son intervenciones especializadas y dirigidas a niñas, niños, jóvenes y mujeres de comunidades étnicas indígenas.
- Se recomienda a todas las instituciones del SNBF que, al momento de adaptar e implementar la ruta de prevención y atención intersectorial de la conducta suicida, establecida por el MSPS, verifiquen que queden incluidas las acciones de vigilancia de casos por parte de las autoridades propias y las acciones propuestas por la misma comunidad a partir de sus usos y costumbres.
- Se sugiere al sector salud que al momento de realizar las visitas o llamadas de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida, los profesionales realicen, de ser necesario, intervenciones de primeros auxilios psicológicos a las personas entrevistadas. Para esto, se requiere fortalecer las competencias de estos profesionales en primeros auxilios psicológicos.
- Realizar seguimiento y monitoreo a los procedimientos en salud mental que se llevan a cabo por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Es importante que las direcciones territoriales realicen una estricta vigilancia a las acciones realizadas por las IPS y EPS a las que están afiliadas o de quienes son beneficiarias y reciben atención las personas, familias y grupos de las comunidades étnicas indígenas. Esto, debido a que se han identificado deficiencias en la prestación de los servicios de salud mental y se desconoce si la atención se da desde un enfoque étnico y diferencial que respete la cosmovisión de la población.
- Ante los casos de ideación e intento de suicidio realizar intervenciones de forma temprana, oportuna e integral en los ámbitos individual, familiar y comunitario, que permitan identificar e intervenir futuras conductas suicidas o problemas de salud mental en las y los sobrevivientes, allegados o familias. Se ha observado que existen pocas o nulas intervenciones a familias y comunidades, especialmente en los casos de suicidios consumados, por lo cual se sugiere realizar una evaluación e intervención familiar y comunitaria inmediata debido a que en algunos casos las niñas, niños y jóvenes quedan huérfanos y desprotegidos.

Orden local

- Revisar y articular las acciones institucionales enfocadas en el fortalecimiento de habilidades sociales para la vida, incluida la resolución de conflictos, prevención de problemas y trastornos de salud mental e intervención individual, familiar y comunitaria, brindadas por todos los actores del SNBF presentes en el municipio y las comunidades, incluyendo las acciones propias de los pueblos étnicos.
- Evaluar los desarrollos propios existentes sobre vigilancia comunitaria y apoyar el fortalecimiento y acompañamiento de capacidades para establecer acciones dirigidas al seguimiento e intervención comunitaria de la conducta suicida y sus factores de riesgo.
- Articular los hallazgos de la vigilancia comunitaria a los sistemas de información de las instituciones del SNBF. Teniendo en cuenta que todas las instituciones del sistema tienen registro de la información de los casos, se recomienda que se establezcan mecanismos para incorporar los datos o hallazgos encontrados por la comunidad durante el ejercicio de la vigilancia comunitaria en estos registros.
- Adoptar y adecuar, de manera concertada, las rutas de atención intersectorial de la conducta suicida a las necesidades y oferta institucional y comunitaria local. Teniendo en cuenta que las niñas, niños y jóvenes pasan gran parte de su vida en los entornos educativos, es importante fortalecer a todo el cuerpo docente, psicoorientadores e incluso al personal administrativo, en el reconocimiento de los signos de alerta de la conducta suicida y problemas de salud mental.
- Construir de forma conjunta, implementar y monitorear el funcionamiento de la ruta de atención a la conducta suicida. Para implementar las rutas de atención integral a la conducta suicida establecida por el MSPS, es indispensable adaptarla al territorio y al contexto sociocultural; por esto, antes de difundirla debe existir un espacio de concertación de la ruta local y tener estrategias claras de monitoreo y seguimiento de las acciones propuestas en la ruta adaptada.
- Incluir en las atenciones de la ruta intersectorial, la oferta comunitaria. Los(as) sabedores(as), médicos tradicionales y conocedores de plantas medicinales tienen el conocimiento, el reconocimiento y la confianza de la comunidad para brindar atención a estos casos; por esta razón, es importante incluir estas acciones propias en la ruta adaptada en los ámbitos municipal y local.
- Incluir dentro de la ruta de atención integral otros actores para la resolución de conflictos. Se identificó que actores como Policía, Policía de Infancia y Adolescencia y los profesionales de las Comisarías de Familia pueden apoyar al momento de establecer acciones de resolución de conflictos, ya que en las zonas dispersas es poco probable que existan otras instituciones encargadas del tema. Para ello, es indispensable también fortalecer las capacidades de estos actores en el trabajo con comunidades étnicas.
- Partir de los conceptos y educación propia. Al momento de plantear acciones de intervención de la conducta suicida en comunidades indígenas se deben tener en cuenta los conceptos que maneja la educación propia, los conocimientos de abuelos e incluir el fortalecimiento de la espiritualidad desde los conocimientos propios.

