



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

Conducta suicida en niñas, niños, adolescentes y jóvenes indígenas indígenas de Guainía



Lina Arbeláez
Directora General

Liliana Pulido Villamil
Subdirectora General

**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 Lucía Corzo Velásquez
Lina Lorena Hernández Garzón

Directora de Adolescencia y Juventud

Luisa Fernanda López Vélez

**Equipo Técnico Dirección de
Adolescencia y Juventud**

Claudia Lucía 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

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

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 Guainía

Plinio Yavinape

Fredy Yavinape Evangelista

Luis Carlos Parada Mirabal

José Antonio Amaya González

Floralba Suárez

Edición

mayo 2022

Contenido

| | |
|---|----|
| Introducción | 6 |
| 1. Caracterización de entorno | 15 |
| 1.1. Ubicación geográfica y división político-administrativa | 15 |
| 1.2. Diversidad poblacional y cultural | 16 |
| 1.3. Aspectos económicos y sociales | 17 |
| 1.4. Situación de salud | 18 |
| 2. El suicidio: cifras y cosmovisiones | 19 |
| 3. Factores de riesgo y prácticas protectoras asociadas a la conducta suicida en niñas, niños y jóvenes indígenas | 25 |
| 3.1. Factores de riesgo | 25 |
| 3.1.1. Nivel macro | 25 |
| 3.1.2. Niveles comunitario y familiar | 30 |
| 3.1.3. Nivel micro | 32 |
| 3.2. Factores protectores | 34 |
| 4. Debilidades y fortalezas institucionales en torno a la prevención de la conducta suicida | 35 |
| 5. Conclusiones | 41 |
| 6. Recomendaciones | 42 |
| 7. Referencias | 51 |
| 8. Anexos | 54 |

Lista de siglas y abreviaturas

| | |
|------------------|---|
| AATI | Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas |
| ACURIS | Asociación de Comunidades Unidas del Río Isana y Cuyarí |
| ASIS | Análisis de Situación de Salud |
| ASOCRIGUA | Asociación Consejo Regional Indígena del Guainía |
| COPAI | Comité de Participación Indígena |
| DANE | Departamento Administrativo Nacional de Estadística |
| EAPB | Entidades Administradoras de Planes de Beneficios |
| EPS | Entidades Prestadoras de Salud |
| ICBF | Instituto Colombiano de Bienestar Familiar |
| IPS | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud |
| LGBTI | Personas Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transgénero o Intersexuales |
| MAITE | Modelo de Acción Integral Territorial |
| MECIGUA | Mesa de Concertación Indígena del Guainía |
| MIAS | Modelo Integral de Atención en Salud |
| MSPS | Ministerio de Salud y Protección Social |
| NBI | Necesidades Básicas Insatisfechas |
| OBN | Observatorio del Bienestar de la Niñez |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONG | Organización No Gubernamental |
| PAPSIVI | Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas |
| RIAS | Rutas Integrales de Atención en Salud |
| SENA | Servicio Nacional de Aprendizaje |
| SINCHI | Instituto Amazónico de Investigaciones Científicas |
| SISPI | Sistema Indígena de Salud Propia |
| SNBF | Sistema Nacional de Bienestar Familiar |
| SIVIGILA | Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública |
| SPA | Sustancias Psicoactivas |
| UNIMINUTO | Corporación Universitaria Minuto de Dios |

Lista de tablas e ilustraciones

Tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Variables de estudio | 12 |
| Tabla 2. Necesidades Básicas Insatisfechas por categorías 2018 | 17 |
| Tabla 3. Semaforización de suicidio e intentos de suicidio (2015-2016) | 19 |
| Tabla 4. Registros de suicidio e intentos de suicidio en Guainía | 21 |
| Tabla 5. Factores de riesgo asociados al suicidio de niñas, niños y jóvenes en Guainía: nivel macro | 26 |
| Tabla 6. Factores de riesgo asociados al suicidio de niñas, niños y jóvenes en Guainía: nivel comunitario y familiar | 30 |
| Tabla 7. Factores de riesgo asociados al suicidio de niñas, niños y jóvenes en Guainía: nivel micro. | 32 |
| Tabla 8. Factores protectores asociados a la prevención del suicidio de niñas, niños y jóvenes | 34 |

Ilustración

| | |
|--|----|
| Ilustración 1. Modelo ecológico de Brofenbrenner | 12 |
| Ilustración 2. Mapa político-administrativo departamento de Guainía | 15 |

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. Alrededor de 800.000 personas de distintas edades se suicidan cada año. Para el grupo etario de adolescentes y jóvenes entre los 15 a 29 años, el suicidio fue la segunda causa principal de defunción en 2016.

En Colombia, según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en 2019 fallecieron 2.643 personas a causa del suicidio, de las cuales, el 43 % son niñas, niños, adolescentes y jóvenes entre los 5 y 29 años (2019). En el ámbito nacional, el suicidio es un asunto que ha aumentado entre 2009 y 2018, periodo en el cual se presentaron un total de 20.832 suicidios con una medida estimada de 2.083 casos por año. La tasa de suicidio pasó de 4,5 por cada 100.000 habitantes en 2009 a 5,93 en 2018 (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2019a).

Con respecto al comportamiento de los suicidios según rangos de edad, vale la pena resaltar que en 2018, el 48,70 % de los suicidios ocurrieron entre la población de 18 a 39 años y el 10,53 % en niñas, niños y adolescentes entre los 5 y 17 años (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2019a). Estos porcentajes no han cambiado mucho con relación a los presentados en 2009, año en el cual el 53,71 % de los suicidios se presentaron entre la población de 18 a 39 años y el 10,46 % en niñas, niños y adolescentes entre los 10 y 17 años¹ (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2009). Por su parte, las mayores tasas de suicidio se registran en territorios con alta presencia de población indígena, entre los que se resaltan los departamentos de Vaupés, Amazonas y Guainía con tasas de 10,98, 7,34 y 7,03 por cada 100.000 habitantes, respectivamente, cifras superiores a la cifra nacional de 5,81 para 2019 (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2019).

Dada la alta prevalencia de 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 que esta institución académica apoyara al ICBF en la formulación de orientaciones para la prevención del suicidio de niñas, niños y adolescentes indígenas en los departamentos de Vaupés, Amazonas y Guainía.

Este boletín presenta los resultados del trabajo llevado a cabo por la Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia) en el departamento de Guainía. En particular, expone los casos de suicidio e intentos de suicidio de niñas, niños, adolescentes y jóvenes indígenas en el ámbito local; identifica los factores de riesgo y prácticas protectoras individuales, familiares, sociales y culturales que influyen en el desarrollo o prevención de dichas conductas;

1. Para 2009 no se registraron casos en niñas, niños y adolescentes entre 5 y 9 años.

y exhibe las fortalezas y debilidades institucionales para abordar la conducta suicida en el departamento. Finalmente, presenta un conjunto de orientaciones y recomendaciones generales para la prevención.

La metodología cualitativa empleada para el desarrollo de la presente investigación fue el diálogo de saberes entre varios conjuntos de actores: las comunidades y autoridades indígenas; las instituciones departamentales y municipales de Inírida, organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones sociales, y los integrantes del proyecto. Conceptualmente, el diálogo de saberes se definió como una metodología de trabajo participativo y colaborativo basada en el reconocimiento del otro y de la heterogeneidad social y cultural.

El trabajo de campo se desarrolló en el casco urbano del municipio de Inírida, que comprende las comunidades² aledañas de Chorro Bocón, Cimarrón, Guamal, Platanillal, Coco Viejo y Coco Nuevo y Paujil, donde habitan las etnias puinave, curripaco, sikuaní y piapoco.

Se resaltan dos puntos claves relacionados con la metodología aplicada en esta investigación. En primer lugar, la articulación del estudio con un proceso más amplio de análisis liderado previamente por la ONG Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social (en adelante, Sinergias) en torno a la prevención e intervención de la conducta suicida. En segundo lugar, el desarrollo de reuniones de concertación con los líderes indígenas.

Dado que las etapas del curso de vida en el departamento de Guainía son diferenciales y la adolescencia no es una etapa reconocida en las poblaciones indígenas que allí habitan (Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia, 2019), con excepción de los párrafos previos de esta introducción, en el presente documento se hace referencia a niñas y niños entre los 0 y 11 años y a 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 en el departamento (similar a como se expresó en los boletines de resultados de Amazonas y Vaupés) es el choque cultural, el cual está relacionado con el contacto intercultural prolongado entre las comunidades indígenas y el mundo occidental. El choque cultural se materializa tanto en el ámbito educativo, como en el económico y provoca en la población más joven, expectativas de vida alrededor del progreso que los sitúa en una encrucijada entre su cultura y lo proveniente de «occidente».

Dado que las conductas suicidas emergen y tienen como principal factor de riesgo el choque cultural, las orientaciones que se presentan en este documento en materia de prevención, trascienden la especificidad de su prevención y ahondan en elementos de gobernanza, identidad, autonomía y pervivencia de los pueblos indígenas. En este sentido, están relacionadas con la promoción del buen vivir, la prevención y la atención de la conducta suicida.

2. La población indígena se ubica en asentamientos llamados comunidades, las cuales constituyen la unidad básica de poblamiento y de organización política. Hace referencia a un asentamiento (pequeño y mediano) como espacio físico, administrativo y como ente político.

Como resultado de la presente 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 a las comunidades del departamento de Guainía; así como a articularse para 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 seis 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 de las comunidades indígenas de Guainía. En el cuarto capítulo se exponen los factores de riesgo y prácticas protectoras asociadas 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 sexto y último capítulo se presentan 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.

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, en el que cada participante del proceso de investigación aprende y enseña desde su propio marco cognitivo, desde su propia formación académica 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, en el que 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, ONG y organizaciones sociales, 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 finalizar el proceso de recolección y análisis de la información. Esto quiere decir que, en el marco de la investigación, se contó con coinvestigadores indígenas cuya participación y selección fue validada en reuniones comunitarias. Igualmente, colaboraron profesionales en salud mental, intercultural y tradicional (local-indígena), así como expertos en el área social y de políticas públicas.

Adicional a lo anterior, se fomentaron espacios de investigación propia, partiendo de la recopilación y valoración del conocimiento ancestral³ 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, la prevención, emociones, suicidio, entre otras, fundamentales para generar estrategias interculturales que incorporen el sentir de las comunidades.

En el caso de Guainía, el trabajo de investigación se caracterizó por ser de tipo exploratorio y se dividió en dos fases. La primera fase se centró en la elaboración del plan de acción y la recopilación de información secundaria sobre los aspectos sociales, individuales, familiares y culturales relacionados con la salud mental y en especial con la conducta suicida. La segunda fase se concentró en la consulta de fuentes primarias a través de las 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; la identificación de casos de suicidio e intento de suicidio en niñas, niños y jóvenes indígenas a nivel local; la recopilación de nociones y prácticas de salud mental; y la identificación de orientaciones generales para prevención.

Debe indicarse que durante el proceso de ejecución de la investigación en este departamento no se concretaron intervenciones directas en la comunidad, por lo que su alcance está centrado en la identificación de actividades institucionales y la articulación de las mismas desde el municipio de Inírida. De esta manera, en el marco del encuentro intercultural de parteras y médicos tradicionales en la comunidad de Chorrobocón y de Guamal, se realizaron actividades conjuntas con el Hospital Manuel Elkin Patarroyo y las Autoridades Tradicionales Indígenas (AATI) para la identificación de necesidades, problemáticas, sentires, definiciones de estar bien y estar mal dentro de las comunidades y posibles soluciones desde la cosmovisión de los pueblos indígenas frente a la emergencia de las conductas suicidas. Gracias a esto fue posible llevar a cabo cinco estudios de caso del Hospital Manuel Elkin Patarroyo en Inírida.

A través de la Asociación Consejo Regional Indígena del Guainía (ASOCRIGUA), se hicieron acercamientos a líderes de algunas comunidades dentro del resguardo El Paujil y médicos tradicionales que trabajan en la región y realizaron aportes como coinvestigadores.

3. 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

Los instrumentos de recolección de información utilizados fueron entrevistas; también se recurrió a fuentes de información como la revisión documental. Para facilitar el intercambio de información con las etnias puinave, curripaco, sikuaní y piapoco, cuyos dialectos pertenecen a las familias lingüísticas make-puinave, arawak y guahivo, se idearon interacciones visuales, plásticas o sonoras más que escritas durante la aplicación de las entrevistas. De igual manera, se aplicaron consentimientos y asentimientos informados⁴ 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 voluntaria, 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.

Entrevistas semiestructuradas

Las entrevistas semiestructuradas (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 la que se encuentran estructuradas las relaciones familiares y explorar la situación actual de conflictos personales, familiares o comunitarios. Este instrumento de recolección de información también se empleó para determinar las fortalezas y debilidades institucionales en torno a la prevención y abordaje de la conducta suicida en el departamento.

Similar a los departamentos de Vaupés y Amazonas, en Guainía se trabajó con representantes de los distintos sectores del SNBF que vienen adelantando acciones en torno a la salud mental en el ámbito local. Asimismo, se involucraron las AATI, actores clave en los territorios, y algunas de las entrevistas se realizaron a los referentes de salud mental de la Secretaría de Educación Departamental, orientadores escolares y psicólogos comunitarios. Así, se tuvo acercamiento con el ICBF Regional Guainía y el Hospital Manuel Elkin Patarroyo y se llevaron a cabo cuatro entrevistas con la Secretaría de Educación Departamental aplicadas a un psicoorientador, un psicólogo comunitario, una psicóloga de la secretaría y una orientadora escolar (Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia, 2019a).

Revisión documental

La revisión documental hace referencia a la consulta de fuentes secundarias cuantitativas, correspondientes a los datos de 70 casos de intento de suicidio de los años 2016 a 2019 reportados al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y los datos de 324 consultas por psicología realizadas durante el último año en el Hospital Manuel Elkin Patarroyo de Inírida, en las cuales predominaron los diagnósticos de trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de psicotrópicos. Aunque muchas de estas consultas se relacionan con la conducta suicida, solo el diagnóstico de una de ellas fue intento de suicidio.

4. 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 este se aplica con niñas, niños y adolescentes.

En el desarrollo de la investigación, la revisión documental 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 Bronfenbrenner⁵, 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 o indirectas sobre las personas (Bronfenbrenner: 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 psicoemocionales, 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 (Bronfenbrenner: 1976, 1977, citado en OBN, 2017, p. 6).

