

EL SUICIDIO INDÍGENA EN EL VAUPÉS:
APROXIMACIONES CLÍNICAS DE LA PROBLEMÁTICA.

Ps. JULIO ANDRÉS SPINEL LUNA

ASESORA:

Ps. Mg. MARÍA CATALINA ARDILA PUYANA



PROYECTO DE GRADO PRESENTADO PARA
OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

2016

CONTENIDO

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVOS	8
General:	8
Específicos:	8
METODOLOGÍA	9
Participantes:	9
Instrumentos:	10
Procedimiento:	10
RESULTADOS	11
N.P.:	12
1. Datos de la historia:	12
2. Material clínico:	13
E.C.:	16
1. Datos de la historia:	16
2. Material clínico:	17
A.H.:	19
1. Datos de la historia:	19
2. Material clínico:	19
DISCUSIÓN	21
CONCLUSIONES	38

BIBLIOGRAFÍA 39

ANEXOS 41

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: EL SUICIDIO INDÍGENA EN EL VAUPÉS: APROXIMACIONES CLÍNICAS DE LA PROBLEMÁTICA.

AUTOR(ES): Julio Andrés Spinel Luna

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): María Catalina Ardila Puyana

RESUMEN

Se realizaron intervenciones psicoterapéuticas en el municipio de Mitú para atender la problemática del suicidio indígena por parte de la Secretaría Departamental de Salud del Vaupés. La intervención se realizó a las familias donde se presentó en algún miembro intento de suicidio o suicidio; fue basada en los lineamientos de "Salud en su casa". Se analizaron 3 casos con el propósito de identificar los factores comunes y particulares de sus intentos de suicidio. Se encontró que ellos reaccionaban con angustia ante los eventos estresantes, que en otros miembros de su familia se había presentado conducta suicida, las dificultades económicas, así como la anomía que es un componente relevante que incide en la aparición de la conducta suicida.

PALABRAS CLAVES:

Indígena, Suicidio, Anomia, Salud a su casa, Angustia, Tarujo, Psicoanálisis.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: THE INDIGENOUS IN THE VAUPÉS SUICIDE: APPROACHES
PROBLEM CLINICS.

AUTHOR(S): Julio Andrés Spinel Luna

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: María Catalina Ardila Puyana

ABSTRACT

Psychotherapeutic interventions were implemented in the region of Mitú (Colombia) in order to attend the problem of suicide in Indigenous groups by disposition of the Vaupes Department of Health. Families with a member who had committed suicide or suicide attempt were included in the study. The intervention was based on guidelines from the program "Salud en su casa" (Health at home). 3 cases were studied with the goal to identify common and specific elements from their suicide attempts. The findings show that they tend to react with angst before stressful events, they all had families with suicide related conducts, had economic problems, and presented Anomie, the latter being a relevant component which is related with the presence of suicide conducts.

KEYWORDS:

Indigenous, suicide, Health at home, Anomie, angst, Tarujo, Psychoanalysis

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

INTRODUCCIÓN

El trabajo de práctica que se llevó a cabo como parte del proceso de formación en la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, se desarrolló a lo largo de nueve meses en el municipio de Mitú, Vaupés en la Secretaría Departamental de Salud de Vaupés para atender la problemática de salud pública referida a la conducta suicida durante los años 2013 y 2014.

El suicidio es actualmente una de las primeras causas de mortalidad en el planeta, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2008, dos personas se suicidan cada minuto, con lo cual se calcula que un millón de personas mueren anualmente a causa del suicidio. Lo anterior representa que anualmente se suicidan 15 personas por 100.000 habitantes. Por consiguiente el suicidio ha asumido características pandémicas que inciden en las expectativas de vida y son un signo de desestabilidad mental, que generalmente tiene alta ocurrencia en las poblaciones que padecen de altos grados de vulnerabilidad social, haciendo del suicidio un factor de riesgo (OMS, 2008).

En Colombia el suicidio afecta al 82% de los hombres y al 18% de las mujeres, situándolo entre las 10 primeras causas de muerte del país, referenció la OMS en el año 2003. En el departamento del Vaupés el suicidio viene siendo desde el año 2005 un problema de Salud Pública, que afecta primordialmente a los y las jóvenes indígenas, siendo la causa principal de la conducta suicida la alteración y avasallamiento de su cultura, lo cual deja a los y las indígenas vulnerables, sin soportes existenciales y estrategias de afrontamiento adecuadas para enfrentar los eventos estresantes y frustrantes, lo que desencadena la angustia, que es un factor que al ser incontrolable genera un elevado malestar al *yo*, y que le deja como opción para resolverlo el intentar extinguir su vida; es una característica preeminente en el intento de suicidio o su

consumación que la persona haya consumido alcohol, lo cual es un catalizador para que se presente la conducta suicida. La tipificación de este tipo de suicidio, donde una sociedad se vea alterada de manera drástica, se conoce desde las consideraciones de Durkheim, siendo esta la perspectiva sociológica, denominado como el suicidio anómico, que es causado por el desequilibrio, perturbación psíquica resultante de cambios drásticos en la estructura social en la que está inmerso (Forensis, 2008).

Las labores realizadas para la atención de la problemática de salud pública de la conducta suicida en el departamento de Vaupés se desarrollaron en el municipio de Mitú, en su área urbana y en dos comunidades que hacen parte de su área rural: Macaquiño y Murutinga, que fueron seleccionadas por la presencia elevada de suicidios e intentos de suicidio. Los casos a atender fueron seleccionados de la base de datos de los reportes de conducta suicida del departamento en la Secretaria de Salud Departamental, y se escogieron 15 casos de acuerdo a la vulnerabilidad que presentaba la familia para la ocurrencia de un suicidio y/o el nivel de riesgo de suicidio de uno de sus miembros que había cometido algún intento de acabar con su vida. En el desarrollo de las intervenciones aparecieron o se conocieron otros casos de conducta suicida al interior de las familias, que sumaron 12 más, para registrar un total de 27 casos, que corresponden 8 casos de suicidio y 19 de intentos de suicidio. Las intervenciones se basaron en los lineamientos de “Salud a su Casa”, que consisten en realizar una orientación, evaluación y seguimiento de las familias afectadas por la presencia de conducta suicida de 5 visitas. Debido a las características del contexto y las particularidades especiales de la población atendida, las intervenciones tenían mínimo una duración de dos horas, y en las comunidades por las dificultades en el desplazamiento, comunicación y el estilo de vida del indígena, se programaban sesiones de largas jornadas con las familias. Las intervenciones fueron recibidas gratamente y las

agradecieron, pues les permitió sentirse escuchados, comprendidos, así como poder comprender la situación de la conducta suicida, apoyar al miembro que está en riesgo de suicidio, el poder elaborar duelos del familiar que se había suicidado. Es importante para la población indígena el que se trabaje familiarmente y colectivamente, sin embargo, se procuró tener espacios individuales con las personas que habían presentado intentos de suicidio.