- Realizar vigilancia a las IPS por parte de las secretarías locales de salud. Al igual que ocurre en el ámbito territorial, en el ámbito local también es importante que las acciones de vigilancia siempre estén activadas para verificar el cumplimiento de los protocolos, rutas, manuales de procedimientos y lineamientos que desde el orden nacional se vienen dando en el sector Salud. Esto debido a las deficiencias identificadas en la prestación de los servicios de salud mental y en la implementación de un enfoque étnico y diferencial que respete la cosmovisión de la población.
- Verificar el cumplimiento de la normatividad vigente en salud en materia de atención a pueblos étnicos indígenas. Específicamente, verificar lo relacionado con la formación y atención desde un enfoque étnico diferencial en salud por parte de las instituciones y el talento humano presentes en el municipio y las comunidades (Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), Circular 011 de 2018).
- Establecer medidas claras para el control de la venta y consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (SPA). Se recomienda a las autoridades locales, tanto propias como institucionales, establecer medidas conjuntas para prevenir la venta y el consumo de alcohol y SPA, y la participación de las niñas, niños y jóvenes indígenas en estas actividades, debido a que dichas sustancias se consideran desencadenantes o disparadores de las conductas suicidas y otras problemáticas sociales.
- Realizar evaluación, seguimiento y acompañamiento a los(as) profesionales que intervienen individuos, familias y comunidades. Es importante que las instituciones del SNBF hagan una buena selección y seguimiento de sus profesionales para verificar que las acciones que estos realizan involucren metodologías participativas basadas en procesos de reflexión desde los saberes propios, generen propuestas claras y concertadas que resuelvan problemas concretos de la población e incorporen los conceptos y lenguaje propio sobre salud mental y la conducta suicida.
- Entregar a las autoridades propias evidencia escrita de las acciones realizadas en las comunidades. Se sugiere que las instituciones del SNBF que realicen intervenciones en los individuos, familias o comunidades (incluidas las comunidades educativas) dejen evidencia escrita de las actuaciones para que las demás instituciones no repitan acciones y, por el contrario, las potencien y les den continuidad.
- Incluir en las acciones intersectoriales, actividades de cuidado al cuidador(a) para los(as) servidores de las instituciones pertenecientes al SNBF. En cumplimiento de las recomendaciones de la OMS y del MSPS, es prioritario establecer estrategias de cuidado al cuidador(a) para todas aquellas personas que intervengan de alguna manera a los individuos, familias o comunidades en casos de conducta suicida, ya que estas acciones pueden generar fatiga y problemas o trastornos de salud mental en dichos profesionales.
- Realizar acompañamiento a las comunidades para la construcción del SISPI. Se recomienda a todas las instituciones y autoridades propias buscar y proporcionar acompañamiento a la comunidad para lograr la incorporación de los temas relevantes en salud, incluido el tema de salud mental y conducta suicida.

VIII. Referencias

- Angarita, E., Vento, R., José, J y Manduca, M. (2010). Cantos del ritual de la pelazón tikuna. *Mundo Amazónico*, (1), 279-302.
- Bautista, F. (2004). El choque cultural como umbral al etnorelativismo. *Boletín Antropológico*, (60), 89 – 122.
- Corzo, O. (2020). *Desarrollo y suicidio de indígenas tikuna en Leticia y Puerto Nariño, Amazonas: un análisis desde la decolonialidad y el postdesarrollo* (Tesis de Maestría). Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo, Universidad de los Andes: Bogotá, D.C.
- DANE. (2016). Cuadro 1. Tasa de mortalidad infantil por departamento (Defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos) Serie 2005-2016. *Estimaciones tasa de mortalidad infantil nacional, departamental y municipal, período 2005-2016*.
- _____. (2019). *Defunciones por grupo de edad y sexo, según departamentos de ocurrencia y grupos de causas de defunción* (Lista Colombia 105 para la tabulación de mortalidad). <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2019>
- _____. (2020). *Bases de datos de defunciones no fetales 2010-2019*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales>
- Fals Borda, O. (1998). *Participación popular: Retos del Futuro*. Congreso Mundial de Convergencia en Investigación Participativa 97.
- Gobernación de Amazonas. (s.f.). *Nuestro departamento*. <http://www.amazonas.gov.co/departamento/nuestro-departamento>
- _____. (2008) *Plan de Desarrollo Departamental 2008 – 2011 “Un gobierno con proyección humana”*.
- _____. (2016). *Plan de Desarrollo 2016-2019 “Gestión y ejecución para el bienestar, la conservación ambiental y la paz”*. <http://www.amazonas.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-20162019-gestion-y-ejecucion-para>
- Goulard, J. (2009). *Entre Mortales e Inmortales. El ser según los tikuna de la Amazonia*. Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (caaap).
- Hernández, E., Lamus, F., Carratalá, C. y Orozco, D. (2017). Diálogo de saberes: Propuestas para identificar, comprender y abordar temas críticos de la salud de la población. *Revista Científica Salud Uninorte*, 33 (2).