5. Es preciso mencionar que el modelo ecológico de Bronfenbrenner fue desarrollado por el psicólogo estadounidense, Urie Bronfenbrenner, cuyo postulado básico es que el «ambiente ecológico» que rodea al sujeto es la principal fuente de influencia sobre su conducta. En este sentido, se concibe el desarrollo humano como una progresiva relación entre el ser humano y sus entornos inmediatos, al igual que las relaciones que se establecen entre estos entornos (Torrico Linares et al., 2002, p. 46). El «ambiente ecológico» es concebido como un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente (Bronfenbrenner: 1976, 1977a, 1977b, 1979, 1992, citado en Torrico Linares et al., 2002, p.47).



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

La información recolectada en territorio, además de ser grabada en audio por el grupo de investigadores, fue diligenciada en notas de campo y clasificada en 14 variables transversales de estudio que se presentan en la Tabla 1, las cuales surgen de tres dimensiones de análisis: estructural, comunitaria y familiar, y personal; y estuvieron sujetas 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 la calidad de la salud personal (Organización Mundial de la Salud y 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 sicosociales 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» (Ministerio de Salud y |

| | | |
|----|---|--|
| 3 | Nociones de salud mental y de enfermedad mental | Protección Social, 2015, p. 62). «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 de 2013). |
| 4 | Nociones de familia | ¿Cómo está conformado el núcleo familiar?, 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 y 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 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 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 | En el ámbito comunitario consiste en 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 Amazonía (2019).

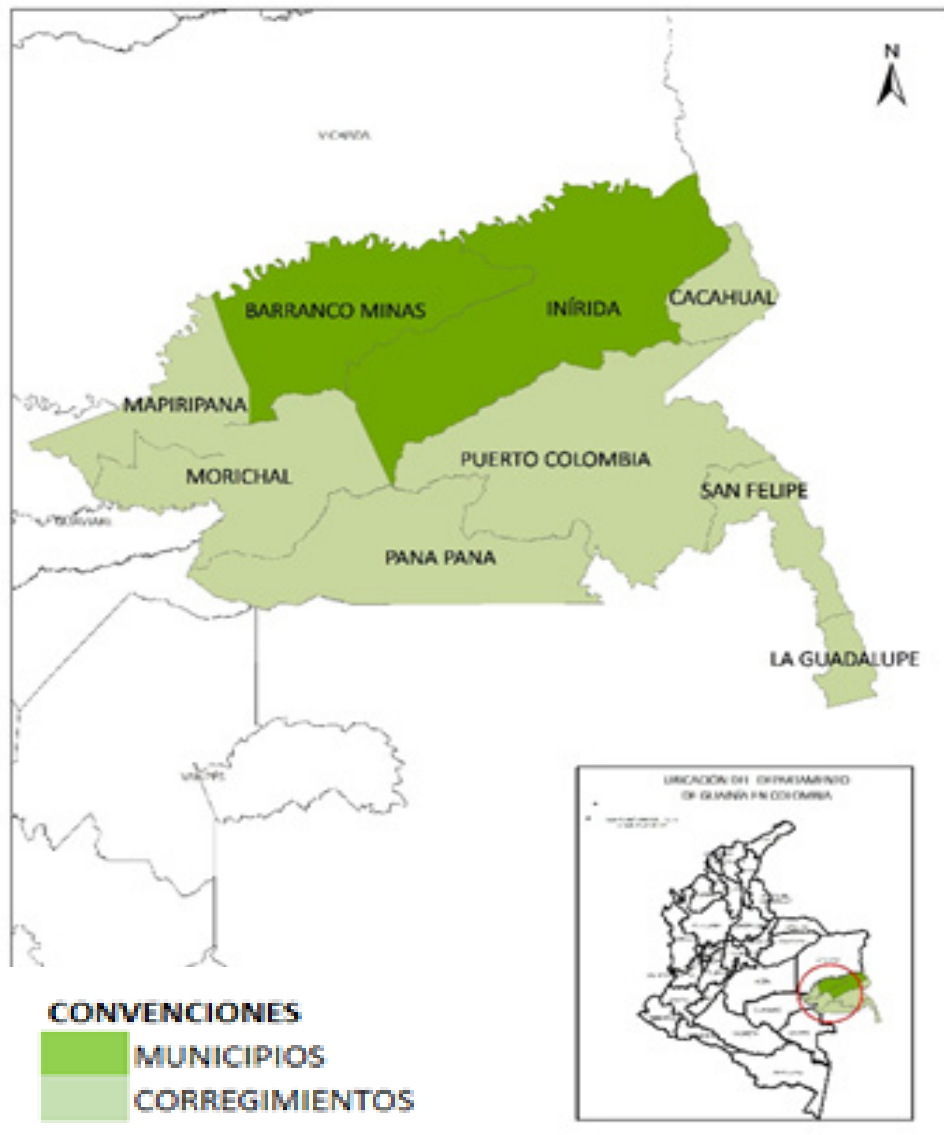


1. Caracterización de entorno

1.1. Ubicación geográfica y división político-administrativa

Guainía es el quinto departamento más grande de Colombia. Tiene una extensión de 72.238 km² que representa el 6,33 % del territorio nacional. Desde el 1 de diciembre de 2019 cuenta con dos municipios: Inírida, que a su vez es la capital departamental y Barrancominas. Adicionalmente, está conformado por siete corregimientos: Cacahual, La Guadalupe, Mapiripana, Morichal, Pana-Pana, Puerto Colombia y San Felipe (Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia, 2019b).

Ilustración 2. Mapa político-administrativo departamento de Guainía



Fuente: Grupo de Estadística y Gestión de la Información – ICBF (2020).

1.2. Diversidad poblacional y cultural

La población indígena del departamento es equivalente al 85 % del total de la población. Se encuentra distribuida en 154 comunidades indígenas ubicadas en 27 resguardos reconocidos por el Ministerio del Interior. Las etnias propias del territorio son los curripacos (cuyos asentamientos se encuentran principalmente en los ríos Guainía, Atabapo, Isana y Cuyarí) y los puinaves (río Inírida). También se encuentran otros grupos como los piapoco, ubicados principalmente en el río Guaviare; los sikuaní quienes habitan mayoritariamente por el río Guaviare y el río Inírida; los yeral, ubicados sobre el río Guainía; y los cubeo, residentes de los ríos Guaviare e Inírida. Aunque en el casco urbano y las áreas circundantes de Inírida también se resalta la presencia de todos los grupos indígenas previamente mencionados, allí predomina la presencia de población puinave (Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia, 2019b).

Las organizaciones indígenas tienen un carácter territorial cuya jurisdicción está determinada por las comunidades adscritas en una zona o tramo de un río, casi siempre en relación con una laguna, un raudal, la desembocadura de un caño, la prominencia de una roca o la unión de ríos. Un ejemplo de ello es la Asociación de Comunidades Unidas del Río Isana y Cuyarí (ACURIS), reconocida por el Ministerio del Interior. Las organizaciones indígenas comparten la cosmovisión en la que se concibe a todos los seres vivos como sujetos, en contraste con la visión que coloca al hombre como sujeto y a la naturaleza como objeto. En este sentido, estos grupos establecen una relación con la naturaleza con el propósito de comprenderla y proyectarse en ella (Acevedo, 2013, p. 445).

En relación con las prácticas culturales, varias de las celebraciones ancestrales propias de los pueblos indígenas de Guainía han perdido vigencia a través del tiempo, a causa del contacto con otras actividades ajenas a su cultura. No obstante, en la etnia puinave prevalecen rituales asociados con la abundancia y el buen desarrollo de las cosechas como lo son el tributo y el agradecimiento por la existencia de los alimentos, los cuales tienen el propósito de acompañar las actividades de agricultura, caza, pesca y recolección de frutos (Ministerio de Cultura, s. f.). Asimismo, para la etnia curripaco es importante la conservación de conocimientos sobre la selva, ríos, la memoria y relatos tradicionales, a través de celebraciones como la Santa Cena y la Conferencia, y los nombres que llevan sus clanes aludiendo a sus héroes culturales como lo son: pato de agua, hijos del guache, hijos del tapir y nietos de las pléyades, entre otros (Organización Nacional Indígena de Colombia, s. f.; Ministerio de Cultura, s. f.).

El 15 % restante de la población del departamento representa a los denominados «colonos», habitantes oriundos del interior del país, afrodescendientes, raizales y palenqueros, quienes se asientan principalmente en el casco urbano de Inírida. En la zona rural, los colonos se distribuyen sobre las vegas de los principales afluentes hídricos como el Guaviare (Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia, 2019b).

1.3. Aspectos económicos y sociales

De acuerdo con la Gobernación de Guainía (2020), se encuentran dos tipos principales de economía en la región. La primera se relaciona con las actividades desarrolladas por las comunidades indígenas y los campesinos, con las que buscan suplir las necesidades básicas de subsistencia; y la segunda, tiene que ver con la explotación minera y el comercio. Al interior de los corregimientos, las actividades giran principalmente en torno a la agricultura y la producción pecuaria de autoconsumo, siendo la yuca brava, el plátano, el cacao y el maíz los principales productos y la base alimenticia de las comunidades indígenas. En la capital departamental, por su parte, las actividades económicas dependen de la oferta de trabajo estatal del nivel nacional, departamental y municipal.

Respecto a la cobertura de servicios públicos domiciliarios, el 50,5 % de la población indígena cuenta con energía eléctrica, 10,8 % cuenta con el servicio de acueducto, 2,5 % tiene acceso servicio de internet itinerante y ninguna comunidad indígena tiene acceso a los servicios de gas natural y alcantarillado (Gobernación de Guainía, 2020).

La proporción de habitantes con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)⁶ es de 59,21 %. Y el 35,3 % de la población se encuentra bajo la línea de miseria.

Tabla 2. Necesidades Básicas Insatisfechas por categorías 2018

| Razón nacional | Proporción personas NBI (%) | Proporción personas en pobreza monetaria extrema (%) | Componente de vivienda (%) | Componente servicios (%) | Componente hacinamiento (%) | Componente inasistencia (%) | Componente dependencia económica (%) |
|----------------|-----------------------------|--|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| Colombia | 14,13 | 3,74 | 5,31 | 3,58 | 4,06 | 1,91 | 4,37 |
| Guainía | 59,21 | 35,30 | 32,84 | 39,61 | 22,39 | 5,85 | 14,06 |

Fuente: Gobernación del Guainía (2020-2023)

En materia de educación, la Secretaría de Educación y Cultura departamental registra 94 establecimientos educativos ubicados en los dos municipios y seis corregimientos. No obstante, en términos de calidad, se reconoce que sigue siendo un desafío garantizar que la educación se brinde de forma inclusiva, flexible y diferenciada para la población indígena, de tal manera que se adapte a sus necesidades, prácticas y saberes propios (Gobernación del Guainía, 2020, p. 109).

6. El NBI es un método para caracterizar la pobreza e identificar las carencias críticas que existen en una población. Se parte de la estimación de una línea de pobreza, definida como costo mínimo de una canasta de bienes y servicios que satisfaga las necesidades básicas (alimentación, vivienda, vestido, educación y salud) (Gobernación de Guainía, 2020).

1.4. Situación de salud

Según el Plan de Desarrollo Departamental 2020-2023, «las condiciones geográficas de difícil acceso y la alta dispersión de la población es una dificultad grande para la prestación de servicios de salud» (p. 101). Aunque en Inírida hay nueve puestos de salud⁷, sus equipos biomédicos son insuficientes para la prestación de los servicios y solo se cuenta con el Hospital Manuel Elkin Patarroyo de mediana complejidad. Por lo anterior, muchos pacientes deben ser remitidos al interior del país.

Las principales causas de defunción no fetales en el departamento son las enfermedades isquémicas del corazón, seguidas de las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes y las malformaciones congénitas. Los suicidios, identificados como lesiones autoinfligidas intencionalmente, son la sexta causa de defunción no fetal junto con los homicidios y las enfermedades hipertensivas (DANE, 2019; 2019a). Las principales causas de defunción fetal son, por su parte, las complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento, así como las afecciones maternas.



7. Puestos de salud: El Coco, Paujil, Caranacoa, Yuri Zona Caño Bocón, Remaso, Danta, Zancudo, Coayare y Puerto Esperanza.

2. El suicidio: cifras y cosmovisiones

Pese al subregistro de información estadística sobre la conducta suicida en Guainía, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) clasificó la tasa de suicidio de Guainía, en 2018, como la tercera más alta en todo el país con 9,15 por cada 100.000 habitantes. El subregistro se presenta, entre otros factores, por el no reporte de los casos a las entidades correspondientes, la posible notificación de algunos eventos como muertes por accidentes e intoxicaciones, a la débil presencia institucional y por la dispersión territorial.

Tabla 3. 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 |

| Departamento | Tasa de suicidio 2016 | Tasa de intento de suicidio 2015 |
|--|------------------------------|---|
| 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 |
| 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 |

| Departamento | Tasa de suicidio 2016 | Tasa de intento de suicidio 2015 |
|---------------------|------------------------------|---|
| 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.

Entre 2010-2019, el DANE (2020) reportó 15 casos de suicidio en el departamento, de los cuales, el 53 % (8) se registraron en jóvenes entre los 15 y los 24 años.

Adicional a lo anterior, durante el periodo 2016-2019, la Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia) (2019) identificó 70 casos de intentos de suicidio reportados por SIVIGILA, de los cuales el 54 % se presentaron en hombres y el 46 % en mujeres. Por grupos de edad, el 30 % (21) de los eventos se registraron en menores de 18 años; de estos casos, el 66 % correspondieron a población indígena, aunque se desconoce el pueblo indígena al que pertenecía la población. Solo se tiene registro de cinco casos, tres de los cuales corresponden al pueblo curripaco, 1 al pueblo sikuaní y uno al pueblo piapoco.

Tabla 4. Registros de suicidio e intentos de suicidio en Guainía

| Evento | Periodo | Nro. Casos |
|---------------------|----------------|-------------------|
| Intento de suicidio | 2016-2019 | 70 |
| suicidio | 2010-2019 | 15 |

Fuente: Observatorio del Bienestar de la Niñez (2020) con base en los datos de SIVIGILA y DANE.