Se escogieron tres casos de personas que presentaron intento de suicidio para analizar por la posibilidad que brindaron los mismos de dar a conocer su situación existencial con detenimiento, así como una vívida descripción de su angustia y el malestar que les ocasionaba y los inundaba hasta la desesperación llevándolos a intentar suicidarse. Sus edades son 14, 22 y 23 años; se encuentran algunos factores en común entre estos pacientes como: en sus familias se han presentado en otros miembros suicidios o intentos de suicidios, la mayoría de sus intentos han sido luego de consumir alcohol, los tres han sufrido pérdidas significativas que inciden en la conducta suicida; la presencia de la anomia es evidente en los tres casos. Se realizaron las intervenciones desde una perspectiva fenoménico-existencial.

OBJETIVOS

General:

Identificar características comunes en las personas pertenecientes a la población indígena que han intentado suicidarse en Mitú, Vaupés.

Específicos:

1. Esbozar las características sociodemográficas de las personas de los casos analizados.
2. Delimitar las problemáticas de las personas intervenidas.

3. Conocer las causas o factores que inciden en la aparición de la conducta suicida de los casos analizados.

4. Encontrar las similitudes y diferencias presentes en los casos analizados en lo referido a su conducta suicida.

METODOLOGÍA

Participantes:

Durante el proceso de práctica se atendieron 27 casos de conducta suicida presentes en 21 familias, de los cuales 8 fueron suicidios y 19 intentos de suicidio. Las familias se encontraban ubicadas de la siguiente manera: 6 en el casco urbano de Mitú; en el área rural, 10 en Macaquiño y 5 en Murutinga. De los casos atendidos 7 eran mujeres y 20 hombres, sus edades se encuentran entre los 16 a 23 años.

Los casos escogidos para ser beneficiados de la intervención fueron de acuerdo al riesgo y vulnerabilidad que presentaba la familia para la ocurrencia de un suicidio. La mayoría de los casos se presentaron en indígenas, solamente 1 era mestizo.

Muestra y criterios de selección

Se escogieron 3 casos, 2 hombres de 14 y 22 años, y una mujer de 23 años que presentaron intentos de suicidio, teniendo en cuenta que se pudo conocer con precisión lo que ellos experimentaron existencialmente y su vivencia de la angustia, factor decisivo en la conducta suicida. Como factores en común se encontró, que en sus familias se ha presentado en otros miembros suicidios o intentos de suicidios, la mayoría de sus intentos han sido luego de consumir alcohol, los tres han sufrido pérdidas significativas que inciden en la conducta suicida,

tienen dificultades económicas; y la presencia de la conducta suicida por anomia es evidente en los tres casos.

Instrumentos:

Diario de campo, Guías de “Salud a su Casa” (Anexo A), Entrevista semiestructurada.

Procedimiento:

En la primera fase se recibió una contextualización sobre la problemática del suicidio en el departamento del Vaupés por parte de la coordinadora de Salud Mental de la SSDV, asimismo se estableció contacto con el equipo de Sinergias para conocer el material y procesos de investigación realizados en la región para profundizar en la problemática del suicidio y establecer apoyos interinstitucionales. Se contactó a los integrantes del Comité de Detección y Prevención del Suicidio de la Comunidad de Murutinga. Se diseñó el plan de acción y los lineamientos de la investigación. Se iniciaron las entrevistas semiestructuradas que dejaron como primer resultado un tamizaje sobre la problemática.

En la segunda fase se escogieron los casos a intervenir, según el criterio de la coordinadora del área de Salud Mental de la SSDV, en las que algún miembro se suicidó o intentó hacerlo para la intervención psicosocial basada en los parámetros y formatos de “Salud a su casa” (Anexo A) y la respectiva capacitación, así como las indicaciones para la obtener la información relevante para la investigación.

En la tercera fase se realizaron las intervenciones a los casos seleccionados. En el transcurso de las intervenciones aparecieron nuevos casos de riesgo que vincularon a 6 familias más en las intervenciones. Se actualizó la base de datos de la conducta suicida de la SSDV con la información obtenida de conductas suicidas en otros miembros de las familias intervenidas.

En la cuarta fase se categorizó y sistematizó la información obtenida de las intervenciones psicosociales y las entrevistas realizadas a lo largo del proceso. Seguidamente obtener los resultados y su respectivo análisis e interpretación para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación. (Anexo B).

En la quinta fase se generó el documento de la investigación y su socialización a las entidades, instituciones de salud y población en general del municipio de Mitú.

Las intervenciones fueron realizadas desde una perspectiva fenoménico-existencial, en la página web de logotherapy-research.com (s.f.) nos dice al respecto:

La psicología fenomenológica se basa siempre en un concepto filosófico existencial. La fenomenología existencial trata de caracterizar la naturaleza de la experiencia que una persona tiene de su mundo y de sí misma. Intenta incluir todas las experiencias particulares en el marco total de su ser-en-el-mundo. Las cosas que hacen, sienten y dicen las personas tienen un sentido dentro de su marco existencial.

De igual manera también fueron enfocadas para la dignificación y valoración de su identidad indígena, ya que ello permite desarrollar habilidades de afrontamiento adecuadas y asumir posturas existenciales libres de prejuicios por su condición indígena que ha sido aplacada por los procesos de colonización y evangelización.

Las sesiones fueron mínimo de dos horas por su manera de conversar y la importancia que tiene para ellos, y así poder generar una atmósfera de confianza que mitigara las resistencias. Igualmente son muy reservados y cuidadosos con lo que dicen, y más cuando es un asunto tan delicado, doloroso y vergonzoso para la familia y quien intentó suicidarse, además que no se sentían utilizados y que se hacían las visitas por cumplir un empleo y no por un interés auténtico

por ellos, ya que desconfían en demasía de los “blancos”, a quienes le tienen recelo por la colonización, evangelización, procesos que alteraron y afectaron su cultura.

Consideraciones éticas y deontológicas:

En el proceso de investigación se contemplaron consideraciones éticas con el interés principal de evitar poner en riesgo a las personas participantes, utilizando el consentimiento informado como principal medio de información y de respeto ante el derecho fundamental de la intimidad. La participación fue voluntaria, y se les informo el procedimiento y los datos en el presente documento serán de libre acceso, con el fin de facilitar que se abran nuevas líneas de investigación sin perjudicar a nadie.

RESULTADOS

N.P.:

1. Datos de la historia

N.P. Mujer, tiene 23 años, es mestiza de la etnia Yurutí, separada, con dos hijos que van en primaria, no tiene un empleo estable y curso hasta el grado 7°. Su separación ocurre en septiembre de 2013, reside con su mamá, y su abuelo, quien convive con ellas desde enero de 2014 y permanece la mayor parte del tiempo en cama por su delicado estado de salud; carecen de estabilidad económica. Sus padres son separados y mantienen relaciones favorables. N.P. no residía en Mitú, sino con su expareja en otro lugar de Vaupés. Inició su vida de pareja a los 14 años y se dedicó a las labores domésticas y de madre. Tiene dos hermanas y un hermano; N.P. es la menor.