Mahecha, D., y Franky, C. (2014). Introducción. En *Entre más nos entendemos, menos cultura: El diálogo de saberes como forma de atender la diversidad cultural*. (pp. 7 – 12). Universidad Nacional de Colombia Sede Amazonia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (21 de enero de 2013). Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. [Ley 1616 de 2013]. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

_____. (2016). *Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS*. <https://www.consultorsalud.com/wp-content/uploads/2016/07/manual-metodologico-rias.pdf>

_____. (2018). *Boletín de salud mental: Análisis de Indicadores en Salud Mental por territorio*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-onism-abril-2018.pdf>

_____. (5 de marzo de 2018). Circular Nro. 11. Directrices para avanzar en la construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI a nivel territorial, en diálogo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-11-de-2018.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social & Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. (2017). *Guía de Práctica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción)*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/guia-prevencion-conducta-suicida-adopcion.pdf>

Museo Etnográfico. (s. f.). *Tikunas*. Banco de la República. <https://proyectos.banrepcultural.org/museo-etnografico/es/mosaico/tikunas>

Observatorio del Bienestar de la Niñez (OBN). (2017). *Insumos para la prevención de la violencia sexual en Colombia*. https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/_boletin_1-violencia_sexual.pdf

_____. (2019). *Factores de riesgo asociados al suicidio de niñas, niños y adolescentes indígenas en Leticia y Puerto Nariño, Amazonas*. https://www.icbf.gov.co/system/files/isp_factoresriesgo_leticia_pnarino_amazonas_03_compressed.pdf

OMS. (s.f.). *Datos y cifras sobre suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Determinantes de salud*. http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&v

iew=article&id=5165%3A2011-determinantshealth&catid=5075%3Ahealthpromotion&Itemid=3745&lang=e

Santos, A. (2013). Percepción tikuna de Naane y Naüne: territorio y cuerpo. Tesis de Maestría en Estudios Amazónicos. Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonía.

UNESCO. (s.f.). *Intercultural Dialogue*.
<http://www.unesco.org/new/en/culture/themes/dialogue/intercultural-dialogue/>

_____. (2018). *Sistemas de conocimientos locales e indígenas (Links)*. UNESCO.
<https://es.unesco.org/links>

Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia (2019). Informe de resultados de la implementación de las estrategias de validación de las orientaciones y acciones de prevención con las comunidades priorizadas. Contrato interadministrativo Nro. 01014942019 – UNAL, Sede Amazonia e ICBF.

_____. (2019a). Documento de descripción de los factores de riesgo individuales, familiares, sociales y culturales que influyen en las conductas suicidas de población indígena y prácticas propias identificadas que contribuyan a la prevención. Contrato interadministrativo Nro. 01014942019 – UNAL, Sede Amazonia e ICBF.

_____. (2019b). Recomendaciones a los agentes del SNBF para abordar el suicidio, a partir de la identificación con la comunidad de sus fortalezas y debilidades. Contrato interadministrativo Nro. 01014942019 – UNAL, Sede Amazonia e ICBF.

IX. Anexos

Anexo 1. Protocolo de observación

Como parte del ejercicio de observación etnográfica, la Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia) diseñó el siguiente protocolo de observación de saberes prácticos que permite profundizar en niveles microsistémicos (comunitario, familia, individuo), a partir de actividades dinámicas que invitan al “compartir”. Estos saberes se manifiestan en lenguajes alternos como los sonoros y/o plásticos, en donde se pueden identificar patrones comportamentales y sus cambios, dispositivos de empatía y confianza, que permiten un despliegue natural de las narrativas locales.

Por medio de este protocolo el investigador describe el cambio que se vive en las diferentes actividades de observación, y a través de esos puntos de observación, enuncia el diálogo de patrones comportamentales a través de ese lapso de tiempo. Con la observación de los saberes prácticos, también se pueden presentar situaciones que, dentro de las diferentes formas de lenguaje y expresión, inviten a la reflexión y den pautas para la identificación participativa de reconocimiento y búsqueda de soluciones a los conflictos locales.

Para el objeto del acompañamiento es importante entender los factores de generatividad propios como los emergentes, por lo que los saberes prácticos pueden ser entendidos en los dos niveles siguientes: un primer nivel cultural indígena que permita una comprensión y resonancia con el “sentipensar” indígena y un segundo nivel donde se propone facilitar los lenguajes artísticos, entendidos como el saber practico que agenciaran los investigadores, cuando el contexto sea el indicado, y sirva como técnica de movilización de ideas, expresiones y emociones.

PROTOCOLO DE OBSERVACIÓN Sesiones de saber práctico

Fecha: Indique la fecha de elaboración del formulario

Saber práctico	Indique las actividades propuestas para el encuentro.
Nivel de acompañamiento	Indique si es una sesión a nivel organizativo, comunitario, familiar o individual.
Lugar de la actividad	Contexto geográfico donde se realiza la actividad.
Equipo a cargo de la actividad	Personas que dan las pautas y organizan la logística del evento (actores comunitarios e institucionales).
Nro. Participantes de la comunidad Discriminar por género	
Niñas y niños	Jóvenes
Adultos	Adultos mayores
Total: Número total de participantes	

Observaciones:
Pulso: acciones repetitivas y comportamientos repetitivos
Cualidad: energética de la actividad
Usos, saberes, prácticas y dispositivos culturales
Describir el uso de artefactos y dispositivos usados en la sesión.
Dificultades
Indicar dificultades logísticas, organizativas, comunicacionales y tensiones en el diálogo intersubjetivo.
Conclusiones
Enunciar los aspectos más relevantes del encuentro que sirvan como insumo a dar respuestas a la práctica de suicidio, así como pautas y hallazgos importantes para los siguientes encuentros dentro del proceso.

Este protocolo de observación tiene presente las diferentes categorías del comportamiento. Se suma la categoría de pulso como comportamiento repetitivo y obvio que condiciona una cotidianidad; y la categoría cualidad que dará paso a la descripción emotiva, energética y reflexiva, donde los emergentes cumplirán un papel central.