La escasez de cifras, sumada a la ocurrencia de conductas suicidas en Guainía, es definida por la gobernación departamental (2020) como una problemática de salud pública preocupante que debe ser abordada de manera integral. Por lo anterior, asegura, se deben implementar acciones de prevención en los diferentes entornos en los que la población se desenvuelve: familiar, educativo y social, entre otros, y mejorar la oferta de atención en salud mental.

¿Qué significa la salud para los pueblos indígenas de Guainía?

Para diferentes pueblos indígenas de Guainía, la salud es un concepto relacionado con la noción de buen vivir. Significa vivir en armonía con el entorno y poder ejercer las actividades cotidianas que le corresponden a cada uno de los integrantes de la familia. Tal comprensión se distancia de la definición de la salud como un asunto individual y sinónimo de la ausencia de enfermedad o dolor; por el contrario, la salud es definida en términos de capacidades de cumplir con las labores diarias y de bien común (Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia, 2019b).

Para el pueblo puinave, particularmente, tener buena salud es sinónimo de tener «un pensamiento bueno o la sabiduría de tener buenas ideas» (coinvestigador, auxiliar de enfermería puinave, 2019). Esto es posible mediante figuras mediadoras/consejeras que se representan por medio de una persona o grupo de personas, generalmente adultos mayores, que en cada una de las comunidades y familias se encarga de garantizar la buena salud en el territorio, brindar consejos a los más jóvenes, dar el ultimátum en las elecciones del capitán y mediar en las decisiones comunitarias.

Para este pueblo, el conocimiento sobre la medicina tradicional es producto de la observación empírica de esta práctica y la herencia del saber mítico de sus antepasados, y es transmitido por tradición oral, regularmente, de abuelos a sus nietos o de padres a sus hijos. Según su plan de vida, desde la medicina tradicional se calma el dolor de la picadura de raya, la mordedura de culebra, la diarrea y el vómito en las niñas y niños, los dolores bajitos de la mujer, el dolor en el pecho, entre otras dolencias, a través de rezos y remedios naturales como las raíces, hojas, plantas y corteza de árboles (Corporación para el Desarrollo Sostenible del Norte y el Oriente Amazónico, s. f.).

Los sikuaní conciben la medicina tradicional no solo como una práctica de curación, sino también como el medio por el cual la comunidad tiene una interrelación constante con la naturaleza. Se basa en el conocimiento, conceptos y rituales propios que se han desarrollado ancestralmente, en los que se tiene en cuenta la vida colectiva para tener un plan de salud más integral. Así, la salud es entendida como un conjunto integrado por el cuerpo, la mente y la naturaleza, y la enfermedad está asociada con el desequilibrio que hay entre el mundo material y espiritual. De ahí que, el médico tradicional debe ser un sabedor de una serie de conocimientos propios de la cultura, con capacidades espirituales y de sabiduría, capaz de orientar y proteger a la comunidad frente a las afectaciones físicas y espirituales (Ministerio del Interior, Organización Nacional Indígena de Colombia, 2013).

Por su parte, para la etnia curripaco, la salud mental está asociada con tener un «pensamiento limpio». Al respecto, el coordinador de salud de ASOCRIGUA menciona lo siguiente:

«Para hablar de mente (cuerpo y pensamientos), como sabedor, para llegar más allá depende de la comunicación espiritual de fuerzas que se hace con los espíritus del más allá. Por eso se refiere, la salud mental es el resultado de la comunicación del ser humano con los espíritus. Los espíritus que cada uno tenemos. Eso solamente se siente cuando uno está comunicado y está más allá, va más allá. Eso es salud mental. La salud mental es un pensamiento limpio. Tener un pensamiento limpio. Tener un pensamiento limpio es la pureza, es limpio. Cuando la mente llega a ser limpia, no tiene que ver con confusión. Es un momento donde la mente llega a una estabilidad, limpio. Momentos, no es permanente. Usted puede decir me siento bien, la mente como limpia ahorita porque si la mente siempre estuviera limpia todo estaría mucho mejor. Los indígenas son de sentipensamientos y los blancos dice que no son de sentimientos. Son de razón de pensamientos».

No tener buen pensamiento significa estar influenciado por diversos factores de riesgo. Aunque existe un factor específico relacionado con el uso de plantas. El chundú o pusana mala se asocia con manifestaciones psicológicas y comportamentales que incluyen episodios de ansiedad, inquietud motora, agitación psicomotora, insomnio, ideación persecutoria y fenómenos alucinatorios complejos (Bravo-Naranjo, 2015). Culturalmente, el chundú está relacionado con la magia del amor, cuyo tratamiento debe ir acorde con el sistema de creencias locales y prácticas curativas chamánicas.

«El hombre también se vuelve loco con pusana, con chundú. El otro día cuando ustedes vinieron yo apliqué eso. Por ejemplo, cuando a usted no lo quiere alguien, usted le pone eso y puede envenenar porque le ponen un maleficio indígena. Pero yo no puedo hacer nada, hay gente que lo hace para que lo quieran. Usan aceite con una medicina para empuñar a una mujer, luego que la ponen ella no pone cuidado y no come. Hay otro rezo que es más bueno, si usted le tiene miedo a alguien también se hace por medio de un frasco de perfume y lo pone mansito cuando esa persona lo huele. La pusana se usa para vivir y para hacer novia. Hay muchas clases de pusanas. Cuando se enloquece se usa una mala pusana para que se enloquezca o se vaya lejos y no pone cuidado ni de la familia y se va, pero esta pusana no la mata, solo se va con tristeza. Para que la persona empuñada vuelva se hace oración y luego llega a la casa y se le quita la locura. La locura son malos pensamientos y cuando se tiene locura no ponen cuidado cuando le dan consejos y se vuelven solitarios; para arreglar esta enfermedad nosotros tenemos oración para aliviar esta loquera. Puede llegar el nivel de locura que el hombre ya no recibe nada, por rezo o algo que comió y se muere la persona, vomita sangre o le da diarrea» (Entrevista. Líder comunitario, Comunidad de Cimarrón, Inírida).

Estas concepciones sobre la salud mental en los pueblos indígenas de Guainía fueron identificadas por la Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia) en Inírida. Sin embargo, en futuros estudios se sugiere indagar en profundidad acerca del chundú como elemento con potencial de desencadenar un síndrome psicológico cultural que comprende unas características específicas en su uso y método terapéutico, así como puede presentar variaciones en la sintomatología, curso y pronóstico (Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia, 2019b). Esto, ya que podría estar asociado con algunas conductas suicidas en el ámbito local. Por lo pronto, se presentan algunos resultados encontrados de forma preliminar.



3. Factores de riesgo y prácticas protectoras asociadas a la conducta suicida en niñas, niños y jóvenes indígenas

A continuación, se presentan los factores de riesgo afines a la conducta suicida en niñas, niños y jóvenes indígenas, los cuales fueron identificados gracias a los aportes brindados por los actores institucionales, los miembros de ASOCRIGUA y líderes comunitarios en Guainía.

En la misma línea con lo expresado en los boletines pares de resultados de esta investigación (Vaupés y Amazonas)⁸, el principal factor de riesgo asociado a las conductas suicidas en niñas, niños y jóvenes indígenas en estos departamentos, incluido Guainía, es el choque cultural. Este se materializa en los desencuentros entre la educación formal estatal y propia, los discursos de protección occidentales y las prácticas de cuidado indígena. Se expresa en el quiebre de las relaciones familiares y el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. El choque cultural también se asocia con fenómenos como la aculturación⁹, la colonización y deculturación¹⁰ que históricamente han generado un contacto desigual permanente entre la población indígena y occidente.

Aunque el choque cultural se identifica como un factor de riesgo transversal en Vaupés, Amazonas y Guainía que desemboca en alto riesgo de pérdida cultural, en cada territorio se resaltan ciertas particularidades contextuales que dan cuenta de su materialización. En el caso de Guainía, estas se encuentran relacionadas, principalmente, con los sectores educativo y económico (ligado con la minería, entre otros), así como la presencia e influencia de grupos armados en el territorio y sus relaciones con el tráfico de estupefacientes. Los factores de riesgo se clasifican en los niveles propuestos por el Modelo Ecológico de Brofenbrenner y se presentan a continuación¹¹.

3.1. Factores de riesgo

3.1.1. Nivel macro

8. Los boletines de Vaupés y Amazonas sobre conducta suicida en niñas, niños, adolescentes y jóvenes pueden ser consultados en el la página del Observatorio del Bienestar a la Niñez del ICBF.

9. La aculturación hace referencia al fenómeno en el que grupos o individuos de diferentes culturas establecen contacto continuo que genera una modificación de las normas culturales originales de al menos uno de los grupos (UNESCO, 2019)

10. La deculturación es el proceso de pérdida de elementos de la propia cultura de grupos o individuos.

11. La información que se expone a continuación es presentada por la Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia (2019b), en el «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», en el marco del Contrato interadministrativo Nro. 01014942019 UNAL (Sede Amazonia) e ICBF.

Tabla 5. Factores de riesgo asociados al suicidio de niñas, niños y jóvenes en Guainía: nivel macro

| Evento | Factores de riesgo |
|---------------|---|
| Estructural | <ul style="list-style-type: none"> • Choque cultural. • Estigmatización de la cultura medicinal indígena. • Falta desarrollo del enfoque diferencial étnico. |

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

Choque cultural

Tal como se expresó anteriormente, uno de los principales factores de riesgo asociados a las conductas suicidas en pueblos indígenas es el choque cultural, relacionado con el contacto intercultural desigual y prolongado entre las comunidades indígenas y occidente (Bautista, 2004). En el ámbito educativo, el choque cultural se materializa en la imposición de un idioma, valores y conocimientos foráneos y antagónicos a la cultura y al lenguaje propio de los pueblos indígenas que trae, como consecuencia, el distanciamiento de las niñas, niños y jóvenes indígenas de su cultura y, por ende, de sus comunidades. En Guainía, las familias que residen en zonas que no cuentan con escuela y deben enviar a sus hijas e hijos a internados se ven especialmente expuestas a la fragmentación de las relaciones familiares y a la transmisión de aprendizajes y enseñanzas debido, además de las razones ya expuestas, a la distancia física que existe entre los establecimientos educativos y sus sitios de residencia.

Cada sociedad tiene sus propias formas de transmitir sus saberes entre las distintas generaciones. Saber pescar, cazar, cocinar o cultivar era fundamental en la reproducción social de los distintos roles de los grupos étnicos amazónicos. Sin embargo, actualmente las niñas y niños indígenas aprenden lejos de sus familias, en espacios cerrados en escuelas o internados, consumiendo alimentos que no son propios de su cultura y adquiriendo conocimientos a partir del modelo de competencias. La ausencia de espacios de intercambio de saberes indígenas externos, incluso, el escenario educativo a nivel local agudiza los impactos de esta situación, al mismo tiempo que repercute en la pérdida cultural, entre otras razones porque los(as) abuelos(as), depositarios del saber tradicional, dejan de ser escuchados por la población más joven.

Los(as) abuelos(as), que eran un símbolo de sabiduría para las familias y tenían un rol fundamental para la reproducción sociocultural de su pueblo, dejan de tener un papel de

consejeros y, en efecto, sus saberes se ven como molestias para los jóvenes. De esta manera, los saberes tradicionales —uso de plantas, rezos de prevención— se conocen o se mantienen ocultos, pero no se enseñan, por lo cual, los jóvenes están olvidando su valor y utilidad para sí mismos y la comunidad. Todo lo anterior desencadena un desarraigo identitario en la medida en que las cosmovisiones propias y las prácticas tradicionales se dejan a un lado para ser reemplazadas por los saberes occidentales, ignorando los impactos positivos que el conocimiento propio de los pueblos produce en el bienestar y, particularmente, en la salud de su población.

En el escenario económico, el choque cultural se materializa en la inserción desigual de los pueblos indígenas, en este caso de Guainía, en la economía de mercado, que se traduce en la imposición de la noción de pobreza, sumado a las pocas posibilidades de participación de esta población en los diferentes sectores económicos, el alto costo de vida y las dificultades para acceder a los bienes y servicios. Todos estos asuntos repercuten en las decisiones de vida o muerte de los jóvenes indígenas y otros integrantes de las comunidades.

La noción de pobreza o de escasez, característica del discurso occidental, pone sobre la mesa la acumulación de capital como base esencial para la movilidad dentro del sistema estructurado por clases sociales. Genera transformaciones en el universo simbólico indígena y en las comprensiones sobre el buen vivir afines a la convivencia armónica colectiva, individual y con el entorno, lo que motiva a los pueblos indígenas a crear nuevas necesidades, principalmente de índole material. Necesidades que en algunas ocasiones no logran ser satisfechas debido a las dificultades de acceso que tienen las comunidades indígenas con respecto a otras poblaciones.

En el municipio de Inírida, la economía se basa principalmente en la minería, el turismo, las artesanías, la pesca ornamental y de consumo, la ganadería, la agricultura, el comercio, el transporte fluvial y terrestre y la contratación con entidades públicas. Las actividades económicas de la población indígena se basan en la pesca, la caza y la horticultura. Por otra parte, en el contexto de contacto con el mundo moderno, los pueblos indígenas han empezado a interesarse por participar en los sectores económicos modernos, iniciando un proceso de inserción al mundo laboral (formal e informal) que ofrece la economía de mercado. No obstante, sus expectativas de incursión en estas nuevas formas de producción siguen siendo insatisfechas debido a sus reales posibilidades de participación, la baja retribución económica y los impactos sociales que algunas de estas actividades generan.

La minería, que se desarrolla con diversos recursos potenciales de extracción como lo son el oro, el platino, el cobre, el hierro, el coltán (columbita y tantalita), la roca fosfórica, las sales de potasio, el magnesio, el carbón y el uranio, es una actividad que se lleva a cabo de manera artesanal y cerca de las comunidades con auspicio de las autoridades indígenas. Por esto, ha tenido gran influencia en las dinámicas socioculturales de las comunidades, atrayendo hombres para el proceso de extracción y mujeres para la realización de actividades de apoyo (alimentación). Se ha convertido en una oportunidad laboral dentro de la selva para los jóvenes, en un panorama en el que hay ausencia de otras posibilidades de ingresos diferentes a las actividades tradicionales (caza, pesca, conuco). Esto, sumado a la participación de algunos indígenas en grupos armados ilegales, vigoriza los desequilibrios a nivel individual y

comunitario en algunos pueblos en la medida en que algunas familias se han visto fracturadas con la introducción de estas economías en la zona. Como consecuencia de lo anterior, las niñas, niños y jóvenes quedan en muchas ocasiones sin una red de apoyo fuerte, sin la guía y el consejo de abuelos, padres, madres y otros líderes que anteriormente eran los pilares de las pautas y prácticas de la crianza.