Manifestó que se sentía incómoda con su pareja desde hace años por maltratos recibidos e infidelidades, y que esa situación la llevó a separarse. Que lo que más le ha afectado de la separación es la dificultad económica para el mantenimiento de sus hijos. Su madre indica que le apoya en la crianza de sus hijos, que N.P. está pendiente de ellos, pero que sale seguido con amigos y amigas a tomar, frente a lo cual explica N.P. que ella no disfrutó de su juventud por casarse a temprana edad.

2. Material clínico

N.P. presentó intentos de suicidio en diciembre 25 de 2013 y en abril de 2014, y el 1 de enero de 2014 presentó una intensa alteración emocional.

Debido a la situación económica que atravesaba la familia, N.P. decide irse a vivir con un hombre mayor a la edad de 14 años que le brindaba dicha estabilidad; pero se cansó del trato recibido por él y decidió separarse. Su hermana y un hermano presentaron intentos de suicidio en el 2007 y 2008, y su hermano es consumidor de SPA. La mamá de N.P. es consumidora habitual de licor, descuidando sus responsabilidades laborales y sus ingresos para el sostenimiento de la familia.

N.P. refiere que la situación económica la desestabiliza emocionalmente, no ha logrado conseguir un empleo estable, “Me preocupa no poder darle a mis hijos lo que necesitan, eso me hace sentir mal, me hace sentir aburrida, no he podido conseguir un trabajo estable, y me da vergüenza pedirle a mi mamá, pues en su trabajo de lavar ropa no le ha ido muy bien.”; el padre de los niños no apoya en su sostenimiento, asimismo incrementa su malestar las llamadas que hace su expareja, porque la insulta, le hace reclamos y por las peleas que tienen, al igual que los mensajes de texto que le envía por el celular. N.P. expresa lo que experimentó de la siguiente manera: “NP: Era el 24 de diciembre del año pasado, yo estaba triste por las cosas que habían

pasado con el papá de los niños. Ese día él me llamó temprano y peleamos, me insultó y me hizo reclamos. Yo me sentí muy aburrida con una rabia, entonces decidí ir a tomar con unos amigos para solucionar el malestar que tenía.”

La rabia, el aburrimiento y la impotencia para afrontar la situación estresante de la separación y económica, que mezclados con el licor, son factores de riesgo y detonantes de la conducta suicida.

Se reunió con unos amigos y amigas desde las 10:00 a.m. a ingerir cerveza, N.P. explica que por haberse casado tan joven no disfrutó de su juventud, y que por ello al volver a Mitú ha querido realizar actividades que no pudo vivir, además porque su expareja era controladora y le impedía tener una vida social activa, y fue el motivo por el cual tampoco pudo seguir estudiando. El departir con cercanos le brindó alguna estabilidad emocional frente al malestar que experimenta por el estrés de lo que está pasando, pero el estar ingiriendo licor favorece la susceptibilidad al malestar, y es más insoportable al no contar con un estado de sobriedad que incide en el autocontrol, que fue lo que ocurrió al recibir un mensaje de texto ofensivo por parte de su expareja: “pues estuve con mis amigos tomando cerveza desde temprano para animarme después de la llamada de mi exesposo, y pues me sentí bien, recochando con ellos y riéndonos, pues como me casé tan joven poco había disfrutado de esas reuniones con amigos, salir a divertirse, entonces eso me hizo olvidar lo mal que me sentía. Al medio día fuimos a almorzar, después me vine para el barrio, y seguimos acá con los vecinos que ya estaban festejando la navidad. Llamé a mi mamá para que supiera que estaba en el barrio, ya en la noche me fui para la casa y con mi mamá y unos vecinos seguimos tomando, me reuní con mis hijos también, al rato se acostaron a dormir. Yo estaba con mi mamá y me llegó un mensaje de texto de mi exesposo

insultándome, pues no lo había contestado, se lo mostré a mi mamá, pues me sentí con mucha rabia y aburrimiento, entonces seguimos tomando...”

También añadió que ocurrió un suceso que incrementó su malestar, y es un fenómeno frecuente en la población indígena del Vaupés y que se ha manifestado en algunos de los casos de intento de suicidio, y consiste en la aparición de una “sombra negra”, presencia o voz que los fuerza a intentar suprimir su vida: “Lo que pasó doctor fue lo siguiente... mi mamá se quedó recostada en la banca de la sala, yo seguí escuchando música y tomando cerveza, cuando siento que alguien me llama al patio y no me pude resistir... cuando me acerco veo una sombra negra que me decía: ‘usted no vale nada, usted no merece vivir, mátese, usted a nadie le importa, suicidarse es lo mejor para usted’. Recuerdo eso y me da mucho miedo...” y agrega sobre lo que experimentaba emocionalmente, que estaba “con mucho miedo, rabia y mal, pues me decía cosas muy feas. Yo me puse a pelearle, pues yo nunca había pensado en matarme ni nada de eso... le decía que no, que tenía a mis hijos, cuando menos me di cuenta tenía un guindo en la mano... estaba muy asustada... así que desperté a mi mamá, o ella estaba mirándome asustada, no sé, no recuerdo bien... me da mucho miedo, me siento mal al recordar esa sombra... ella llamó a los vecinos, y ellos me quitaron el guindo... y me calmaron... yo estaba muy asustada y llorando... no recuerdo muy bien muchas cosas, pues había tomado bastante cerveza, pero si recuerdo esa sensación, esa voz diciéndome cosas horribles...”. Posteriormente el 1 de enero, en horas de la madrugada empezó a entrar en ansiedad al escuchar la misma voz que le decía que se matara, lo que desembocó en un ataque de pánico que conllevó a que fuera hospitalizada para evitar un intento de suicidio. En el mes de abril N.P. intentó otra vez suicidarse, siendo el factor detonante un nuevo altercado con su expareja.

Es relevante anotar que N.P. da a conocer que no presentó ideaciones suicidas, ni deseos de morir, no realizó anteriormente algún intento de suicidio al notificado en la SSSDV; que los pensamientos de suicidio se presentaron cuando estaba en estado de embriaguez y justo después de algún altercado o insultos de su expareja.

E.C.:

1. Datos de la historia

E.C. Hombre, tiene 14 años, pertenece a la etnia Siriana, se encuentra cursando 9º, sus padres viven en el área rural de Mitú, en una comunidad llamada Murutinga, y su sustento lo consiguen de sus labores agrícolas (chagra). Es el hijo mayor del segundo matrimonio de su mamá. Se encuentra residiendo con una tía, que es viuda, y sus primos y primas, en Mitú para que continúe con sus estudios. La familia donde reside es estable económicamente y es cariñosa con E.C., mismo trato recibe de sus primos y primas. Las vacaciones las pasa en la comunidad, donde dice que se siente mejor que en Mitú.