Anexo 2. Formato entrevistas semiestructuradas y grupos focales

De acuerdo con su naturaleza, las entrevistas semiestructuradas se emplearon teniendo en cuenta una guía flexible y dinámica que simuló una conversación casual, donde se establecieron temas o preguntas, pero el investigador tuvo la libertad de introducir aquellas otras que consideró pertinentes para enriquecer los resultados cumpliendo los objetivos del estudio. La guía orienta la entrevista, permite generar adaptaciones al entrevistado y profundizar en los momentos en los cuales sea necesario.

Formato de entrevista a personal de instituciones o líderes de organizaciones indígenas

El guion de entrevista semiestructurada presentado a continuación se ajustó de acuerdo con la institución con quien se desarrolló el grupo focal/entrevista.

Fecha:	Entidad:	Lugar:
Entrevistado:	Cargo:	
Entrevistado:	Cargo:	
Entrevistador:		
Categoría	Preguntas	

Nociones de salud mental	¿Cómo han definido la salud mental desde la institución?
	¿Cómo se ha definido el fenómeno del suicidio?
	¿Qué percepción tiene acerca del fenómeno del suicidio en el departamento?
	¿Cómo se explica la alta tasa de suicidio? (Desde instituciones, academia y creencias populares)
Abordaje institucional	¿Cómo han trabajado el componente de salud mental teniendo en cuenta programas, proyectos, campañas, investigación y/o atención —o desde los planes de beneficios para salud— desde el enfoque de prevención del suicidio? y ¿A qué comunidades han tenido algún acercamiento?
	¿Cuáles son los principales avances de la institución para la prevención del suicidio? Indagar sobre cómo ha sido el trabajo de la institución con las comunidades/colegios, internados/familia/individuo).
	¿Cuáles son las principales dificultades que han tenido para desarrollar este trabajo? ¿Qué ha funcionado? ¿Qué no ha funcionado? y ¿Por qué?
	¿Cuál es el equipo humano disponible actualmente para abordar los temas de salud mental, con énfasis en suicidio (auxiliares, médicos, enfermeras, psicólogos, psiquiatras)? ¿Es suficiente? ¿Está capacitado?
Diálogo intercultural e interinstitucional	¿Trabajan con otras instituciones de salud o educación, públicas y/o privadas para la prevención del suicidio? (indagar por instrumentos concretos como formalidad de los acuerdos, reuniones, actas, frecuencia, participantes, voluntad política).
	¿Cuáles actores cree que se deberían involucrar en las iniciativas orientadas a la prevención de la conducta suicida?
Líneas de prevención	¿Cuáles son las recomendaciones que haría para trabajar el tema del suicidio en el departamento?
	¿Dónde cree que hay que trabajar de manera prioritaria y con cuáles grupos poblacionales?
	¿Cuál cree que debe ser el enfoque diferencial para esto en el casco urbano y en las comunidades?
	¿Cómo cree que se deben involucrar las comunidades y las familias en este proceso?
Factores de generatividad	¿Cómo cree que se debe hacer el abordaje en los diferentes pueblos indígenas, grupos de edad y de género?
	¿Cuáles nodos reconoce al interior de las comunidades? (Calidad, cantidad). ¿Qué actores institucionales y comunitarios reconoce están relacionados con las comunidades? ¿Cuál es su acercamiento?

Formato de entrevista familiar para la identificación de riesgo suicida

El siguiente instrumento corresponde al formato de entrevista familiar para la aproximación e identificación del riesgo suicida. A partir de este instrumento, y con la ayuda de otros instrumentos como la observación participante, se pueden identificar como están conformadas las relaciones familiares, sus niveles de comunicación frente a situaciones de conflicto que requieren de la toma de

decisiones, los momentos que dispone la familia para compartir, las manifestaciones de afecto, entre otros, y detectar diversos factores de riesgos psicosociales.

Guion de entrevista familiar para identificación de riesgo suicida

1. Conformación de la familia (incluye todas las personas que se consideren familia).
 - a. Describir cómo se comunican entre los miembros de la familia (situaciones problemáticas, gratificantes, de conflicto, de toma de decisiones, etc.).
 - b. Indagar si la familia desarrolla actividades de manera conjunta y comparte experiencias.
 - c. Identificar si existen manifestaciones afectivas entre los miembros de la familia (indagar como son las manifestaciones: a través de la comida, del contacto físico, del cuidado, etc.).
 - d. Ver si la familia acepta y apoya a todos los miembros (no hay discriminación, rechazo o algún tipo de alejamiento de las actividades familiares, brindan alimento o cuidado en caso de enfermedad o calamidad).
 - e. Identificar si la familia tiene red de apoyo comunitario, institucional u organizacional (si hay problemas familiares tienen a dónde acudir: cura, pastor, capitán, profesionales de alguna institución, otras familias, etc.).

Es importante graficar estas relaciones para que puedan comprenderse fácilmente por cualquier persona que intervenga en el análisis de la situación.