La presencia de grupos armados en la zona, especialmente en los ríos Atabapo, Guaviare e Inírida Alto, repercute seriamente en el bienestar colectivo e individual de la población indígena, la cual es reconocida como víctima del conflicto armado, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1448 de 2011¹². Estos grupos reproducen, particularmente, relaciones históricas de poder fundamentadas en el miedo y generan incertidumbre por el riesgo de reclutamiento forzado de niñas, niños y jóvenes y por los posibles enfrentamientos; todo lo cual tiene implicaciones importantes en la organización social y la convivencia dentro de las comunidades y su salud mental.

Pese a que algunos indígenas siguen habitando las selvas y sabanas del departamento, las cuales les proveen alimento, bebida, techo, medicina y herramientas, quienes migran a las ciudades en búsqueda de otras opciones económicas se ven enfrentados, en muchas ocasiones, a la inseguridad alimentaria. Esto, dado que en los cascos urbanos los elementos de subsistencia son más difíciles de conseguir, sobre todo en escenarios de desempleo. Lo anterior, repercute en el bienestar de la población y genera desgastes emocionales que derivan, algunas veces, en otros problemas de salud mental en la población indígena, principalmente la más joven. El alto costo de vida en los cascos urbanos se explica, entre otras razones, porque muchos de los productos que se consumen en Inírida son traídos una vez a la semana del interior del país por vía aérea y, en varios casos, deben ser transportados por vía fluvial.

En el ámbito de las tecnologías de información y comunicación, el choque cultural se materializa en su uso desregulado. Las tecnologías como el televisor, el celular, el radio y el internet son un aspecto que se ha esparcido por todos los rincones del territorio nacional y el departamento de Guainía no ha sido la excepción. Algunos lugares reciben señal de televisión satelital, los celulares se pueden adquirir con facilidad en el centro de Inírida y el internet ha conectado a los locales con el mundo entero. Al igual que en otros lugares, el uso de estas tecnologías con desconocimiento sobre las restricciones a ciertos contenidos por parte de las familias propicia que niñas, niños y adolescentes accedan a contenidos restringidos o poco adecuados para sus edades y, además, a que sean difundidos sin ningún tipo de contexto.

Un ejemplo de lo anterior es lo narrado por un agente de las instituciones educativas en Inírida:

12. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.

«Se contactan con chicos de otros países y hacen retos. Retos de violencia, “ahogue a su compañero hasta que se desmaye”. Se programan y hacen retos. Tomar clorox o gasolina. Retos con chicos de otros países y entre ellos. Pocos han terminado en el hospital. El mal uso de la tecnología, poco control del tiempo de los padres» (Entrevista. Psicólogo comunitario, Inírida).

El impacto de lo anterior es mayor en las comunidades aledañas a los cascos urbanos y genera como consecuencia transformaciones en las formas de relacionamiento familiar y comunitario. Igualmente, conlleva a la sustitución de los espacios culturales esenciales para la transmisión del conocimiento ancestral, lo que a su vez representa un cambio en la valoración de elementos identitarios que dan significado a condiciones de éxito o fracaso de los individuos y colectivos. El contacto con las dinámicas globales y capitalistas genera, adicional a lo mencionado, otras expectativas de vida alrededor del progreso que pone a los jóvenes en una encrucijada entre su cultura y lo novedoso de «occidente».

Estigmatización de la cultura medicinal antigua

La desaprensión de los saberes culturales indígenas relacionados con la medicina tradicional como consecuencia de la introducción de religiones foráneas que motivaron la adhesión a la cultura y valores cristianos, hizo que en muchas comunidades se considerara negativa la sabiduría de curación y prevención tradicional. Prácticas tradicionales como el consumo del yopo y el tabaco son mal vistas y señaladas como asuntos del «diablo». Aun cuando estos saberes se han mantenido entre algunos mayores, su transmisión es escasa en la actualidad y repercute en el cuidado de la salud de niñas, niños, jóvenes y familias indígenas. Asimismo, pone en riesgo a la población que, por la formación impuesta, ya no recurre a este tipo de conocimientos y tampoco cuenta con las condiciones de acceso a la medicina occidental, incluso estando afiliada a esta última.

Necesidad de fortalecer el enfoque diferencial étnico

A pesar de que hay un interés de las instituciones por incluir dentro de sus labores el enfoque diferencial étnico, aún persisten deficiencias en la aplicación efectiva de este enfoque cuya importancia radica en la singularidad y, a la vez, en la pluralidad de las identidades que caracterizan a los diferentes pueblos y sociedades, incluyendo los múltiples tipos de cuidado de la salud mental, los cuales pueden ir desde pautas y prácticas individuales, y sistemas holísticos de sanación colectiva, hasta cuidados institucionales formales. En la manera en la que se comprende el enfoque diferencial étnico, se evidencia una necesidad de seguir trabajando en consensos sobre la complejidad de la diversidad cultural y acerca de las políticas públicas que se deben poner en juego para materializar este enfoque.

Por lo general, se interpreta al enfoque diferencial étnico como el trabajo con pueblos indígenas, pero no a partir de lo indígena. Es decir, no se parte de las formas de ser y de hacer

y de la lógica del buen vivir. En general, hace falta fortalecer acciones coordinadas al respecto para lograr que la atención institucional del Estado tenga en cuenta las particularidades de lo indígena, pues de lo contrario es difícil lograr mejoras en el bienestar de estas comunidades.

3.1.2. Niveles comunitario y familiar

Tabla 6. Factores de riesgo asociados al suicidio de niñas, niños y jóvenes en Guainía: nivel comunitario y familiar

| Nivel | Factores de riesgo |
|-------------|---|
| Comunitario | <ul style="list-style-type: none"> • Violencias contra niñas, niños y jóvenes. • Discriminación hacia la población LGBTI. |

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

Violencia de género y violencia sexual contra niñas, niños y jóvenes

Uno de los factores que más complejiza el abordaje de las violencias de género y sexual en estas comunidades es que cada resguardo tiene sus propias reglas descritas en los planes de vida en los que se mencionan cada una de las prohibiciones y sanciones dentro de la comunidad; estas difieren de las acciones legales de la justicia ordinaria. Aun cuando no todas las comunidades tienen planes de vida, la violencia sexual, familiar y de género tienen diferentes manejos que son acordados por el consejo de abuelos, el capitán de la comunidad y el pastor. Sin embargo, las diferencias en el abordaje de estas conductas en el mundo indígena versus occidente, motiva percepciones según las acciones de los pueblos, son escasas y no contribuyen a prevenir la violencia contra niñas, niños y jóvenes indígenas. Sobre este punto, vale la pena resaltar que el abordaje de estas formas de justicia propia para algunas comunidades todavía es inicial y que la respuesta de articulación interjurisdiccional entre la justicia ordinaria y la justicia especial indígena sigue siendo insuficiente.

Según los reportes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2019a, p. 245), en 2018, el departamento de Guainía presentaba 101.28 casos de violencia sexual por cada 100.000 habitantes, siendo uno de los cinco departamentos con la tasas de violencia sexual más alta, después de Amazonas y Casanare. A nivel departamental, además, la tendencia de las violencias de género y sexual han venido en aumento. Aunque en 2016 la prevalencia de estos eventos disminuyó y, según las cifras reportadas en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) departamental, hubo un importante incremento para 2017 (citado en Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia, 2019b).

La importancia de la violencia sexual como factor de riesgo de la conducta suicida adquiere mayor importancia al tener en cuenta que de acuerdo con algunos actores institucionales entrevistados, en Inírida rondan diferentes historias sobre violencia sexual a niñas y niños no solo en internados, sino sobre su participación en orgías dentro de algunas comunidades; esta situación, para algunos, expone a esta población a impactos físicos y emocionales indeseados que podrían repercutir en los intereses de los jóvenes para mantenerse con vida¹³.

Discriminación hacia la población LGBTI

En los últimos años, en el departamento se ha visto mayor activismo de la población LGBTI, mediante manifestaciones que buscan la defensa de sus derechos. Esta situación es vista por los mayores como algo nuevo y negativo. La comunidad LGBTI busca el reconocimiento de sus derechos, denuncia el machismo, cuestiona a las iglesias y a la figura del pastor. Algunos reivindican, incluso, algunos saberes antiguos. Sin embargo, los padres, madres y adultos mayores mantienen una posición hermética y negativa frente a la presencia de la población LGBTI y hay quienes argumentan que su posible aumento se debe al cambio de la dieta alimenticia. Ser homosexual o travesti es motivo de juzgamiento, lo que ha hecho que se les señale y estigmatice, hecho que a su vez afecta la salud emocional. Por esta razón, esta situación se sitúa como un factor adicional asociado a las conductas suicidas, principalmente en jóvenes.



13. Los resultados que se presentan en este boletín se derivan de la investigación sobre conducta suicida y suicidio en niños, niñas y adolescentes indígenas de las comunidades de Amazonas, Vaupés y Guainía, desarrollada en el marco del contrato interadministrativo Nro. 01014942019 entre el ICBF y la Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia), cuyo objeto fue prestar los servicios profesionales al ICBF para formular las orientaciones dirigidas hacia la prevención del suicidio de niñas, niños y adolescentes indígenas de las comunidades indígenas priorizadas de Amazonas, Vaupés y Guainía.

Acorde con lo anterior, se aclara que el objeto de la investigación se centró en documentar los casos de suicidio e intento de suicidio de niños, niñas y adolescentes indígenas e identificar factores de riesgo individuales, familiares, sociales y culturales que influyen en las conductas suicidas de esta población y las prácticas propias que contribuyan a la prevención. Así como la recopilación de nociones y prácticas de salud mental.

Cabe señalar que la investigación a la que se hace referencia se llevó a cabo en el departamento de Guainía en la que se desarrollaron entrevistas con diferentes actores institucionales para conocer sus percepciones sobre las causas asociadas a la conducta suicida.

3.1.3. Nivel micro

Tabla 7. Factores de riesgo asociados al suicidio de niñas, niños y jóvenes en Guainía: nivel micro.

| Nivel | Factores de riesgo |
|----------|---|
| Familiar | <ul style="list-style-type: none">• Problemas o antecedentes familiares de problemas psicológicos.• Antecedentes familiares o de otras personas con conductas suicidas.• Crisis de identidad.• Consumo de SPA en múltiples entornos. |

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

Problemas o antecedentes familiares de problemas psicológicos

Algunos trastornos psiquiátricos incrementan el riesgo de suicidio como lo son los trastornos por déficit de atención, depresión y trastornos de conducta, esquizofrenia, entre otros (Bedoya & Montaña, 2016, p. 181). En Guainía, no existe un centro de atención para este tipo de psicopatologías. En casos graves las personas son remitidas fuera del departamento para recibir una parte del tratamiento por periodos de máximo tres meses y, luego, regresan nuevamente a su entorno, donde no se cuenta con personal calificado para realizar el debido seguimiento. Esto pone en entredicho la atención que se brinda a este tipo de población, a la vez que expone a los individuos y sus familias a diferentes problemáticas. Por ejemplo, las personas con psicopatologías tienen cambios significativos en sus comportamientos que pueden llegar a ser de difícil manejo por parte de sus familias, exponiendo a las personas cercanas del paciente a un contexto de situaciones complejas que, si no se manejan y explican adecuadamente, en especial a las niñas, niños y adolescentes, pueden derivar en otro tipo de eventos psicopatológicos.

Antecedentes familiares o de otras personas con conductas suicidas

El efecto Werther hace referencia a los casos de suicidio por imitación. Es decir, aun cuando el evento del suicidio o el intento es multicausal, a nivel epidemiológico se revela que la conducta suicida puede llegar a materializarse por parte de una persona cuando esta accede a información sobre otros casos. De allí la importancia de que los medios de comunicación reflexionen sobre los impactos que las noticias sobre suicidio puede generar en las personas. De igual manera, el hecho de que algún miembro de la familia o persona cercana haya intentado suicidarse previamente o lo haya logrado puede fomentar la percepción del suicidio como mecanismo de escape o resolución de problemas.

Crisis de identidad

Históricamente, la población indígena ha sido tratada como una otredad absoluta frente a occidente como resultado del racismo de la sociedad imperante. Esto ha sido transmitido al cuerpo y mente de estos pueblos a partir de todas las instituciones impuestas como es el caso de la escuela, los internados y los procesos de evangelización. Como consecuencia, los indígenas que han participado de estos procesos han aprendido que sus tradiciones, lenguas y ritos son algo negativo, algo que esconder y de lo que hay que avergonzarse. Esto, en algunas ocasiones, motiva crisis de identidad en niñas, niños y principalmente en jóvenes que, al no sentirse integrados en su cultura, pero tampoco en la occidental, podrían llegar a pensar en el suicidio, aún más cuando otros factores de riesgo afines se desarrollan simultáneamente.

Consumo de sustancias psicoactivas en múltiples entornos

La relación que hay entre la ingestión de sustancias psicoactivas y las conductas suicidas ha sido ampliamente documentada en diversos estudios alrededor del mundo. En el departamento de Guainía hay consumo de cocaína, bazuco, marihuana, alcohol, cigarrillo, pegante industrial y gasolina, y el acceso a estas sustancias se da en las propias comunidades y en los cascos urbanos como Inírida y Barrancominas, así como en los colegios e internados o por contactos directos (Corporación Unir País Unidos, 2017).

El «Informe final de la realización de talleres para el desarrollo de la política de salud mental en el departamento del Guainía 2017» presenta una caracterización de la situación de salud mental de la población estudiantil adolescente¹⁴ de los grados 9°, 10° y 11° del área urbana del municipio de Inírida, que permite dar cuenta de los factores de riesgo y protectores para la prevención del consumo de SPA como factor de riesgo suicida. La caracterización recoge información sobre las dimensiones de la esfera emocional, tiempos de ocio, síntomas depresivos, síntomas ansiosos, uso o abuso de sustancias, pensamientos de muerte y planes o intentos de autodaño de los estudiantes que participaron en el estudio.