Tiene tres hermanas menores, y tres hermanos mayores, de los cuales uno se suicidó en enero de 2013 (en la casa donde reside E.C.), quien desde los trece años había presentado varios intentos de suicidio; en general, en la familia por parte de su mamá, se han presentado en algunos de sus integrantes intentos de suicidio y suicidios.

E.C. ha presentado varios intentos de suicidio, siendo el último en enero de 2014; los intentos se realizaron con ahorcamiento se encontraba en estado de embriaguez y fue en la comunidad. Plantea que después del suicidio de su hermano se ha llenado de tristeza y aburrimiento, lo cual le ha llevado a tener ideas de muerte, característica que no se presentaba antes. Manifiesta que se siente incómodo en Mitú, que le agrada estar con su tía y primos, pero que le gusta más la vida de comunidad y que poco le gusta estudiar; añade que le disgusta de la

comunidad los chismes y acusaciones que le hacen a él y su familia, ello le llena de mucha rabia, y que ese malestar lo ha llevado a los anteriores intentos de suicidio. Es colaborador en la casa, pero hay que insistirle para que realice las labores, le gusta permanecer en la casa y mucho tiempo solo, aunque le gusta salir con sus amigos y con su familia cuando así se requiere.

2. Material clínico

E.C. presentó su último intento de suicidio el 1 de enero de 2014, por la misma época que se suicidó su medio hermano un año atrás, con el cual mantenía una relación estrecha, “Con mi hermano compartía muchas cosas, él estaba pendiente de mí, me dio mucha tristeza cuando se suicidó. Después de eso me llené de mucha tristeza y ya no quería vivir más”. E.C. asegura que antes del suicidio de su hermano no tenía los deseos de morir, que los intentos de suicidio los había cometido por rabia que le ocasionaban comentarios y acusaciones por parte de otros integrantes de su comunidad o por ser regañado por sus padres o familiar, que se embriagaba y le aumentaba la rabia y tristeza, pero que no recordaba el querer intentarse suicidar; al despertarse le decían que había intentado suicidarse, “me molesta que me acusen de cosas que yo no hice, me hace sentir muy mal, me lleno de rabia... mi hermano, el que se mató, tuvo algunos problemas por haberse robado algunas cosas, entonces después de eso, cualquier cosa que se perdía en la comunidad, me echaban la culpa a mí y a mi otro hermano”; “Al despertarme sentía un dolor fuerte en el cuello, y me decían que me habían encontrado colgado y que me habían cortado el guindo (lazo). Me sentía muy mal, pues yo no quería matarme, me sentía con mucha vergüenza, con pena, y muy triste de ver a mi mamá llorando y diciéndome que no quería que yo me matara.”.

El hermano que se suicidó consumió SPA, bóxer, gasolina y bazuco, y tuvo diversas dificultades en la comunidad por robar, lo cual creó un estigma en la comunidad frente a la

familia, además que debido a que varios de sus integrantes se han suicidado o presentado intentos de suicidio, le dicen que están malditos y que eso le está dando mala suerte a la comunidad, que eso ha llevado a que otras personas de la comunidad también se hayan suicidado e intentado hacerlo. Expresa que “me gusta estar en la comunidad, no en Mitú, estar con su mamá y padrastro, y con mi familia, trabajar en la chagra, y estar con mis amigos de allá, en Mitú me aburro mucho.”.

Al preguntarle cómo se sentía con su familia en Mitú respondió “Mi tía y mis primos me tratan bien, mi tía es muy exigente, pero no me trata mal, está pendiente de mí, pero a veces me siento aburrido por el colegio, no me gusta ir, estar ahí encerrado. Colaboro con labores de la casa, pero me da pereza a veces, pero me aburre a veces. Mi tía y mis primos me dan consejos, y me animan, se preocupan que me pueda colgar en la casa como mi hermano, y eso me hace sentir mal a veces.”. A lo largo de los encuentros y trabajo con la familia comentó que “ya no me siento tan aburrido, me encuentro más animado para hacer cosas, y que ya no quiere morirse, que le da tristeza recordar la muerte de su hermano, pero que ya no piensa en quererse morir, y que eso ha puesto muy tranquila a su tía. Que está contento porque ya casi son vacaciones del colegio, y que quiere hablar con su mamá para no volver al colegio y quedarse a vivir en la comunidad.”.

En general E.C. expresó que no tenía ideas de matarse o morirse sino después del suicidio de su mediohermano, que los intentos han ocurrido bajo los efectos del alcohol, debido a algún altercado, comentarios y acusaciones por parte de algunos miembros de la comunidad, lo cuáles lo llenaban de rabia y malestar, que combinados con el alcohol le llevaban a intentar suicidarse, y los cuáles ocurrieron en su comunidad. No presentó nuevos intentos de suicidio a lo largo de la intervención.

A.H.:

1. Datos de la historia

A.H. Hombre, tiene 22 años, de la etnia Bará, vive en unión libre y tiene un hijo, no tiene un empleo estable, pero generalmente labora manejando un mototaxi y curso hasta 5°. Vive con su pareja e hijo, junto a su hermana y un hijo de su anterior pareja, con su pareja actual, con quien tiene un hijo, y otros dos hermanos en la casa de sus padres, quienes permanecen la mayor parte del tiempo en la chagra y son adultos mayores. Tienen dificultades económicas y viven hacinados, ya que los que sostienen a la familia son los padres, A.H. y la pareja de su hermana. No presentan dificultades en su convivencia.

A.H. ha venido presentado intentos de suicidio desde el año 2011, los cuales se incrementaron con el suicidio de un hermano en diciembre de 2012, quien nunca presentó conductas suicidas antes del suceso, asimismo apareció la ideación suicida y deseos de muerte. Consume licor regularmente, y han sido la mayoría de sus intentos de suicidio cuando está bajo los efectos del alcohol, lo cual cambió después del suicidio del hermano al presentar intentos de suicidio en estado de sobriedad. Explica que se debe a la tristeza que le ocasionó el que su hermano ya no esté con ellos, pues eran muy cercanos. La conducta suicida ha ocasionado malestar a su pareja quien ha querido separarse de él, lo cual le incrementa su estrés, rabia, impotencia y tristeza.

2. Material clínico

A.H. ha venido presentando intentos de suicidio desde el año 2011 y se han incrementado después del suicidio de un hermano en diciembre del 2012. El último intento registrado antes de iniciar las intervenciones fue en marzo de 2014, ya que durante el desarrollo de las

intervenciones se presentó un nuevo intento de suicidio, acompañado con recurrente ideación de muerte y de suicidio.