2. Riesgos psicosociales
 - a. Identificar si hubo pérdidas familiares recientes: aclarar si por separación, migración o muerte por enfermedad o violenta. Igualmente, preguntar si han buscado apoyo comunitario o institucional y qué respuestas han obtenido.
 - b. Verificar la existencia de violencia intrafamiliar y definir qué tipo de violencia: física, psicológica, económica o patrimonial o sexual y quienes son los involucrados. En este punto identificar si han buscado apoyo comunitario o institucional y que respuestas han obtenido.
 - c. Verificar si hay miembros de la familia con enfermedad crónica o de difícil manejo o incapacitante. Identificar si han buscado apoyo comunitario o institucional y qué respuestas han obtenido.
 - d. Indagar si la familia vive en una situación económica problemática ¿Han podido suplir las necesidades básicas de todos los miembros de la familia? Identificar si han buscado apoyo comunitario o institucional y que respuestas han obtenido.
 - e. Identificar si en la familia hay personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas ¿Cuáles sustancias? ¿Qué problemas han generado? Identificar si han buscado apoyo comunitario o institucional y qué respuestas han obtenido.
 - f. Indagar por la existencia de antecedentes o historia familiar de conducta suicida ¿Quién? ¿Cuándo? ¿Qué ayuda buscaron? ¿Qué respuesta obtuvieron?
 - g. Verificar si la familia tiene redes de apoyo comunitarias o institucionales ¿Cuáles identificar si han buscado apoyo comunitario o institucional y que respuestas han obtenido? ¿Qué respuesta han tenido?

3. Indagar por las condiciones de vivienda, disposición, acceso, consumo y soberanía alimentaria, estilos de vida saludables, situaciones especiales de salud y adherencia a programas de Promoción y Prevención.
4. Analizar la situación familiar.
5. Hacer un listado de factores protectores y factores de riesgo familiar.
6. Hacer un listado de personas o redes de apoyo identificadas por la familia.

Formato de entrevista individual para identificación de riesgo suicida o conducta suicida

La siguiente es una propuesta de entrevista individual que permite establecer una exploración de las diferentes etapas de la vida; infancia/adolescencia con el fin de identificar momentos o situaciones que pudieron determinar riesgos psicosociales. También se permite explorar la situación actual de conflictos personales, familiares y/o comunitarios.

Guion de entrevista individual para identificación de riesgo suicida

1. Registrar los datos básicos sociodemográficos de la persona: nombre, edad, nivel educativo, posición en el grupo familiar, estado civil, ocupación, posición en la comunidad.
2. Historia personal:
 - a. Infancia: indagar por la aceptación del individuo en el núcleo familiar, problemas de salud, personas significativas (cuidadores, figuras de autoridad, proveedores económicos), inclusión en actividades comunitarias, pérdidas importantes (por separación, migración o muerte) juegos, amigos, escuela (como vivió la experiencia –abrumadora, amenazante, agradable, etc.).
 - b. Adolescencia o juventud (según como se defina por el pueblo indígena). Indagar por cómo vivió la escolaridad (la experiencia –abrumadora, amenazante, agradable, etc.), relaciones de amigos de pareja, juegos, participación o exclusión en actividades de la comunidad, consumo de alcohol, cigarrillo u otras sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar, violencia sexual, problemas de salud, acercamiento a tecnologías (redes sociales, internet, etc.), identidad étnica/occidental, relaciones con figuras de autoridad, cuidado figuras de apoyo familiar, social o institucional (y qué respuestas ha recibido).
 - c. Mayoría de edad (a la edad que se considere en el pueblo indígena). Preguntar por la ocupación y satisfacción con esta, responsabilidades con familia extensa, matrimonio y responsabilidad con familia nuclear, posibilidad de suplir las necesidades básicas de personas bajo su responsabilidad, inclusión o exclusión de las actividades comunitarias, violencia intrafamiliar, consumo de alcohol, cigarrillo u otras sustancias psicoactivas, problemas legales, identidad étnica/occidental, satisfacción con sus logros. Redes de apoyos familiares, comunitarias o institucionales (y qué respuestas ha obtenido).
 - d. Adulto mayor: indagar por su rol en la comunidad, inclusión o exclusión de las actividades comunitarias, situaciones de negligencia o abandono, apoyo o violencia intrafamiliar, rol en la comunidad, redes de apoyo familiar, comunitario o institucional (y qué respuestas a obtenido ante crisis o estrés).

3. Situación actual. Indagar por los conflictos actuales (violencia intrafamiliar, violencia sexual, consumo de sustancias psicoactivas, problemas económicos, problemas legales, problemas escolares, abandono, exclusión social, problemas de identidad étnica/occidental, problemas con las autoridades propias, etc.). Aquí se requiere describir adecuadamente la situación problemática actual.
4. Identificar emociones, sentimientos y conductas ante la situación problemática actual. Partiendo de los hallazgos obtenidos en intervenciones anteriores se solicita averiguar emociones o sentimientos debido a la situación problemática actual, a continuación, se presenta uno de los hallazgos encontrados en una comunidad de Mitú, como un ejemplo para indagar emociones en población étnica indígena.