Así, el informe identifica que los factores de riesgo están ligados al consumo de sustancias como el cigarrillo, producto consumido por el 19,23 %¹⁵ de los estudiantes, reportando algunos casos de consumo desde antes de los 11 años. Frente al consumo de alcohol, el 51 % de estudiantes manifiesta haber consumido y el 3,4 % de estos lo hacen diariamente. Con respecto al consumo de otras sustancias psicoactivas como marihuana y cocaína, existen reportes en los que se identifica que el 12,5 % y 3,1 % de los estudiantes consumen estas sustancias, respectivamente. El 14,17 % restante corresponde a los estudiantes que consumen inhalantes u otras sustancias. Frente a la conducta de autodaño de estos estudiantes, el estudio identificó 194 registros de ideas pasivas de muerte, 180 registros de ideas activas de muerte o deseos, 113 registros de planes de suicidio y en 60 estudiantes hubo intento de suicidio (Corporación Unir País Unidos, 2017).

14 El total de la muestra fueron 528 estudiantes entre los 15 y 18 años.

15. Se toma como el 100 % el número total de consumidores en todas las instituciones educativas del área municipal de Inírida.

«Uno de los mayores problemas es el consumo de sustancias psicoactivas, marihuana, bazuco, b6xer. Existen casos registrados de ni1os desde los 12 a1os en adelante. Una dosis de marihuana puede comprarse alrededor de los 2.000 pesos, raz3n que hace m1s f1cil el acceso para los muchachos» (Entrevista. Psicoorientador, Comunidad Coco Viejo, In1rida).

Las sustancias como el alcohol y el cigarrillo se pueden adquirir en el comercio. El origen del consumo se puede dar por imitaci3n, ausencia de padres, recreaci3n, falta de oferta cultural, violencia y conflictos interpersonales. La facilidad de acceso aumenta el efecto potencial de estas sustancias como desencadenantes de conductas suicidas.

3.2. Factores protectores

Aunque en el departamento de Guain1a, la Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia) no realiz3 un trabajo comunitario para la identificaci3n de los factores protectores que contribuyen a la prevenci3n de las conductas suicidas como se hizo en Vaup6s y Amazonas, a continuaci3n, se exponen algunos de los factores protectores identificados por actores institucionales y comunitarios de esos territorios para apoyar la mitigaci3n de algunos de los factores de riesgo afines a dichas conductas.

Tabla 8. Factores protectores asociados a la prevenci3n del suicidio de ni1as, ni1os y j3venes

| Factores protectores | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Fortalecer el acompa1amiento interinstitucional y comunitario a la poblaci3n LGBTI. Si bien en Guain1a no se identificaron casos puntuales de suicidio en esta poblaci3n, la evidencia nacional e internacional sugiere que este es un grupo de especial vulnerabilidad que requiere una atenci3n urgente.• Capacitar a funcionarios y colaboradores de las instituciones p1blicas y privadas que prestan servicios a la poblaci3n ind1gena en materia de los enfoques intercultural, diferencial (con 6nfasis en lo 6tnico), primeros auxilios psicol3gicos, abordaje en la atenci3n de casos de salud mental y reconocimiento de la medicina tradicional.• Apoyar y fortalecer iniciativas locales de construcci3n de paz, as1 como la implementaci3n del Programa de Atenci3n Psicosocial y Salud Integral a V1ctimas (PAPSIVI) de forma interinstitucional y en conjunto con las autoridades ind1genas y las AATI.• Fortalecer los comit6s y mesas t6cnicas relacionadas con tem1ticas afines a la salud mental en materia de seguimiento a los procesos de articulaci3n interinstitucional, con autoridades ind1genas y AATI, entre otros actores que tienen injerencia en estas tem1ticas. | |

Fuente: Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazon1a (2019).

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

Durante la implementación del proyecto en el departamento del Guainía se llevaron a cabo reuniones con funcionarios(as) de la Gobernación de Guainía de las secretarías de Salud, Educación y Asuntos Indígenas. Igualmente, se realizaron entrevistas con funcionarios(as) del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (Regional Guainía), Migración Colombia, la UARIV, la Fiscalía Regional, el Ministerio del Trabajo, la Secretaría de Cultura, la Defensoría del Pueblo, el Vicariato Apostólico, el Nuevo Hospital Manuel Elkin Patarroyo, la Entidad Prestadora de Salud (EPS) Coosalud, la Secretaría de Salud Municipal, la Policía, la Corporación Universitaria Minuto de Dios (UNIMINUTO), el Instituto Amazónico de Investigaciones Científicas (SINCHI), la Cruz Roja Colombiana, el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), integrantes de las Iglesias Bíblicas Unidas / Resguardo el Paujil e integrantes de ASOCRIGUA. A partir de dichos espacios, se identificaron fortalezas y debilidades institucionales y comunitarias para prevenir la conducta suicida en niñas, niños y jóvenes indígenas en el departamento, las cuales se relacionan a continuación¹⁶ :

Fortalezas políticas

- o Las AATI y la mayor parte de instituciones presentes en el departamento y en el municipio de Inírida reconocen el suicidio como una situación que está afectando a la población indígena, principalmente en el casco urbano.
- o Desde 2018, la Secretaría de Asuntos Indígenas dejó de ser parte de la Secretaría de Gobierno y funciona de forma independiente. Esto ha contribuido a visibilizar y fortalecer la representatividad de las comunidades indígenas en el gobierno local y ha hecho que sean más independientes en la toma de decisiones.
- o El hospital departamental ha manifestado su interés de incluir a las autoridades indígenas y médicos tradicionales en la planeación de las intervenciones de salud. En efecto, ha creado espacios de encuentro intercultural en los que se han escuchado las necesidades de los médicos tradicionales y parteras y se ha empezado a planear la articulación de las acciones de salud de forma conjunta.
- o Las directivas de la sede regional de la Fiscalía tienen interés en crear espacios de acercamiento con las autoridades indígenas y comprender el abordaje de las problemáticas desde las comunidades.
- o Una de las AATI del departamento ha presentado proyectos que fortalecen la educación desde la visión indígena. Se encontraron documentos dentro

16. La información que se expone a continuación es presentada por la Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia (2019c), en el documento «Recomendaciones a los agentes del SNBF para abordar el suicidio, a partir de la identificación con la comunidad de sus fortalezas y debilidades», en el marco del Contrato interadministrativo Nro. 01014942019 – UNAL (Sede Amazonia) e ICBF.

de la biblioteca pública del departamento donde se describen procesos de fortalecimiento educativo con enfoque étnico; y colegios como El Paujil han adoptado algunas de estas ideas para insertar en sus currículos educativos el uso de las lenguas indígenas, incentivar la siembra de cultivos y la incorporación de actividades propias que comúnmente no se practican en los centros educativos.

o Se han creado espacios de participación como el Comité de Participación Indígena (COPAI) y la Mesa de Concertación Indígena del Guainía (MECIGUA), en los cuales representantes de las comunidades indígenas son escuchados y tenidos en cuenta para la toma de decisiones.

Fortalezas operativas

o Algunas instituciones departamentales reconocen la importancia de la participación de las AATI en las mesas y comités de trabajo y las invitan para que intervengan y participen en la toma de decisiones.

o El sector salud cuenta con auxiliares de enfermería y gestores de salud que hacen presencia en varias comunidades de zonas rurales dispersas. Esta inclusión dentro del sistema de salud hace que las comunidades se sientan incluidas y representadas.

o Algunas instituciones educativas de la zona rural cuentan con una coordinación de cobertura educativa con psicoorientadores, como es el caso de Barranco Minas por el río Guaviare y San Felipe por el río Guainía. Esto ayuda a fortalecer las intervenciones de prevención y orientación de las niñas, niños y jóvenes dentro de las instituciones educativas.

o El instituto SINCHI y el SENA cuentan con proyectos investigativos y productivos que buscan fortalecer las capacidades de las comunidades. Desde hace varios años han trabajado en proyectos productivos asociativos que hacen que las comunidades estén interesadas en preservar el medio que los rodea y, de alguna manera, solventar su economía de una forma sostenible.

o Una de las instituciones que tiene mayor conocimiento de la zona rural es el Vicariato¹⁷ que ha operado el sistema educativo durante varios años y tiene contacto permanente con las comunidades y sus líderes. Esto es una fortaleza, ya que esta organización cuenta con un sistema logístico y operativo que puede ayudar a la identificación, referencia y atención de casos de conducta suicida u otros problemas de salud mental.

o En la Secretaría Departamental de Salud están definidas las áreas de salud pública, prestación de servicios y atención al usuario con cada una de sus

17. El Vicariato Apostólico de Inírida es una jurisdicción eclesiástica de la Iglesia Católica en Colombia y hace parte de la Provincia Eclesiástica de Villavicencio-

coordinaciones. Además, existe un referente de la dimensión de convivencia social y salud mental y otros dos profesionales que se encargan de realizar seguimientos a los eventos de interés en salud pública como los intentos de suicidio y las violencias.

o A partir de la inclusión de psicoorientadores en el caso urbano, en 2018 se han realizado diferentes estrategias dentro de las instituciones educativas (estrategia psique, escuela de padres, apadrinamiento escolar, bailando por un sueño, actividades de pintura y muralismo) para abordar las problemáticas recurrentes en niñas, niños y jóvenes. Los psicoorientadores mencionan que estas intervenciones han permitido tener un mayor acercamiento a las niñas, niños y jóvenes escolarizados que son remitidos por los(as) docentes luego de identificar algún tipo de problemática en esta población. Lo anterior ha contribuido a desarrollar actividades de acuerdo con las circunstancias y brindar un acompañamiento en el uso del tiempo libre y la exploración de habilidades, recurriendo al arte como un recurso esencial. Lo anterior, con el fin de fortalecer el auto concepto, la autoestima y afianzar lazos familiares de las niñas, niños y jóvenes afectados.

Debilidades políticas

o Pese a las fortalezas ya identificadas, se resalta que en el departamento sigue primando un modelo de educación occidental basado en internados que no tiene en cuenta los usos y costumbres de las comunidades y que, además, genera una separación de las niñas, niños y jóvenes de sus familias, debilitando los procesos de aprendizaje propios de la cultura que se dan en el entorno familiar y comunitario.

o Hasta el momento no se percibe que el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar a nivel local reconozca el suicidio como una problemática que aqueja el departamento y, por ende, prioriza otros temas para la prevención.

o En las rutas integrales de atención, las acciones de seguimiento e intervención se lideran especialmente desde las entidades de salud. El acceso a otros sectores como el de Justicia es más tardío y la capacidad de resolución de problemas es deficiente.

o Aunque se ha generado una visión de éxito en torno a la formación académica, la oferta institucional de educación superior se concentra en la capital departamental. Por esta razón, los(as) jóvenes que desean acceder a esta formación tienen que desplazarse al casco urbano de Inírida. Asimismo, al graduarse como técnicos, tecnólogos o profesionales, estos no encuentran una amplia oferta laboral. Así, quienes no se vinculan al mercado laboral, deben volver a sus comunidades a ejercer las actividades tradicionales indígenas, situación que causa frustración en algunos(as) jóvenes.

o Diferentes instituciones perciben desinterés de las autoridades indígenas por abordar problemáticas en el departamento y las comunidades perciben poco apoyo por parte de las instituciones. Dicho de otro modo, se evidencia una desconfianza mutua. Además, no hay canales suficientes de comunicación o de participación que permitan fortalecer el trabajo conjunto entre actores institucionales y comunitarios. Esto es reflejo de relaciones históricas entre ambas partes, donde la institucionalidad comúnmente obvia a las AATI como figuras políticas de relevancia para la toma de decisiones en diferentes asuntos, como lo es la salud mental. En consecuencia, las autoridades indígenas no se sienten llamadas a participar.

Debilidades operativas

o El departamento no cuenta con personal suficiente para hacer seguimiento y acompañamiento a los casos de conducta suicida. Por esta razón, los pacientes deben ser remitidos fuera del departamento para que sean valorados por un especialista idóneo. En muchas ocasiones, la demanda de estas intervenciones genera que los pacientes no puedan acceder a tiempo a herramientas terapéuticas ni que pueda hacerse seguimiento personalizado para contribuir a la recuperación y rehabilitación.

Según un agente de las instituciones educativas en Inírida:

«En el colegio solo hay psicólogo como orientador escolar. Su función es recibir y remitir. Si hace intervenciones es un asunto propio, no de sus funciones. Considero que debería haber otro psicólogo. En el colegio hay 1300 estudiantes, en el internado 200, en el 'nicolasito' 200 algo, la otra sede 100 algo. Un solo profesional para 2000 y pico de estudiantes» (Entrevista. Psicólogo comunitario, Inírida).

o Sobresalen las dificultades de comunicación al interior de las instituciones locales. Un ejemplo son los casos de intento de suicidio o abuso sexual de niñas, niños y jóvenes, en los cuales instituciones como el hospital, las secretarías de Salud y Educación y el ICBF deben realizar seguimientos. La falta de articulación en las actividades de seguimiento hace que las visitas a los familiares se realicen de manera reiterada, en algunos casos sin generar soluciones efectivas.

Un ejemplo de esto es lo manifestado por uno de los agentes de la Secretaría de Educación Departamental:

«Este año fue complejo poder articularnos con las entidades que han brindado normalmente apoyo como las secretarías de Salud, la Policía, entre otras. el ICBF no nos ha brindado apoyo, ellos tienen muchos profesionales capacitados, pero nos hemos sentido abandonados y usados, porque ellos solo van a solicitar información para señalar o culpar al psicólogo» (Entrevista. Agente de la Secretaría de Educación Departamental, Inírida).

Por su parte, un agente de las instituciones educativas en Inírida relató que «no hay una articulación entre las entidades. Cada cosa se mueve mediante un papel, de reportes. Si

hubiera un trabajo institucional de articulación tendrían más resultado» (Entrevista. Psicólogo comunitario, Inírida).

o Se resalta la escasa articulación interinstitucional para activar las rutas de atención de la conducta suicida en todo el departamento. La dispersión del territorio y la falta de profesionales especializados en el área hacen que se dificulte la activación y seguimiento de las rutas integrales de atención en salud, especialmente las relacionadas con salud mental.

o En ocasiones, los recursos económicos son insuficientes para abordar las problemáticas de salud mental en el departamento, por tal razón, las intervenciones se concentran en el municipio de Inírida.