Al preguntarle acerca de sus intentos de suicidio el manifestó que “Antes de la muerte de mi hermano, lo que me pasaba era de borrachera, después si es por tristeza y rabia. Antes no pensaba en morirme, ahora sí.” A.H. cuenta que era su hermano quien estaba pendiente de él cuando llegaba tomado, pues varias veces le salvó de matarse; que su hermano nunca había tenido intentos de suicidio ni deseos de morirse. A.H. narra que lo que le perturba de la muerte de su hermano es que no pudo estar en su entierro para despedirse, “Yo estaba con mis papás en la chagra cuando nos comunicaron que mi hermano se había suicidado. Entonces nos fuimos de una vez para Mitú, no conseguimos transporte y nos fuimos caminando, como 6 horas sin parar, y cuando llegamos ya lo habían enterrado. Me dio mucha rabia y tristeza no poder haberlo visto por última vez para despedirme. Eso me dio desde ahí muchas ganas de querer morirme.”

A.H. indica que empezó a tener sueños en los que su hermano lo llamaba a que lo acompañara, lo cual lo llenaba de gran malestar y perturbación llevándolo a intentar suicidarse, “Me levantaba con mucha tristeza y rabia al soñar con mi hermano llamándome a que lo acompañara, que se sentía solo. Eso me llenaba de mucho aburrimiento y malestar, me desesperaba y se me nublaba la cabeza, y cuando caía en cuenta estaba acostado y mi familia preocupada diciéndome que me había intentado colgar, que les preocupaba que me ponía como un loco. Me da vergüenza, me siento mal con mi familia, pues cuando estoy tranquilo y veo a mi hijo, no me quiero morir.”. Comportamientos de alteración que eran más intensos al estar bajo efectos del alcohol. Añadía que “me da rabia no poder parar la sensación de rabia y el pensar en matarme, y me daba más rabia no poder evitar tener rabia.”

Al indagar acerca de lo que le ocurría antes de cometer un intento de suicidio en estado de sobriedad A.H. describió lo siguiente: “Cuando sueño o recuerdo a mi hermano me empiezo a sentir triste, y me da rabia sentirme así, y me da tristeza también, muy fuerte, y recuerdo que no lo pude ver por última vez, antes de que lo enterraran, y me da rabia. Siento gran desesperación, y me da rabia no poderla controlar, y eso me aumenta mucho, tanto que me pasa como si estuviera borracho, se me nubla la mente, como si me enlagunara.”. Añade que le da mucha vergüenza lo que le pasa, y se siente apabullado al ver como se ponen de tristes, preocupados y angustiados su esposa y familia, que le gustaría no sentirse así, y lograr salir de esa tristeza y rabia; asimismo se siente con malestar cuando su esposa le dice que su conducta suicida le hace daño y que lo mejor es separarse, pues no quiere que su hijo se afecte por lo que le pasa. La situación económica es un factor de estrés, pero según lo expresado por él, no incide de sobremanera en sus deseos de morirse.

DISCUSIÓN

La OMS (2008) indica que el suicidio es una de las primeras causa de muerte violenta en el planeta, en el 2008 estipuló que cada minuto hay dos suicidios, lo que se representa que un millón de personas se suicidan anualmente, lo que establece que por cada 100 mil habitantes se suicidan 15 personas. El suicidio se ha convertido en una problemática de salud pública por sus características pandémicas y son un signo de desestabilidad mental, que generalmente tienen una ocurrencia elevada en poblaciones vulnerables (como se cita en Andrade et al, 2010).

Los datos referenciados del suicidio en Colombia por Medicina Legal en la revista Forensis (2008) son los siguientes: afecta al 82% de los hombres y al 18% de las mujeres. En el Vaupés el suicidio adquiere unas connotaciones especiales por las características de sus

habitantes, la mayoría son indígenas, así como sus factores geográficos, entre otros; desde el año 2005 se ha catalogado como una problemática de salud pública, y desde la perspectiva sociológica se categoriza como suicidio anómico. La perspectiva sociológica considera que hay cuatro tipos de suicidio: fatalista, anómico, egoísta y altruista, al respecto enseña De Bedout (2008):

De acuerdo con las teorías sociológicas, Durkheim (1897/1971) define el suicidio como "todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma sabiendo ella que debía producir este resultado"

(Durkheim, 1897/1971, p. 160) y lo clasifica según la relación del individuo con el grupo social. Así, existen cuatro tipos de suicidio, a saber: egoísta, altruista, *anómico*¹ y fatalista. En el primero, los individuos no están fuertemente integrados en el grupo social, mientras que en el segundo sí lo están, pero carecen de individualidad (enfermos desahuciados, militares derrotados). En lo que respecta al suicidio *anómico*, los individuos presentan una alteración o distorsión de su integración al grupo (ruina repentina, divorcio, cambios drásticos de hábitos o de vida). Finalmente, el cuarto tipo de suicidio, el fatalista, se ha asociado con un exceso de reglamentación y opresión, en la que los individuos se sienten "aplastados" por la disciplina o las normas (por ejemplo, militares y jóvenes ante el fracaso escolar) (Durkheim, 1897/1971, p. 168). (p.54).

Por las consecuencias de la colonización y evangelización en el Vaupés se identifica, según lo indicado anteriormente, la presencia de suicidio anómico. La anomia se puede entender como la desestabilización que tiene una persona al padecer modificaciones drásticas en la estructura social en la que se encuentra inmerso; el suicidio anómico "es resultado del desequilibrio que siente una persona a partir del cambio en su estructura social." (Forensis, 2008,

¹ En el original aparece anónimo, lo cual es un error de transcripción en el documento referenciado.

p.192). Por las características de las tres personas de los casos examinados, según lo indicado por la perspectiva sociológica, están incluidas en la categoría de la anomia, ya que han padecido las alteraciones que les ha ocasionado el proceso de colonización y de evangelización que inició aproximadamente hace 200 años, y por la manera impositiva en que incursionaron ocasionó modificaciones a las estructuras sociales y culturales de los habitantes precolombinos del Vaupés, que con el paso del tiempo fue incidiendo en la desestabilización existencial del indígena que, al ir perdiendo su autonomía y valoración de su cultura, esto debido a que en los internados a los niños y niñas les obligaban a hablar únicamente español, denigraban y satanizaban sus prácticas rituales, lo que fue llevando al indígena a tener vergüenza de ser indígena y rechazar su tradición, y queriendo ahora convertirse en “blanco”; lo descrito ha abierto una puerta hacia la desaparición de sus prácticas, costumbres y lengua, junto con su historia, conocimientos y sabiduría propios de su cultura, y ese sometimiento incluye el tener que entrar en lógicas económicas y laborales que no le permiten obtener una posibilidad digna para su subsistencia y estabilidad económica; les es difícil acoplarse a lógicas sociales contrarias a las de su tradición, en las cuales no existía el desempleo ni pobreza, ni la necesidad de usar ropa ni dinero. Se observó en la situación de N.P. y A.H. las necesidades económicas que atraviesan sus familias y la preocupación que les ocasiona, por tal razón N.P. se casó a temprana edad con un hombre que pudiera sostenerla, para así aminorar los gastos en su casa, y en la situación de E.C., el querer estar en su comunidad por no sentirse cómodo en la zona urbana de Mitú. En los tres se evidencia la limitación para afrontar de manera adecuada los eventos estresantes del diario vivir, asumir las pérdidas de manera saludable, permaneciendo en duelos inconclusos, por ello sus reacciones emocionales son de rabia, impotencia, frustración, tristeza, acompañado de comportamientos impulsivos con los que buscan resolver infructuosamente el malestar

emocional que les aqueja, lo que es consecuencia del carecer de los reguladores sociales propios de sus tradiciones, que se hacen confusas e inservibles para asumir en sistema impuesto; va ligado con una sensación de confusión, la persona no se halla ni se siente ubicada existencialmente, factor que se profundizará posteriormente.