Emoción o sentimiento	Cómo lo perciben y con qué lo relacionan.
Alegría	Hace que uno baile, aplauda, está contenta, inicia en el corazón.
Tristeza	Inicia en la cabeza, esta "manicruzado", pensamientos confusos, no dan ganas de hablar con nadie, les gusta estar solos, se alejan, se siente dolor en todo el cuerpo, la tristeza lo arrodillan y los pies soportan la tristeza, los ojos se llenan de lágrimas, dolor en los oídos, se va la fuerza, se siente arrepentido, a veces no pueden caminar, la tristeza se ve en los ojos, da después de hacer algo malo.
Rabia	Sube la sangre a la cabeza, la rabia le baja a todo el cuerpo, la rabia corre por toda la sangre, el cuerpo tiembla, dan ganas de matar personas y animales, se calienta todo el cuerpo, dan ganas de salir a otra parte, el cuerpo se llena de rabia, el corazón se explota.
Miedo	El sabedor dice que cuando reza mucho hace tronar y eso da miedo, tiembla el corazón, dan ganas de salir corriendo.
Satisfacción	Cuando terminan los trabajos, cuando hay salud para trabajar, cuando se tienen comida, cuando se habla con la gente, cuando se escuchan o hablan historias buenas, cuando se toma guarapo macho, cuando la barriga está llena, después de culminar un proyecto, cuando las cosas están solucionadas.
Tranquilidad	Cuando hay mameada, cuando termina el trabajo para ir a descansar, cuando el estómago está lleno, cuando se está en la hamaca, cuando se descansa en la silla sobre todo en las tardes, cuando la gente entiende, cumple y termina los trabajos, cuando se habla con el sabedor.
Placer	Se siente en la boca, (lo hablan en lengua y no en castellano), en las figuras lo pintaron en senos y genitales.
Nostalgia	La relacionaron con la soledad, cuando se va una persona, cuando la extraña, cuando se siente sólo, cuando alguien falleció, cuando hay un recuerdo, cuando se va la señora con otro, cuando el marido consigue plata y no la invierte en su familia y toma y llega borracho, cuando me aconsejaba mi mamá, cuando se va la familia y cuando las propuestas que se hacen no salen.
Frustración	Se siente mal con "ganas de cortar la mano", cuando me roban los proyectos, cuando no me mandan plata de mi trabajo, "cuando la mujer no hace caso", cuando no quieren pagar bien con el trabajo, cuando los hijos no hacen caso, "yo porque tuve hijos y no hacen caso", "cuando no sale el plan de vida

	personal”, engaño de políticos, cuando falsifican firmas, cuando no cumplen con la ayuda prometida.
Desesperanza	“Dos años con el proyecto de turismo y nada que arranca”, cuando no se tiene chagra, cuando nada llega, cuando los niños se enferman.

Una vez identificada la emoción o el sentimiento evocado por la situación problemática se debe indagar sobre la respuesta comportamental que responde a la emoción. Para esto se sugiere desarrollar la siguiente tabla:

Emoción o sentimiento	¿Qué hace? ¿Cómo actúa?
Alegría	Ej. Lloro, se torna inquieto(a), se golpea, golpea a otros.
Frustración	Ej. Golpea, se lesiona, se acuesta y no participa de actividades.
Tristeza	Ej. No duerme, no come, deja de trabajar, pelea con los familiares.

5. Hacer listado de problemas.
6. Hacer listados de factores protectores individuales, familiares, comunitarios e institucionales.
7. Diseñar una propuesta de intervención.

Anexo 3. Formato historias de vida

El método de las historias de vida o método biográfico hace referencia a una serie de técnicas que hace uso de todo tipo de fuentes que aportan información personal para documentar una vida, acontecimiento o situación social, haciendo explícita la experiencia personal de un sujeto. Dentro de este método se encuentra la biografía y autobiografía, cercanas a la literatura, y el relato biográfico o la historia de vida.

La historia de vida hace uso de fuentes orales, esto es, ‘fuentes vivas de la memoria’, a diferencia de las fuentes documentales y secundarias, como las memorias, cartas, diarios, crónicas, etc. Además, da prioridad a las explicaciones individuales más que a las categorías conceptuales predeterminadas en la investigación. En este sentido, la historia de vida recopila una serie de relatos personales sobre la vida y la experiencia del narrador entrevistado, que el investigador se encargó de dirigir y articular. La historia de vida no puede lograr la recreación objetiva, fidedigna y totalizante del pasado del individuo, y de hecho este no es su objetivo. En contraste, capta los significados que este atribuye a sus experiencias vividas y su entorno social a partir del momento particular desde el cual habla, que se enmarca por unas condiciones de edad, género y estatus particulares.

Jones (1983) afirma que la historia de vida es tal vez el mejor método de investigación cualitativa que permite indagar por el autoconcepto. Dadas las posibilidades interpretativas que brinda alrededor de las emociones asociadas a vivencias individuales y las condiciones del entorno, resulta una herramienta clave en este trabajo para identificar de manera profunda, aunque no siempre generalizante, las nociones de vida y de muerte, las experiencias emocionalmente significativas, la percepción de lo normal y lo anormal en el comportamiento, el curso de la vida y cómo se moldea culturalmente, la movilidad de los individuos y sus causas, las fortalezas y debilidades en las redes de apoyo y afecto, entre otros.

El relato de la historia de vida es un esfuerzo de colaboración producido conjuntamente. Es una posición bicultural en su origen y en su producción (Jimeno 2006). Para el caso de los relatos de vida en pueblos indígenas, la naturaleza bicultural -o intercultural- de la narración se encuentra en la naturaleza misma de las relaciones sociales de las que los individuos hacen parte, y en este sentido está lejos de constituir un relato tradicional indígena.