«En uno de los colegios se pagó un instructor de pintura, allí eran tratados los muchachos con algún tipo de problemática, ellos se denominaron los chicos peligros. Algunos lograron salir de esa problemática por medio del uso del arte, otros no lo lograron, y la contratación del instructor no se logró nuevamente por recursos» (Entrevista. Agente de la Secretaría de Educación Departamental, Inírida).

Otro caso que evidencia la insuficiencia de recursos humanos es el comentado por el psicólogo comunitario:

«El psicólogo trabajó con muchachos que presentaban autoflagelación (...) Trabajó con 25 estudiantes, pagó él mismo un profesor de arte para que trabajara pintura, jarrones. Trabajar tranquilidad e integración. Fue un grupo de apoyo para que contaran las experiencias los unos a los otros, pero es muy complejo cuando no hay apoyo de instituciones y el profesional saca de su propio dinero para traer otras personas. Le tocó también pagar los materiales, los tiempos también» (Entrevista. Psicólogo comunitario, Inírida).

o Pese a los esfuerzos comunitarios para articular las intervenciones en salud por medio del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), ahora llamado, Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), no se ha logrado el reconocimiento de la medicina tradicional y su articulación con la medicina occidental.

o Se resalta la presunta violación al derecho de la confidencialidad de la historia clínica en las instituciones de atención en salud. Durante el trabajo de campo, delegados(as) de algunas de estas entidades manifestaron la ocurrencia de este hecho en el hospital de Inírida e incluso existen percepciones según las cuales a divulgación de la información confidencial de un paciente desencadenó un caso de suicidio¹⁸.

18. Los resultados que se presentan en este boletín se derivan de la investigación sobre conducta suicida y suicidio en niños, niñas y adolescentes indígenas de las comunidades de Amazonas, Vaupés y Guainía, desarrollada en el marco del contrato interadministrativo Nro. 01014942019 entre el ICBF y la Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia), cuyo objeto fue prestar los servicios profesionales al ICBF para formular las orientaciones dirigidas hacia la prevención del suicidio de niñas, niños y adolescentes indígenas de las comunidades indígenas priorizadas de Amazonas, Vaupés y Guainía.

- o La seccional de la Fiscalía a cargo de los departamentos de Vaupés y Guainía cuenta con poca capacidad operativa. La falta de talento humano y el aumento de las problemáticas sociales hacen que la intervención en términos de investigación y seguimiento sea insuficiente.
- o Los profesionales de las instituciones presentes a nivel territorial no cuentan con una formación que les permita abordar los fenómenos desde la visión de las comunidades indígenas y generar espacios de diálogo (desde su lengua y cosmovisión).
- o Falta presencia continua de personal de Migración o de la Fuerza Pública en los puertos de entrada al municipio de Inírida. Esto aumenta las posibilidades de que se presenten actividades ilegales, entre ellas la explotación sexual de niñas, niños y jóvenes, situación que tiene consecuencias para la salud mental de esta población.
- o Es deficiente el bienestar laboral de las personas que apoyan actividades en los internados (Vicariato). La lejanía del territorio, la falta de oportunidades de empleo a nivel nacional y el choque cultural hacen que los(as) docentes se vean enfrentados a situaciones complejas estando lejos de sus familias, en muchos casos sin comunicación, tomando empleos con salarios bajos por la poca oportunidad laboral. El cambio cultural y en su entorno está asociado con efectos en su salud mental que no son solventados de manera preventiva.
- o Existe desmotivación por parte de los líderes de las AATI debido a su bajo reconocimiento y pocas garantías económicas en el desarrollo de su labor, así como dificultades de comunicación a nivel interno de estas asociaciones.
- o Las AATI no cuentan con personal suficiente para orientar los diferentes procesos organizativos, apoyar el diseño de proyectos y gestionar recursos económicos.
- o Escasa gestión para la resolución de problemáticas en las comunidades por parte de las AATI. Los cambios internos en las organizaciones, sumado a la falta de recursos propios y la falta de empoderamiento, hacen que proyectos destinados a mejorar la calidad de vida de las comunidades se vean fragmentados y la resolución de las problemáticas identificadas en el departamento no tengan la solución que se espera.

Acorde con lo anterior, se aclara que el objeto de la investigación se centró en documentar los casos de suicidio e intento de suicidio de niños, niñas y adolescentes indígenas e identificar factores de riesgo individuales, familiares, sociales y culturales que influyen en las conductas suicidas de esta población y las prácticas propias que contribuyan a la prevención. De igual forma, la recopilación de nociones y prácticas de salud mental.

Cabe señalar que la investigación a la que se hace referencia se llevó a cabo en el departamento de Guainía en la que se desarrollaron entrevistas con diferentes actores institucionales para conocer sus percepciones sobre las causas asociadas a la conducta suicida.

5. Conclusiones

A pesar de que Colombia es un Estado pluriétnico y multicultural, a partir de los instrumentos aplicados con las autoridades institucionales, se percibe el choque cultural como principal factor de riesgo asociado al suicidio de niñas, niños y jóvenes indígenas en Guainía, similar a lo evidenciado en las comunidades de Macaquiño y Pueblo Nuevo en Vaupés y Nazareth en Amazonas. Como consecuencia, se considera que las acciones institucionales orientadas a la prevención y abordaje de la conducta suicida deben trascender hacia la particularidad de estas conductas y enfocarse paralelamente en elementos de gobernanza, identidad, autonomía y pervivencia de los pueblos indígenas. Asimismo, es pertinente profundizar sobre las razones que explican la identificación del choque cultural como principal factor de riesgo, pues podrían existir conductas de racismo cultural de por medio.

Igualmente, las acciones institucionales deben tener en cuenta que el significado de salud en los pueblos indígenas de Guainía se distancia de la definición de la salud como un asunto individual y sinónimo de la ausencia de enfermedad o dolor. El acercamiento al concepto de salud debe considerar la noción de buen vivir que, desde los pueblos indígenas, significa vivir en armonía con el entorno y poder ejercer las actividades cotidianas que correspondan a cada uno de los integrantes de la familia.

Por lo anterior, 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 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, son acciones claves para contribuir a la prevención de tales conductas.

Ante los argumentos presentados, la Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia (2019c), 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, en este caso, en el departamento de Guainía, así como a articularse y contribuir con la mitigación de esta situación.

6. Recomendaciones

Dado que las recomendaciones para la prevención descritas en este apartado son generales, 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 cada vez más pertinentes.

A continuación, se presentan algunas recomendaciones generales 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, las cuales, son transversales para los tres territorios estudiados (Vaupés, Amazonas y Guainía), razón por la cual se presentan de manera similar en cada boletín¹⁹. 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, ya mencionados. Estas recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en comunidades indígenas se generaron después de un proceso de análisis de la matriz DOFA en cada territorio (Vaupés, Amazonas y Guainía).

Orden nacional

Recomendaciones intersectoriales

- o 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.
- o Fortalecer la comunicación inter e intrainstitucional para vigorizar la articulación, evitar el desarrollo de intervenciones fragmentadas o reiteradas y optimizar recursos.
- o 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 que no se materialicen soluciones reales para las personas, familias y comunidades que viven un evento de ideación, intento suicida o suicidio consumado, o que

19. La información que se expone a continuación es presentada por la Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia (2019c), en el documento «Recomendaciones a los agentes del SNBF para abordar el suicidio, a partir de la identificación con la comunidad de sus fortalezas y debilidades», en el marco del Contrato interadministrativo Nro. 01014942019 – UNAL (Sede Amazonia) e ICBF.

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.

o Incluir la conducta e ideación 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.

o 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.

o 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.

o 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 clínicas 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.

o 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.

o 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 implementa-

ción, 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.

Recomendaciones para el sector Salud

o 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 mental²⁰. Idealmente, esta herramienta debe construirse de manera coordinada entre diferentes sectores, incluyendo a las comunidades y ser utilizada por todos; así se garantiza un abordaje institucional armónico.

o 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).

o 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 para garantizar que se cuente con capacidad de manejo de las problemáticas en salud mental con enfoque diferencial, especialmente en los municipios con presencia de comunidades étnicas indígenas. Asimismo, continuar trabajando en la consolidación del SISPI.

Recomendaciones para el sector Educación

o Establecer mesas de diálogo con la academia, con el fin de incluir el enfoque étnico en los pregrados de salud, ciencias sociales, ciencias humanas y educación, 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

20. «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 3 de este documento.

conocimientos para la atención integral y seguimiento de estas conductas de manera individual, familiar y colectiva.

o Gestionar recursos 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.

o 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.

o Por otro lado, es importante reconocer el diseño y la activación de rutas institucionales para la atención de casos de conducta suicida en el ámbito educativo en el marco del Sistema Nacional de Convivencia Escolar.

Recomendaciones para el Instituto Colombiano del Bienestar Familiar

o 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.

Orden departamental

Recomendaciones intersectoriales

o Incluir el tema de la conducta suicida y su prevención 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, a nivel individual, colectivo y comunitario, que sean efectivas para prevenir esta conducta y permanentes a corto, mediano y largo plazo. Además, articular las acciones con los Planes de Vida y demás instrumentos de planeación de los pueblos indígenas.

o 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.

o 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 autoridades indígenas locales, territoriales y nacionales.

o Incluir la visión de las mujeres y un enfoque de género 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.

o 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 prevención de la conducta suicida, ya que una de las debilidades más repetidas en el ejercicio fue la escasez de recursos económicos y talento humano para realizar las acciones necesarias para la prevención y atención de la conducta suicida.

o 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.

o 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.

Recomendaciones para el sector Salud

o 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.

o Realizar seguimiento y monitoreo a los procedimientos en salud mental que se llevan a cabo por parte de las Instituciones y Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (IPS y EPS) 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.

o 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.

Recomendaciones para el sector Educación

o Impulsar la articulación institucional 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.

Orden local

Recomendaciones intersectoriales

o Revisar y articular las acciones institucionales enfocadas a fortalecer 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. De igual forma, fortalecer las instancias de coordinación para la implementación de las intervenciones de los casos de ideación, intento de suicidio y suicidio consumado a partir de un abordaje integral y articulado.

o 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.

o 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.

o 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.

o 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 establecidas por el MSPS es indispensable adaptarlas al territorio y al contexto sociocultural; por esto, antes de difundirlas 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.

o Incluir la oferta comunitaria en las atenciones de la ruta intersectorial. Los(as) sabedores(as), médicos tradicionales y concedores 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 acciones propias en la ruta adaptada en los ámbitos municipal y local.

o 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.

o 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.

o 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.

o 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.

o 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.

o 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.

o 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.

Recomendaciones para el sector Salud

o 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 a la necesidad de implementación de un enfoque étnico y diferencial que respete la cosmovisión de la población.

o 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, Circular



7. Referencias

- Acevedo, T. de J. (2013). Fundamentos culturales de los pueblos indígenas del Guainía. *Revista Aletheia*, (pp. 444 – 454).
- Bautista, F. (2004). El choque cultural como umbral al etnorelativismo. *Boletín Antropológico*, (60), (pp. 89 – 122).
- Bedoya, E. & Montaña, E. (2016). Suicidio y trastorno mental. *CES Psicología*, 9 (2), (pp. 179 – 201).
- Bravo-Naranjo, E. J. (2015). Chundú o pusana mala: presentación de un caso de un posible síndrome psiquiátrico cultural no reconocido. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 495-500.
- Corporación para el Desarrollo Sostenible del Norte y el Oriente Amazónico. (s. f.). Visirú Iwánsuui: Pensamiento de gente de palo amargo. Plan de vida de los puinave del resguardo Caranacoa, Yuri – laguna Morocoto. https://cda.gov.co/apc-aa-files/31636561376436316331633537343462/PVI_Resguardo_Yuri_Nov_02_05.pdf
- Corporación Unir País (2017). Informe final de la realización de talleres para el desarrollo de la política de salud mental en el departamento de Guainía. Inírida, septiembre – octubre de 2017. DANE. (2019). Defunciones por grupos de edad y sexo según departamento (Hechos ocurridos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2019). <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2019>
- _____. (2019a). Defunciones fetales por grupos de edad de la madre según departamento. Hechos ocurridos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2019. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-fetales/defunciones-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 Guainía. (2020). Plan de Desarrollo Departamental 2020-2023 Guainía oportunidad para todos. https://guainia.micolombiadigital.gov.co/sites/guainia/content/files/000550/27454_documento-final-guainia-va1.pdf

- 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).
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencia Forenses. (2009). Suicidio. Colombia, 2009. *Epidemiología del Suicidio*. <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49505/Suicidios.pdf>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2019). Comportamiento del suicidio en Colombia, año 2019.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2019a). Forensis 2018. Datos para la vida. <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/386932/Forensis+2018.pdf/be4816a4-3da3-1ff0-2779-e7b5e3962d60>
- 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 Cultura. (s. f.). Kurripako: hijos de Inapirriculi. <https://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/noticias/Documents/Caracterizaci%C3%B3n%20del%20Pueblo%20Kuripako.pdf>
- Ministerio de Cultura. (s. f.). Puinave: Los hijos de Guariorom. Caracterizaciones de los pueblos indígenas de Colombia. <https://www.mincultura.gov.co/prensa/noticias/Documents/Poblaciones/PUEBLO%20PUINAVE.pdf>
- 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>
- _____. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 Tomo 1. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.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-onsm-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 e 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>

Ministerio del Interior, Organización Nacional Indígena de Colombia. (2013). Jiwisikuanitsi wajanakua liwaisinamuto: Plan salvaguardia sikuni. Documento plan salvaguardia del pueblo indígena sikuni de los llanos orientales de Colombia. https://www.mininterior.gov.co/sites/default/files/p.s_sikuni_onic.pdf

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

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. <https://www.paho.org/en/topics/social-determinants-health>

Organización Nacional Indígena de Colombia. (s. f.). Curripako. <https://www.onic.org.co/pueblos/2011-curripako>

Torrico Linares, E., Santín Vilariño, C., Andrés Villas, M., Menéndez, S., & López, Ma. J. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45-59.

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>

_____. (2019, diciembre 15). Thesaurus: Aculturación. UNESCO. <http://vocabularies.unesco.org/browser/thesaurus/es/page/concept1194>

Universidad Nacional de Colombia (Sede Amazonia) (2019). Informe sobre 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). Bases de datos sobre los casos de suicidio e intento de suicidio de niños, niñas y adolescentes indígenas. Contrato interadministrativo Nro. 01014942019 – UNAL (Sede Amazonia) e ICBF.