La OMS (2011) estipuló unos factores de riesgo psicosociales para la aparición de la conducta suicida, los casos escogidos cumplen los siguientes: ser indígena, antecedentes de conducta suicida en sus familias, labilidad emocional, irritabilidad, impulsividad, rigidez de pensamiento, escasa habilidad para afrontar adecuadamente las dificultades, ansiedad excesiva frente a malestares o decepciones, consumo de licor, separación de la familia o pareja, dificultades laborales o desempleo, tener entre 14 y 25 años. Es evidente la situación de vulnerabilidad y de riesgo que aqueja a los indígenas, situación que influye directamente en la formación de sus psiquis y sus habilidades para afrontar las eventualidades en sus vidas. Otros factores de riesgo que están presentes: la discriminación, el racismo, el trato peyorativo que tienen hacia el indígena del Vaupés, que va anudado con el abandono del estado, las políticas públicas que carecen del enfoque diferencial y otros tipos de incursiones e intervenciones que favorecen con la desaparición de sus milenarias culturas.

Se ha venido examinando la conducta suicida indígena desde la perspectiva sociológica, la cual es importante para comprenderla de una manera integral y que, debido a sus aspectos antropológicos tienen características que los diferencian de las personas que tienen conducta suicida en otros tipos de sociedades. Cabe resaltar que las personas intervenidas no presentaron resistencias frente a las asesorías recibidas, las agradecían porque les dispensaba bienestar el sentirse escuchados en su drama existencial: la impotencia al no poder controlar y tolerar el malestar y la rabia, que al experimentarlo como insoportable la única salida para darle alivio era

suicidarse; a las familias les concedió un alivio lograr dilucidar lo que ocurría en su familiar, asimismo expresar su tristeza y preocupación; se insistió en la importancia de su apoyo y compañía para mitigar el riesgo suicida, propiciando la red de apoyo familiar. Las intervenciones también favorecieron a los otros miembros de la familia, que se encontraban afligidos por la situación de conducta suicida de los intervenidos y porque en sus familias ya se habían presentado conductas suicidas en otros miembros, con ello se buscaba prevenir el riesgo de contagio en otros miembros de la familia. El contagio también se conoce con el nombre de efecto Werther, que consiste en la imitación de la conducta suicida que hace una persona cuando se entera que alguien de su familia o de su entorno social se ha suicidado o intentado hacerlo, y el riesgo se incrementa si la persona está sobrellevando una situación inestable o difícil, de ahí que

La exposición a casos de suicidio cercanos (efecto “contagio” o Werther) o a determinado tipo de informaciones sobre el suicidio en los medios de comunicación, se ha asociado también a la conducta suicida. Un tipo particular son los suicidios en “racimo, por comunidades, más frecuentes entre jóvenes (Guía de práctica de clínica de prevención, 2012, p.64).

Es poco lo que se puede encontrar en lo referido a bibliografía acerca de investigaciones o tratados sobre la psicología del indígena a nivel general, siendo casi nulo lo referente a etnias en particular de Colombia. Los estudios e investigaciones acerca de los indígenas por lo general son de corte antropológico y sociológico, y es escaso lo referido a su psicología, vacío investigativo que es síntoma de la valoración que nuestra profesión da a ciertos grupos culturales, y que dificulta tener claridades sobre la consciencia y significación que le dan a los sucesos en su vida, la manera en que acontecen sus procesos cognitivos y emocionales, que otorgarían precisión al momento de intervenir el suicidio en ellos. Con respecto a la psicología

indígena, Jung (1934/1994) referencia acerca de su experiencia con ellos en el África Oriental, donde se percató de algunos aspectos de su psicología, señalando con preeminencia las facultades de voluntad y atención del *yo*, las cuales eran débiles y por lo tanto requerían de realizar ciertas prácticas y rituales para crear un estado de ánimo para lograr realizar ciertas actividades,

Esta concepción la confirman innumerables ritos que sólo ella permite comprender. Los indígenas, antes de partir para la caza, ejecutan danzas, imitan la caza, cuya búsqueda emprenden; realizan el indispensable «rito de entrada» para crear en ellos el humor, el estado de ánimo, la emoción necesarios para la acción a efectuar, para concentrar la energía difusa, su interés en la acción a realizar, es decir, para despertar la voluntad; el retorno de la caza da lugar, a su vez, a ceremonias complicadas y análogas que persiguen el objeto inverso del restablecimiento del humor pacífico y cotidiano. (Jung, 1934/1994, p.57).

Los hallazgos de Jung en África difieren en gran proporción a la psicología del indígena del Vaupés, pero da indicios para hacer parangones con éstos en la constitución de su *yo*, en lo referido a su voluntad y atención, que se encuentran sujetas a la colectividad familiar y de su comunidad, lo que permite inferir que su *yo* es de carácter colectivo y gregario, por ello son de gran arraigo en la manera en que establecen los lazos afectivos y emocionales con su pareja, familia nuclear y extensa, como con su comunidad, debido a esa característica es intenso el malestar, angustia e inestabilidad emocional en ellos cuando se presentan peleas familiares, muertes, separaciones o el permanecer algún tiempo sin contacto con sus cercanos. Lo que ocurre en algún miembro de la familia repercute favorable o desfavorablemente en los otros integrantes, (y de la comunidad) y en la mayoría de los casos las familias (y la comunidad) tienen

conocimiento de lo que pasa a rasgos generales en cada uno de ellos, pues tienden a contarse sin miramientos lo que les ocurre y han hecho, es relevante para sus interacciones el departir sobre los que les acontece. Ante este tipo de malestares, las comunidades tienen sus sabedores y sanadores, quienes regulan con sus prácticas, rituales, ceremonias y orientaciones las afecciones emocionales, las dificultades familiares y de comunidad, prácticas que han caído en desuso, o las nuevas generaciones no las valoran o sencillamente no tienen un significado, conllevando a la aparición de la conducta suicida, ya que el indígena joven se encuentra sin un asidero de significación con su tradición de origen ni la halla con las lógicas de la mentalidad occidental, es común escuchar en el general de indígena joven el sentirse desubicado, sin saber qué hacer, sin saber que decidir: quedarse en la comunidad o irse a aventurar en la sociedad “blanca”, que es como denominan al no indígena.