La historia oral del narrador, obtenida a través de entrevistas de corte biográfico es la fuente primaria para la realización de relatos de historias de vida. No obstante, no todas las entrevistas de corte biográfico posibilitan la realización de historias de vida. No basta con realizar preguntas sobre la trayectoria vital, sino que, además, el investigador debe procurar en las respuestas del narrador la obtención de descripciones a profundidad.

Dado el nivel de profundidad e inmersión en el discurso que implica la realización de relatos de historias de vida, la muestra de individuos debe ser pequeña, pero representativa. Lo anterior quiere decir que se realizó al menos una historia de vida en cada una de las comunidades donde tuvo alcance el proyecto, con igual participación de hombres y mujeres, y presencia de tres grandes grupos etarios: mayores, adultos, y niños, niñas y jóvenes.

Para la realización de las entrevistas, se formularon preguntas abiertas y generales orientadas a hacer un recuento vital, haciendo énfasis, en este caso, en las variables de análisis propuestas para el proyecto. Por recomendaciones metodológicas, las preguntas diseñadas fueron cortas para que sesgaran al mínimo la respuesta de los entrevistados, profundizar en aspectos de interés y mantener una narrativa más o menos secuencial en la conversación.

Uno de los retos que tiene el investigador para la aplicación de este método es que para la obtención de la información no se emplean cuestionarios, sino que se lleva a cabo un diálogo cercano, personal, y descriptivamente denso, el cual se va construyendo y enriqueciendo en el desarrollo mismo de la entrevista. No obstante, se sugiere tener en cuenta las siguientes dimensiones propuestas que facilitan la tarea de direccionar la conversación, para que esta logre la obtención de información que permita la comprensión de cada una de las categorías de análisis anteriormente mencionadas. El investigador deberá adecuarlas y hacerlas comprensibles al interlocutor según la fase de desarrollo vital en la que se encuentre y la posición social que ostente.

Guion de entrevista historia/retrato de vida

Dimensiones	Preguntas guías
Exposición introductoria	¿Cuál es tu nombre, edad y género?
	¿A cuál etnia perteneces?
	¿Qué te gusta de pertenecer a una comunidad indígena?
	¿Qué no te gusta de pertenecer a una comunidad indígena?
	¿Cuál es tu ocupación?
	¿Qué te gusta de tu trabajo/ocupación? ¿Qué no te gusta?
	¿De cuál comunidad provienes y/o en dónde naciste?

Dimensiones	Preguntas guías
Nacimiento y familia de origen	Si ya no resides en tu comunidad de origen ¿Qué es lo que más recuerdas de aquella época?
	¿Qué recuerdas de tus primeros años de vida?
	¿Quién es tu padre, madre, hermanos, abuelos, abuelas (y otros miembros afectivamente relevantes dentro de la red familiar)?
	¿Cómo describes la personalidad de quienes cuidaban de ti?
	¿Qué cualidades tenían?
	¿Cómo respondían ante los 'malos comportamientos' cuando eras niño(a)?
	¿Cómo era la relación entre los miembros de tu familia?
	¿Cómo era tu relación con los miembros de tu familia?
	¿Existieron separaciones familiares?
	¿A qué se dedica tu familia para subsistir?
	¿Cuáles tareas te asignaban en tu niñez?
	¿Tú o algún miembro de la familia sufrió alguna agresión en el entorno familiar?
	¿Algún miembro de tu red de parientes más allegada murió? ¿Cuáles fueron las causas?
	¿Cómo asumiste la muerte de ese ser querido?
	¿Cómo juzgarías que fue tu crianza?
¿Cuál es la enseñanza más valiosa de tus padres y otros familiares relevantes?	
Escuela	¿A qué edad empezaste a asistir a la escuela?
	¿En dónde quedaba la escuela?
	¿Hasta qué nivel de escolaridad llegaste?
	¿Cómo cambió la relación con tus cuidadores con tu ingreso a la escuela?
	¿Cómo era tu rendimiento escolar?
	¿Cuáles son tus mejores recuerdos de escuela?
	¿Cuáles son tus peores recuerdos de escuela?
	¿Qué fue lo más importante que aprendiste en la escuela?
	¿Con qué personas estableciste relaciones significativas en esta etapa (amigos, profesores, pareja sentimental)?
	¿Por qué esas personas fueron importantes para tu vida?
	De estas relaciones significativas durante la infancia y la adolescencia, ¿cuáles son las relaciones que aún mantienes y cuáles no? ¿Por qué no?
Escenario tradicional y vida comunitaria	¿Tus padres te inculcaron el interés por el conocimiento tradicional?
	¿En cuáles celebraciones o rituales tradicionales has participado?
	¿Participaste por interés propio o por sentimiento de deber (pelazón o yuruparí, por ejemplo)?
	¿Qué papel cumpliste en la ceremonia?
	¿Cómo fue tu preparación?
	¿Qué consejos recibiste de tus padres y de los mayores?