_____. (2019b). 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.

_____. (2019c). 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.

8. Anexos

Anexo 1. Formato de consentimiento y asentimiento informado padres, madres, adolescentes de 10 a 18 años de edad y otras personas de la comunidad

Título del estudio: Construcción de orientaciones para la prevención del suicidio de niños, niñas y adolescentes indígenas en los departamentos de Amazonas, Vaupés y Guainía, en el marco del diálogo de saberes

¿Qué es una investigación?

Los estudios de investigación son aquellos que nos ayudan a aprender cosas nuevas que puedan ayudar a comprender o a solucionar un problema. Este estudio nos ayudará a entender su visión sobre cómo vivir bien y a encontrar las mejores maneras de prevenir el suicidio de niñas, niños y adolescentes y, en general, de todas las personas indígenas de las comunidades priorizadas de Amazonas, Vaupés y Guainía. Les haremos algunas preguntas y trataremos de encontrar respuestas.

Este documento habla acerca de este trabajo. Es importante que durante la lectura de este documento haga todas las preguntas que tenga. Puede realizar preguntas en cualquier momento.

Aquí hay algunas cosas que debe saber acerca del estudio:

- Usted puede decidir si quiere ser parte del estudio.
- Puede decir «No» o «Sí».
- Cualquier cosa que decida es correcta.
- Si dice «Sí» y no se siente bien con lo que estamos preguntando también puede parar y no continuar si así lo decide.
- Nadie se va a molestar si dice «No».

¿Por qué estamos haciendo esta investigación?

Nosotros queremos realizar este estudio para lograr un mejor entendimiento sobre las situaciones que ocurren a nivel personal, familiar, de la comunidad y del entorno que hacen que las personas no se sientan bien y a veces las hagan pensar en quitarse la vida, así como las cosas que las hacen sentir bien puedan ayudar a prevenir estos problemas. También queremos saber algunas cosas de los casos de suicidio e intento de suicidio que han ocurrido en niños, niñas y adolescentes indígenas en este territorio. Igualmente queremos saber sus opiniones sobre el trabajo que han hecho desde la comunidad y otras instituciones en el tema; qué les ha gustado, qué no les ha gustado, qué creen que ha servido y qué no, para así encontrar cosas que se puedan hacer mejor desde la comunidad y desde las instituciones para mejorar esta situación. Finalmente, si ya estamos implementando acciones de este tipo en su comunidad, para evaluar conjuntamente este trabajo y poder proponer cosas que sirvan en otras comunidades. Todo esto, para que las personas puedan vivir mejor, contentas y se sientan bien.

¿Qué pasaría si decido participar en el estudio?

Si usted decide ser parte de este estudio le vamos a realizar algunas preguntas. Esto se hará en una entrevista personal o en una discusión en grupo. Las entrevistas tendrán una duración aproximada de 60 minutos y las discusiones en grupo 90 minutos aproximadamente. Como parte del estudio nosotros debemos grabar la entrevista para facilitar la escritura y el análisis de lo que hablemos.

Es importante que tenga claro que nosotros no mencionamos su nombre en la entrevista, ni en ningún documento relacionado con este trabajo.

¿Pueden pasar cosas malas si decido participar?

Aunque nosotros haremos todo lo posible para asegurarnos de que nadie sepa de su participación en el estudio, y que no se sepa lo que usted nos dijo, sería posible que alguien lo supiese por accidente. Además de lo anterior algunas personas podrían sentirse angustiadas de mal genio o tristes al responder ciertas preguntas relacionadas con estos temas y otras pueden sentirse incómodas al ser grabadas.

¿Participar en este trabajo me ayudará en algo?

Esperamos los resultados de este estudio ayuden a mejorar las cosas que se pueden hacer desde la comunidad y desde las instituciones que trabajan con la comunidad para que se puedan solucionar problemas o situaciones que hacen sentir mal a las personas y las ponen en riesgo de suicidio, especialmente en el caso de niñas, niños, adolescentes y jóvenes. Así que esperamos que toda la comunidad se beneficie de este trabajo directa e indirectamente.

¿Qué más debo saber acerca de este trabajo?

Participar es su decisión. Puede decir si quiere o no hacer parte de este trabajo. Cualquiera de las opciones está bien.

Puede decidir si participar y cambiar de opinión diciéndole al entrevistador en cualquier momento que no quiere continuar con la entrevista. Puede retirarse del estudio en cualquier momento que desee. Si desea salir del estudio, solo tiene que informárselo a los investigadores.

Acerca del manejo de su información:

Nosotros no planeamos darle a nadie su información, o decirle a nadie que hizo parte de este trabajo. Existen unas pocas razones por la cuales le sugeriríamos buscar ayuda, le daríamos algunas orientaciones que le podrían servir o lo ayudaríamos a buscar esa ayuda inmediatamente:

- Si encontramos que su vida está en serio peligro.
- Si encontramos que alguna otra persona está en serio peligro.

Grabaciones:

Grabaremos las entrevistas y las discusiones de grupo. Esto nos ayudará a escribir y analizar lo que dijeron los participantes del estudio.

¿Puedo hacer otra cosa en vez de participar en este trabajo?

No. Si no desea participar en el estudio, no tiene que hacer nada más.

¿Recibiré algún tipo de pago si participo en la investigación?

No, no recibirá ningún pago o regalo.

¿Si tengo más preguntas que puedo hacer?

Puede hablar con su entrevistador o con alguna de las personas que están anotadas en la primera página, en los teléfonos, correos electrónicos o direcciones disponibles. Puede preguntar, comentar o quejarse de cualquier pregunta o situación relacionada con este trabajo. Y recuerde que puede preguntar cualquier cosa que no entienda bien o a la que no le encuentre utilidad en cualquier momento de la entrevista.

Tómese el tiempo que necesite para decidir si quiere o no participar en esta investigación.

Declaración del participante:

El equipo me ha hablado acerca de la investigación. Yo tuve la oportunidad de realizar preguntas. Sé que puedo realizar preguntas en cualquier momento. Yo quiero ser parte de la investigación. En caso de no haber cumplido 18 años, debo tener autorización de mis padres para poder participar.

Recuerde: ser parte de esta investigación es su decisión. Nadie se molestará si decide no firmar este papel o si decide cambiar de opinión luego de haber iniciado la entrevista.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del entrevistador: _____

Firma del entrevistador: _____

Anexo 2. Formato entrevistas semiestructuradas

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 la 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 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). | |

| Categoría | Preguntas |
|--|--|
| Abordaje institucional | ¿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 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? |
| | ¿Cómo cree que se debe hacer el abordaje en los diferentes pueblos indígenas, grupos de edad y de género? |
| Factores de generatividad | ¿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 se puede identificar cómo 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 sicosociales.

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 qué 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. 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 sicosociales. También permite explorar la situación actual de conflictos personales, familiares 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 de 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, esté 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 arrodilla 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 mambeada, 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. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida

Las Guías de Práctica Clínica son orientaciones construidas a partir de la evidencia científica, sobre cómo se deben realizar ciertas acciones para el sector de salud en el marco de organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Como se especificó en la nota a pie de página de este documento, dichas orientaciones no son absolutas, ya que dependen de los desarrollos en el conocimiento científico, ni comprenden todas las inquietudes que surgen frente a un tema, ya que dependen de las preguntas más frecuentes que han motivado la investigación académica. De igual manera, debe señalarse que no reemplazan 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.

No obstante, son un documento importante de consulta.

Con estas claridades, a continuación, se realiza una síntesis de los elementos más importantes de la guía, los cuales se organizan en apartes que corresponden a la acción establecida para la operación de los actores en el sistema de salud.

Recomendaciones – Entrevista clínica

Tras una ideación o conducta suicida se recomienda realizar siempre una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya las características psicológicas y contextuales del paciente, así como una evaluación de los factores de riesgo y de protección asociados a la conducta suicida. Es recomendable contar con la información del paciente y de otras fuentes como familiares, amigos, allegados y otros profesionales sanitarios o cuidadores.

En la evaluación del riesgo de ideación o conducta suicida se debe considerar, principalmente, lo siguiente:

- a) Presencia de intentos de suicidio previos y abuso de sustancias psicoactivas.
- b) Presencia de trastornos mentales, signos y síntomas de depresión, síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación, ideas de muerte recurrente e ideación suicida grave (ideas de suicidio persistentes y elaboradas que incluyan planeación), así como eventos estresantes y disponibilidad de métodos.
- c) Factores de riesgo asociados a la repetición de las conductas suicidas, enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y ambientales y antecedentes de suicidio en el entorno.
- d) Acontecimientos vitales estresantes.

- e) Rasgos de personalidad persistentes de impulsividad.
- f) Historia actual o pasada de maltrato o violencia sexual.
- g) Antecedentes de bullying o acoso escolar.

La entrevista clínica es el instrumento esencial en la valoración del riesgo de suicidio. Además de tener un importante papel en su evaluación, supone el inicio de la interacción entre el paciente y el profesional, por lo que puede jugar un papel relevante en la reducción del riesgo suicida. Durante la misma, además de realizarse una evaluación psicopatológica, deben recogerse variables sociodemográficas.

Se recomienda que las preguntas a los pacientes sobre sus ideas de suicidio se formulen de forma gradual: no deberán ser exigentes ni coercitivas, sino plantearlas de manera cálida y empática.

Recomendaciones de actuación ante una situación

| ¿Qué hacer? | ¿Qué no hacer? |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Escuchar, mostrar empatía, seguridad y serenidad. • Mostrar apoyo y preocupación. • Tomar en serio la situación y evaluar el grado de riesgo. • Preguntar acerca de los intentos previos de suicidio. • Explorar posibilidades diferentes al suicidio. • Preguntar acerca del plan de suicidio de forma abierta. • Ganar tiempo, pactar un «contrato de no suicidio». • Identificar otros apoyos. • Restringir el acceso a medios letales. | <ul style="list-style-type: none"> • Ignorar la situación. • Mostrarse consternado • Decir que todo estará bien. • Retar a la persona a seguir adelante. • Hacer parecer el problema como algo trivial haciendo comentarios reprobatorios o moralizantes. • Dar falsas garantías. • Jurar guardar secreto. • Dejar a la persona sola. |

| ¿Qué hacer? | ¿Qué no hacer? |
|---|----------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la comunicación entre los profesionales. • Si el riesgo es alto, permanecer con la persona. | |

Se recomienda no sustituir la entrevista clínica por el uso de escalas auto y heteroaplicadas, aun cuando estas puedan aportar información complementaria en la evaluación. Dentro de las diferentes escalas, se recomienda usar, preferiblemente, las escalas de desesperanza, ideación suicida e intencionalidad suicida de Aaron Temkin Beck. También se recomiendan utilizar los ítems de conducta suicida del Inventario de depresión de Beck y la Escala de valoración de la depresión de Hamilton.

| Inventario de Depresión de Beck, Item sobre conducta suicida | Puntaje |
|---|---------|
| No tengo pensamientos de hacerme daño. | 1 |
| Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo. | 2 |
| Me gustaría quitarme la vida. | 3 |
| Me mataría si pudiera. | 4 |

| Escala de valoración de la depresión de Hamilton, suicidio | Puntaje |
|--|----------------|
| Ausente. | 0 |
| Le parece que la vida no vale la pena ser vivida. | 1 |
| Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse. | 2 |
| Ideas de suicidio o amenazas. | 3 |
| Intentos de suicidio (cualquier intento). | 4 |

Conducta suicida en niñas, niños, adolescentes

En la evaluación de niñas, niños o adolescentes en los que se evidencian factores de riesgo afines a la conducta suicida se recomienda preguntar directamente y de forma empática sobre la presencia de ideación suicida o planificación, conducta suicida pasada y otros factores de riesgo como matoneo o maltrato infantil, así como también ampliar la evaluación a personas cercanas (cuidadores o profesores).

En la prevención de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales se recomienda:

- Realizar una evaluación rigurosa del riesgo de suicidio de cara a valorar la estrategia de tratamiento más beneficiosa en cada caso.
- Prestar especial atención a la presencia de trastornos comórbidos.
- Valorar de forma periódica los síntomas de depresión, ideación suicida y la presencia de posibles eventos vitales estresantes.
- Favorecer la coordinación entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales para realizar un adecuado seguimiento.

En la evaluación del riesgo de suicidio se recomienda que los clínicos tengan en cuenta el uso patológico de internet o su uso inadecuado, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. Las lesiones autoinfligidas entre las niñas y niños más pequeños son raras y deben ser tratadas muy seriamente.

En el caso de emplear escalas como complemento a la entrevista clínica, en la infancia y adolescencia se recomienda el uso de escalas validadas de acuerdo con el criterio del profesional que lleve a cabo la evaluación.

Se recomienda valorar como opciones de tratamiento para la ideación o conducta suicida en la infancia y la adolescencia el tratamiento psicoterapéutico, farmacológico, el tratamiento combinado y en ocasiones excepcionales, la terapia electroconvulsiva.

Se recomienda dar pautas a los padres o cuidadores sobre el control del acceso directo por parte de las niñas, niños y adolescentes a fármacos, armas de fuego u otros medios potencialmente letales.

Las evaluaciones de riesgos deben basarse en información procedente de múltiples fuentes, incluido el joven, sus profesores/consejeros, familiares, etc.

Conducta suicida en grupos étnicos

Se debe reconocer qué factores sicosociales y culturales, entre otros, como la pérdida de la identidad cultural, pueden desempeñar un papel muy importante en la ideación o conducta suicida. Es igualmente importante reconocer la preservación de los saberes y prácticas tradicionales como un factor protector en los pueblos indígenas en el momento de realizar la evaluación de la persona e incluir intérprete en caso de tener dificultades con el idioma de la comunidad.

En caso de requerirse un intérprete, es clave garantizar la confidencialidad de la información con esta persona y del proceso que se está llevando a cabo para evitar conflictos a nivel comunitario u otro tipo de impactos.

Cualquier conducta suicida debe ser notificada al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) de acuerdo a la normatividad vigente.

Si hay riesgo inminente de suicidio por la presencia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o autolesión en el último año en una persona que está extremadamente agitada, violenta, afligida o poco comunicativa, se recomienda tomar las siguientes precauciones:

- Elimine del alcance de la persona los métodos de autolesión.
- Cree un ambiente seguro y de apoyo a la persona.
- No deje a la persona sola.