Es importante para el indígena de Vaupés estar junto a sus familiares y comunidad, y en lo posible hacer parte de los rituales, prácticas espirituales, reuniones y celebraciones para departir y compartir en comunidad; actividades que brindan un estabilizador psíquico importante, en tanto que conceden al *yó* una oportunidad para descargar tensiones, facilitándole la tarea de afrontar eventos estresantes y las dificultades diarias. Por lo conversado con diferentes indígenas de las diferentes etnias acerca de sus sistemas sociales de su tradición, cada familia tiene su terreno para cultivar, lo que les permitía antes de la colonización poseer una autonomía para su subsistencia, no existía la pobreza; vivían de acuerdo a parámetros regidos bajo una disciplinada organización social y estrictas normas que permitían una regulación social favorable, y de igual modo brindar las orientaciones para desenvolverse en la selva, así como su relación con la naturaleza, pero como se ha enunciado anteriormente, han sido modificadas por las imposiciones realizadas por la colonización y evangelización que de manera avasallante desestructuraron sus

sistemas sociales insertando en su mentalidad, minusvalía y vergüenza de su cultura. Han sido obligándolos a través de doscientos años a someterse a unas lógicas disímiles y contradictorias a su cosmovisión, que fueron desdeñadas y prohibidas, como su lenguaje y sus maneras de educación. En N.P. se evidencia esa necesidad de estar en contacto con su familia al separarse de su pareja, le era importante estar junto a su madre y su padre, que a pesar de estar separados mantienen una relación favorable. Su llegada coincidió con la de su abuelo, quien se encontraba en delicado estado de salud, incidiendo favorablemente en ella, le daba alegría el poder estar juntos después de muchos años; para E.C. al expresar querer estar en la comunidad con sus padres y hermanos, sentirse acompañado en la tristeza que le causó el suicidio de su medio hermano, que al igual que A.H., por el suicidio de su hermano, incrementó la angustia y la aparición de los deseos de morir y la ideación suicida.

Al respecto nos dice la UNICEF (2012) en una investigación realizada en tres comunidades indígenas de Suramérica sobre el suicidio en adolescentes:

Los informes plantean que el suicidio es, en estos casos, resultado de una pluralidad de factores en interrelación pero que ciertas características culturales y determinadas variables históricas pueden hacer a algunos pueblos más propensos a cometer suicidio como respuesta a los cambios en la estructura social de la comunidad, el cerco territorial y cultural, la desesperanza ante la vida, la falta de oportunidades laborales y educativas y en especial, la discriminación sistemática (p.11),

y por consiguiente, para la comprensión del suicidio indígena en el Vaupés no pueden desligarse los efectos de la colonización, evangelización, el abandono y las políticas inadecuadas del Estado que, más que beneficiarlos han ido llevando al indígena a vivir en

un contexto de discriminación, marginación, colonización traumática y pérdida de las tradicionales formas de vida. Muchos jóvenes indígenas se sienten aislados, fuera de lugar tanto en sus propias comunidades, al no encontrar en ellas un lugar adecuado a sus necesidades, como en las sociedades envolventes, por la profunda discriminación que en ellas impera (UNICEF, 2012, p.8)

y añaden que la complejidad de los factores enumerados

intervienen para la transmisión de esos traumas entre generaciones en forma de un comportamiento suicida. La marginación de estos jóvenes tanto en sus propias comunidades, al no encontrar en ellas un lugar adecuado a sus necesidades, como en las sociedades envolventes, por la profunda discriminación, forja un sentimiento de aislamiento social que puede conducir a reacciones autodestructivas desde el punto de vista occidental (UNICEF, 2012, p.15).

Se pudo evidenciar en dos casos las dificultades para encontrar una manera estable de empleo, para la consecución de su sustento y de sus familias; en la situación de N.P. le llevó a casarse a temprana edad, sin haber terminado sus estudios de bachillerato. Se dedicó a ser ama de casa y encargarse de los cuidados de sus hijos, y no pudo culminar sus estudios ni aprender algún oficio o labor aparte de los quehaceres domésticos; por lo tanto, como dependía totalmente de su pareja, la separación y la irresponsabilidad de su expareja para velar por sus hijos le acarreó una situación altamente estresante al no contar con posibilidades para conseguir lo necesario para subsistir; por su lado A.H. no contaba con una estabilidad laboral, debido al nacimiento de su hijo y de su sobrino, dejó de ir a laborar junto con sus padres en la chagra por las distancias y el tiempo de permanencia en el lugar, y necesitaban para atender las necesidades diarias ingresos para poderlas cubrir rápidamente; y en E.C. era manifiesta su incomodidad al estar en un

contexto urbano, alejado del contacto y cotidianidad de su comunidad. La situación de no precisar de estabilidad económica, el no sentirse a gusto en el área urbana por no estar en contacto con su familia nuclear son factores que perturban sus estados emocionales que sobrecargan sus *yo* con malestar (tensión), y al estar desprovistos de los reguladores sociales, el *yo* se sobrecarga de tensión, y al no disponer de estrategias para regularse socialmente y psicológicamente se genera la angustia, y como se especificó en párrafos preliminares, estar alejados de sus rituales, prácticas espirituales y las instrucciones de sus *sabedores* y *payés* quedan desprovistos de herramientas para afrontar las dificultades descritas anteriormente. La irrupción en sus lógicas sociales, al desestabilizarlas y por la confusión que ocasiona en su existencia conlleva a que los niños y niñas desarrollen un *yo* frágil, al respecto explica De Zubiría (2007) en su libro, fruto de las investigaciones que ha hecho con su equipo acerca de la conducta suicida, *Cómo prevenir la soledad, la depresión y el suicidio en niños y adolescentes*, que los factores psicológicos y existenciales de la persona al no estar lo suficientemente desarrollados generan una personalidad (*yo*) frágil, y que se caracteriza por tener incipientes habilidades para hacerle frente a los eventos frustrantes y estresantes, así como el no tener una elevada valoración de la vida como de sí mismos y de establecer lazos profundos con los demás.

La perspectiva antropológica y sociológica de la situación del indígena del Vaupés permite establecer el contexto para entender la conducta suicida en ellos, obsequiando elementos que contribuyen para analizarla desde la teoría psicoanalítica.