Dimensiones	Preguntas guías
	¿Cómo es el ambiente en estos rituales?
	¿Te gusta vivir en esta comunidad?
	¿Qué conflictos se presentan en la comunidad?
	¿Qué tan importante es para ti el conocimiento propio?
	¿Cuáles prácticas culturales conoces y realizas y cuáles no?
	¿Hablas o entiendes la lengua propia?
	¿Te interesa profundizar en el conocimiento tradicional?
Relaciones amorosas	¿Cuál fue la primera pareja con la cual decidiste consolidar un hogar?
	¿En la actualidad permaneces con esa misma persona?
	Si no es así ¿Cuál fue el motivo de la separación?
	¿Cuáles fueron los motivos de tu unión (enamoramiento, arreglo matrimonial, oportunidades de ascenso social)?
	¿Cómo es la relación con tu pareja actual?
	¿Qué te gusta de tu pareja, qué no te gusta?
	¿Te visualizas en la vejez con tu pareja?
Maternidad y paternidad	¿Tienes hijos? ¿Cuántos hijos tienes y de qué edad son?
	¿Cómo experimentaste tu primer embarazo y todo el proceso de gestación y parto?
	¿Te sentías preparado o era tu deseo asumir la maternidad/paternidad?
	¿Cómo es la relación con tus hijos?
	¿Cómo has educado a tus hijos?
	¿Qué esperas para tus hijos?
	¿Qué legado quieres dejar en tus hijos?
	¿Te preocupa el bienestar emocional de tus hijos?
	¿Cuáles factores crees que pueden afectar a tus hijos?
Vida interior	¿Cuáles han sido los momentos más trascendentales de tu vida?
	¿Cuáles han sido los momentos más dolorosos de tu vida?
	¿Qué rol juega en ti la espiritualidad?
	¿Qué principios guían tu vida?
Salud y Características personales	¿Para ti que es estar sano? ¿Qué es el bienestar emocional?
	¿Qué actividades disfrutas hacer?
	¿Qué te gusta de tí? ¿Cómo te gusta definirte frente a los demás?
	¿Consideras que actualmente o en algún momento de tu vida no has tenido bienestar emocional?
	¿Qué crees que ocasionó ese estado?
	¿Buscaste ayuda en tu red familiar, tus autoridades tradicionales o ayuda profesional?
	Si buscaste ayuda ¿Cómo fue la experiencia?
	¿En qué momentos acudes a la medicina occidental y qué expectativas tienes frente a la atención?

Dimensiones	Preguntas guías
	¿En qué momento acudes a la medicina tradicional y qué expectativas tienes?
	¿Hay necesidades materiales o emocionales que generen cambios en tu conducta?
Presente y futuro	¿Cómo te sientes con tu vida actual?
	¿Qué has logrado?
	¿Tienes deseos de permanecer en la misma residencia?
	¿Tienes deseos de cambiar algo en tu vida?
	¿Cómo te proyectas en los próximos años?
	¿Qué te preocupa del futuro?
	¿Qué te anima del futuro?

Orientaciones para la consolidación del relato de historia de vida

Una de las decisiones más importantes para la presentación del relato en texto es decidir entre el uso de la primera persona o la tercera persona. En esta oportunidad, se sugiere que el relato tenga narración en forma autobiográfica. Para esto, se debe realizar la transcripción literal del relato, en el mismo orden en el que se enunciaron los diálogos, e incluyendo expresiones, pausas y silencios.

Posteriormente, el investigador realiza una revisión al texto en dónde selecciona apartados y los organiza en función de una unidad narrativa, elimina la voz del entrevistador, corrige la puntuación, suprime repeticiones o reiteraciones en el discurso, omite muletillas, y si es necesario para el entendimiento del texto, cambia el orden gramatical de las oraciones. Esto con el fin de buscar la simplicidad y la cohesión del relato.

Es necesario en un apartado explicitar las condiciones bajo las cuales se desarrolló el ejercicio, las cuales influyen en la obtención de las historias que fueron narradas y la manera en que se consignaron y se trataron, en tanto que resulta fundamental no presentar únicamente la historia de vida de una persona sino también las condiciones de la construcción de esta (Watson y Watson-Frank 1985). Allí debe hacerse explícita la manera en que se llegó a la selección de esa persona, los acuerdos entablados con esta, los tópicos más significativos que se abordan dentro del relato, y cómo aporta el relato al entendimiento del fenómeno o cuáles son sus aspectos más reveladores, para así revalorar el testimonio subjetivo e individual como elemento constitutivo de la vida social.

Anexo 4. Formato ecomapa

Una vez sea construido el mapa de actores institucional, comunitario y familiar, el ecomapa es utilizado como un instrumento de sistematización y análisis de la información pues a través de este instrumento se espera hacer un mapeo general de la información recopilada en lo referente a actores, relaciones-interacciones, saberes prácticos y narrativas.

Orientaciones para la consolidación del ecomapa

Para iniciar la consolidación del ecomapa se recomienda establecer claramente el sujeto que será la base sobre la que se construirá el instrumento. Una vez esté identificado el sujeto se empieza a indagar a través de los distintos elementos (entrevistas y observaciones) por las personas, instituciones, nodos o espacios que son significativos para este sujeto. Es importante establecer por medio de convenciones el tipo de relación que mantienen y los apoyos y recursos que circulan en esta relación.

Se puede construir el ecomapa desde el sistema más cercano como lo es la familia e ir ampliando a otros sistemas como lo son la escuela, la comunidad y las instituciones que intervienen en las distintas etapas de la vida.