-
- Supervise y asigne a un miembro del personal o a un familiar para garantizar la seguridad.
 - Atienda el estado mental y la angustia.
 - Ofrezca y active el apoyo sicosocial.
 - Consulte a un especialista en salud mental comunitaria o institucional.
 - Mantenga contacto constante y ofrezca seguimiento.

Si no hay riesgo inminente de suicidio, pero hay historia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o de autolesión en el último año, se sugiere hacer lo que se expone a continuación:

- Ofrezca y active el apoyo sicosocial.
- Consulte a un especialista de salud mental si está disponible o llame a la línea de orientación toxicológica nacional 018000-916012.
- Mantenga contacto regular y de seguimiento con la persona.

Si un especialista en salud mental no está disponible en el momento, acuda a la familia, los amigos y otras personas involucradas o a los servicios comunitarios para que monitoreen y apoyen a la persona durante el periodo de riesgo inminente.

Se debe aconsejar a la persona y a los cuidadores a restringir el acceso a los métodos usados para autoagredirse (por ejemplo, pesticidas y otras sustancias tóxicas, medicamentos, armas de fuego, armas cortopunzantes, ahorcamientos), mientras la persona tenga pensamientos, planes o actos de autolesión.

Además, hay que mejorar y coordinar el apoyo social con los recursos comunitarios disponibles. Estos incluyen recursos informales tales como familiares, amigos, conocidos, colegas y líderes religiosos o comunitarios, si están disponibles. Consulte igualmente las líneas telefónicas de atención en salud mental, centros de escucha y zonas de orientación y Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE).

Todos los pacientes que acudan a un servicio de urgencias por una conducta suicida deberán ser catalogados en el triage del sistema de salud, de tal forma que se asegure su atención dentro de la primera hora desde su llegada:

| Preguntas | Si | No |
|--|----|----|
| ¿Acude usted al sistema de salud porque ha tratado de lesionarse a sí mismo? | | |
| ¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse? | | |
| ¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado? | | |
| ¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas? | | |

*Es suficiente que una respuesta sea de color naranja para que el paciente sea clasificado en este color.

Durante la estancia de un paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias, la evaluación de este deberá realizarse en un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto. Asimismo, deberán adoptarse todas aquellas medidas disponibles de seguridad que impidan la fuga y las acciones de auto o heteroagresividad.

El médico de urgencias, además de valorar la alteración de la condición física del paciente con conducta suicida, deberá realizar siempre una evaluación psicopatológica y social básica. Los pacientes con un intento de suicidio deberán ser valorados por un psiquiatra o un psicólogo clínico. En caso de no existir disponibilidad inmediata de un psiquiatra se deberá asegurar la atención por un profesional (médico general o psicólogo) con entrenamiento en mhGAP que asegure la atención inicial mientras se logra la remisión a unidad de salud mental que cuente con psiquiatra o se logre atención por telepsiquiatría.

Se recomienda la implementación en los servicios de salud de programas clínicos de prevención de la conducta suicida basados en educación en salud y en la puesta en marcha de dispositivos que garanticen una asistencia inmediata y un seguimiento adecuado a los pacientes y que el seguimiento incluya búsqueda activa (visita domiciliaria) de los pacientes que no asistan a las consultas programadas luego de ser dados de alta por una conducta suicida.

En pacientes con ideación suicida y riesgo de suicidio se recomienda:

- Prescribir fármacos potencialmente seguros en caso de sobredosis.
- Prescribir envases con el menor número de comprimidos posible.

- Explicar a los familiares la necesidad de control y administración de la medicación, así como de su custodia.
- Realizar acompañamiento constante por parte de familiares o allegados, así como restricción de acceso a métodos letales.
- Aceptación por parte del paciente y su familia del seguimiento y derivación a servicio de psiquiatría.

Es importante informar a los cuidadores y a otros miembros de la familia que, preguntarle a una persona directamente acerca del suicidio a menudo reduce la ansiedad que rodea el sentimiento. La persona se puede sentir aliviada y mejor comprendida. Los cuidadores de las personas que están en riesgo de autolesión con frecuencia tienen mucho estrés. Ofrezca apoyo emocional a los familiares/cuidadores, si también lo necesitan. Informe a los cuidadores que, aunque se puedan sentir frustrados, es recomendable que eviten las críticas severas y la hostilidad hacia la persona que está en riesgo de autolesión.

Las técnicas psicoterapéuticas juegan un importante papel en el tratamiento de los pacientes con conducta suicida, por lo que se recomienda garantizar su disponibilidad para aquellas personas que las necesiten. En niñas, niños y adolescentes se recomienda que siempre se realice intervención psicoterapéutica indicada de acuerdo al problema psicológico o patología de base.

Intervenciones en familiares, allegados y profesionales después de un suicidio

A la hora de poner en marcha cualquier intervención tras un suicidio dirigida a los familiares y allegados de la persona se recomienda:

- Contextualizar la estrategia de intervención.
- Tener en cuenta el efecto del estigma en los allegados.
- Considerar las necesidades y expectativas de las personas implicadas.

Tras un suicidio, también se recomienda que los profesionales de la salud ofrezcan apoyo a los familiares y allegados y les aporten toda la información necesaria sobre los recursos de ayuda disponibles, incluyendo tratamientos específicos y la posibilidad de realizar un seguimiento a largo plazo.

Tan pronto como sea posible después de un suicidio, se recomienda ofrecer una atención flexible y adaptada a las necesidades de cada persona. Se debe realizar búsqueda activa de familiares y allegados de personas con suicidio consumado y brindarles apoyo y acompañamiento para la elaboración del duelo. Se recomienda la psicoterapia en aquellos familiares y allegados con presencia de ideación o conducta suicida.

Se recomienda la implementación de programas de capacitación con el fin de mejorar los conocimientos de los profesionales de los centros educativos sobre la ideación o conducta suicida, su impacto en las personas allegadas y brindar herramientas para el manejo de situaciones de conducta suicida en la comunidad escolar.

Se recomienda que todos los profesionales reciban formación específica sobre las posibles implicaciones emocionales del suicidio de un paciente y las estrategias de afrontamiento necesarias.

Posterior al suicidio de un paciente se sugiere, por otra parte, garantizar el apoyo necesario a los profesionales directamente implicados y la realización de una revisión del caso y de los factores subyacentes.

Evaluación y manejo de personas con riesgo suicida crónico o continuo

Los planes de manejo detallado basados en listas de síntomas crónicos y agudos deben ser desarrollados con la persona con riesgo suicida continuo. Esto ayuda a los clínicos a determinar si una persona se presenta con un riesgo nuevo/mayor que su riesgo continuo. Todos los servicios que trabajan con esta persona deben tener una copia de estos planes, y deben revisarse y actualizarse periódicamente.

Se recomienda realizar programas preventivos de suicidio que conlleven una especial atención a personas víctimas de la violencia intrafamiliar. En personas con enfermedad crónica y dolor o discapacidad física grave se recomienda la realización de programas preventivos y de evaluaciones específicas de riesgo de suicidio.

Se deberá realizar un seguimiento especial de aquellos pacientes con presencia de factores de riesgo de suicidio en el momento de ser diagnosticados de una enfermedad grave, cuando existe un mal pronóstico de la misma o cuando el estadio evolutivo es avanzado.

Las estrategias generales para el manejo de pacientes con enfermedad crónica, discapacidad física o dolor crónico deben incluir la evaluación del riesgo en tres niveles diferentes:

Universal:

- Evaluar la desesperanza y la ideación suicida.
- Monitorizar los signos de advertencia que pueden aumentar el nivel de riesgo como presencia de síntomas depresivos, abuso de sustancias, antecedentes de conducta suicida.
- Reconocer que las personas pueden estar en riesgo sin importar el tiempo después de la lesión.
- Facilitar a los pacientes la disponibilidad de apoyo a largo plazo.

Selectivo:

- Realizar seguimiento de las personas con patologías psiquiátricas comórbidas.
- Reducir el acceso a métodos potencialmente letales, contemplando la posibilidad de más de un método.
- Proporcionar tratamiento, apoyo y seguimiento por lo menos de 12 meses después de un intento de suicidio.
- Favorecer la participación de amigos y familiares en la planificación y desarrollo del tratamiento.

Programas generales de prevención de la conducta suicida

Se recomienda la puesta en marcha de líneas de acción específicas que mejoren el acceso a los servicios para la prevención y tratamiento adecuado de la conducta suicida como:

- Desarrollo de programas preventivos en poblaciones de riesgo.
- Formación de los profesionales de la salud en la detección del riesgo suicida e identificación de factores de riesgo y protectores.
- Formación en primeros auxilios psicológicos y emocionales.
- Educación a la población general.
- Educación a los profesionales de los medios de comunicación sobre cómo deben publicar las noticias de suicidios para evitar la imitación de la conducta y el acto suicida (efecto Werther), omitiendo los elementos que puedan inspirar compasión al lector y no sugerir que el suicidio ha contribuido en algún modo a resolver los problemas del suicida.
- Mejorar los procedimientos de identificación, tratamiento y seguimiento de personas con ideación o conducta suicida.
- Mejorar el acceso a los servicios de salud y proporcionar el tratamiento indicado a las personas con ideación o conducta suicida.
- Eliminar tabúes y estigmas sobre el trastorno mental y el suicidio tanto en los profesionales de la salud como en la población general.
- Promover la investigación sobre la prevención del suicidio.

También se recomienda la realización de intervenciones comunitarias de apoyo: líneas telefónicas, actividades grupales y psicoeducación; instalación de barreras en lugares elevados (puentes, viaductos, balcones, azoteas; restricción sobre posesión y control de armas de fuego; control de plaguicidas y cianuro; y diseñar políticas para reducir el uso perjudicial del alcohol como un componente de la prevención del suicidio, particularmente en las poblaciones con alta prevalencia de consumo de alcohol.

- En cuanto a los medios de comunicación se recomienda.
- Ayudar y motivar a los medios de comunicación a seguir prácticas de comunicación responsables con respecto al suicidio.
- Evitar emplear un lenguaje que intente causar sensacionalismo, o aceptar como normal el suicidio, o presentarlo como la solución a un problema.
- Evitar fotografías y descripciones explícitas del método utilizado para suicidarse.

- Proporcionar información acerca de dónde se puede obtener ayuda.

En centros educativos, la evidencia existente sobre la efectividad y el posible impacto en la conducta suicida no permite recomendar la implantación de programas de suicidio en adolescentes con presencia de factores riesgo de suicidio que puedan necesitar ser derivados a un servicio especializado. Como herramienta de tamización puede utilizarse el Cuestionario de riesgo de suicidio de Horowitz, por ser el único validado en castellano.

Algunos programas desarrollados en Estados Unidos suelen constar de 3 a 5 días de clases en las que se emplean videos o presentaciones sobre aspectos relacionados con el suicidio. Los objetivos generales de estos programas son:

- Concientización sobre la conducta suicida.
- Enseñar a los adolescentes a reconocer los signos de alarma de suicidio tanto en sí mismos, como en los demás.
- Aportar información sobre los recursos asistenciales con los que cuentan los adolescentes para solicitar ayuda y resolver sus problemas.

La implementación de estos programas, en general aumentan significativamente el nivel de conocimiento sobre el suicidio, actitudes hacia el mismo y conductas de autoayuda. El programa Signs of Suicide (SOS) es uno de los programas conocidos, en el cual los estudiantes reciben información sobre la depresión y los signos de alarma de suicidio. Posteriormente se les enseña a reaccionar ante una persona con riesgo suicida, ofrecerle ayuda y, por último, comunicar esto a un adulto responsable. El programa también incluye una parte de Tamización de depresión con la Columbia Depression Scale (CDS). La evaluación de este programa de prevención, realizada de forma aleatorizada y controlada mostró una disminución significativa de intentos de suicidio autoinformados tras la puesta en marcha del programa.

En los servicios de urgencias, se recomienda llevar a cabo una tamización del riesgo de suicidio en aquellos pacientes con presencia de factores de riesgo (trastornos depresivos, consumo de alcohol, sustancias psicoactivas e impulsividad, entre otros) o que presenten factores de estrés asociados (ruptura de relación, embarazo no deseado, exposición a casos de suicidios o intentos, etc.), que acudan incluso por otros motivos.

La tamización se puede hacer con escalas como Sad Persons (para adultos), la versión abreviada de la escala de síntomas psicológicos para población militar o escala de Horowitz, que sirve para niños y adolescentes. Sin embargo, es importante tener en cuenta que ninguna escala reemplaza el juicio clínico del profesional en salud mental.

Intervenciones preventivas en familiares y allegados tras un suicidio

La posvención o intervenciones tras un suicidio son aquellas actividades desarrolladas con los allegados con la finalidad de prevenir posibles efectos negativos, incluyendo el mismo suicidio. Normalmente este tipo de intervenciones se dirigen a disminuir el impacto que el fallecimiento por suicidio puede tener, pero no se enfocan al tratamiento de la conducta

suicida propia (en caso de personas con intento de suicidio).

Son intervenciones muy importantes debido a que, por un lado, se proporciona el apoyo necesario en una situación de duelo que puede devenir patológica (por la presencia de factores como el estigma asociado, el riesgo de depresión o trastorno de estrés postraumático, sentimientos de abandono y búsqueda de una respuesta al suicidio) y, por otro, son una intervención de prevención del suicidio en sí misma.

La posvención se debe realizar desde las fases tempranas del duelo y el trabajo psicoterapéutico con los familiares y puede incluir los siguientes aspectos:

- Ayudar a corregir las negaciones y distorsiones.
- Explorar las fantasías de los familiares respecto a cómo les afectará la muerte en el futuro.
- Trabajar el enfado y la rabia que este tipo de muerte genera.
- Confrontar el sentimiento de abandono con la realidad.





Prohibida
su venta



**BIENESTAR
FAMILIAR**



LÍNEA DE
ATENCIÓN A
NIÑOS, NIÑAS
Y ADOLESCENTES.
PROTECCIÓN - EMERGENCIA - ORIENTACIÓN

Línea gratuita nacional ICBF:
01 8000 91 80 80
www.icbf.gov.co

 ICBFColombia

 @ICBFColombia

 @icbfcolumbiaoficial