Ramírez (1998) denota que el padre del psicoanálisis,

Freud define al suicida como aquel en el que “la pulsión de vivir”, pulsión extraordinariamente intensa, es vencida. La libido y el interés desengañado del mundo, por una

renuncia del yo, un fracaso en la vida libidinal, empuja a la acción suicida (Ramírez, 1998). (Como se cita en De Bedout, 2008, p. 54),

y es notorio en los tres casos referenciado la fragilidad en sus yo, que advierte de la dificultad para afrontar eventos estresantes y que ocasionan malestar, como la muerte de sus familiares, las separaciones de pareja y de su familia, el avasallamiento a su cultura por la colonización y evangelización y los contrariedades en su situación económica, entre otros, que amenazan la estabilidad del yo, lo que repercute en la pulsión de vida, pulsión que queda vencida por la angustia y la persona se muestra incapaz para encontrar otras posibilidades favorables para afrontarlas, llevándolos a renunciar a su yo a causa de lo insoportable de la angustia experimentada; esa renuncia implica que vence la pulsión de muerte a la pulsión de vida, empujando al sujeto a suicidarse, a matarse, que significa violentarse a sí mismo. La acción suicida es considerada como una autoagresión que se infringe el sujeto al no poder soportar la angustia que le ocasiona una situación insoportable, Dubugras & Guevara (2007) nos dicen que

En el suicidio, la agresión se dirige hacia la propia persona y hacia afuera como en el caso del homicidio. Se trata de un acto humano de cesación auto-infligida, intencional. La persona, incapaz de dominar una situación percibida como insoportable y convencida de que no existe salida, planea y ejecuta una auto-lesión fatal. En este tipo de comportamiento, vida y muerte se encuentran, se complementan y hasta se contradicen porque su camino es el de la ambigüedad: el acto se reviste de odio y amor, de coraje y cobardía, de temor y audacia. (Como se cita en De Bedout, 2008, p.57),

y como se puede apreciar en los enunciados de las personas de los tres casos de intento de suicidio, albergan una baja tolerancia a la frustración o malestar al vivir situaciones estresantes, sus yo tienen falta de habilidades para realizar duelos de manera adecuada, para afrontar de

manera adecuada las pérdidas, como se observó en los tres casos han tenido pérdidas recientes y de alto impacto emocional, en el caso de A.H. y E.C. el suicidio de un hermano, suceso ocurrido hace más de seis meses en ambos, siendo en N.P. la separación de su expareja tres meses antes de su intento de suicidio, a la cual se le suma las dificultades económicas para su sostenimiento y el de sus hijos. El inconveniente para asumir las pérdidas les mantiene actualizado el malestar de lo ocurrido, malestar que va unido a emociones de tristeza, frustración, impotencia y rabia, y a su vez la rabia y la angustia de no poder soslayar esas emociones, que cuando se activan en estado de embriaguez se hacen intensamente insoportables e inmanejables, y la angustia domina al yo, quedando a la merced de la pulsión de muerte. Reiteradas veces en las intervenciones expresaron lo insoportable de esa sensación, que les daba mucha rabia no poderla controlar y que los dominaba hasta perder la conciencia.

Cuando una persona experimenta la angustia, y sobrecarga el yo, que debilitado no puede eludir que el superyó tome el control de la psiquis, y emplea la pulsión de muerte descargándola sobre el afligido yo, obligándole a la autodestrucción, dinámica que acontece de manera inconsciente, de ahí que Freud (1923/1975) esclarezca que

En el suicida el superyó se comporta como un déspota caprichoso que utiliza la pulsión de muerte para ensañarse en el yo, en esa inmisericorde furia arrastra todo el sadismo y lo torna masoquismo, para transformarse en “un puro cultivo de la pulsión de muerte” que exige al sujeto el sacrificio de su vida. Es el mecanismo que hace recaer sobre sí mismo la destructividad dirigida hacia un semejante amado que ha causado una herida narcisista en el sujeto. La acción hacia ese objeto queda subrogada en esa introversión avasalladora, en su retorno sobre el yo, y todo esto pasa de manera silenciosa. (Como se cita en De Bedout, 2008, p.58).

El suicidio o su tentativa es la manifestación de un deseo de asesinar o de agredir al padre o al objeto perdido que se ha vuelto sobre sí mismo,

Para el psicoanálisis, la tentativa de suicidio no es una simulación; es una acción que corona una crisis de manera significativa. Aparece luego de una decepción amorosa y, en contra-agresión, retorna sobre el sujeto la agresión contra el padre o el objeto perdido, acompañado por un desplome de la situación sobre los datos simbólicos que el sujeto tiene aún, por eso la tentativa de suicidio contiene una dimensión simbólica dirigida a otro (Ramírez,1998) (Como se cita en De Bedout, 2008, p.58),

y la angustia, como se ha nombrado anteriormente repetidas veces, es el factor relevante y predominante para la aparición de la conducta suicida, al respecto Freud (1926) (como se cita en Bedoya. L. A. 2008) nos dice que, la angustia es un aumento de tensión que genera tensión en la persona y que va acompañada de reacciones fisiológicas como alteración de la respiración, aumento del ritmo cardíaco e inervaciones motrices (descargas), asimismo tiene un factor histórico que consiste en la “repetición de una vivencia anterior que reunió las condiciones del incremento de estímulo displacentero”, y que en es una respuesta que se da frente a un estímulo que presenta un peligro vital en el cual el yo se siente impotente, siendo el nacimiento la primera situación de peligro y que causó la primera angustia, y posteriormente el temor a no tener una persona que pueda colmar sus necesidades de subsistencia, que se representa o significa con la madre, lo cual posteriormente se va a identificar con la pérdida de objetos de sus afectos, que bien se representa o significa con el terror a la castración.

Aunque dicho peligro no llegue nunca a efectuarse en la realidad, en sí mismo no es esto lo que interesa si no el hecho de que la amenaza de castración se haya hecho efectiva aunque nunca se la lleve al acto. De esta forma la angustia es una señal frente al peligro

que permite al yo prepararse frente a una posible ocurrencia de este, aunque este peligro sea desconocido, o nunca llegue a efectuarse. Es decir que la angustia para Freud es señal de un peligro que se desconoce, un peligro que se encuentra en lo pulsional. (p.64).

El yo ante un nuevo peligro padecerá de angustia, que será la reacción de acuerdo a un estado anterior que no es acorde al fin, debido a que la angustia no reproduce (repite) una acción que libre del peligro, lo que ocasiona tensión por la insatisfacción en el yo al no poderlo eludir, alcanzando un estado displacentero que deja al yo impotente.

Como se ha venido indicando en párrafos precedentes, en los tres casos la angustia se hace manifiesta en cada uno de ellos y hablan acerca del malestar y desesperación que les ocasiona experimentar ante eventos estresantes, frustrantes o pérdidas, y que se hace intolerable al estar mezclada con licor. Es importante comprender que la angustia que ellos experimentan es una realidad colectiva para la población indígena, fruto de la alteración que han vivido en el Vaupés por la colonización y evangelización posterior a la independencia de Colombia de España, procesos que les ha llevado a experimentar el terror de la pérdida de la madre, su cultura, y la castración, la pérdida de ser ellos mismos por la imposición de valores que les llenaron de vergüenza y desvalorización de sus prácticas culturales y cosmovisión, que como plantea Durkheim, el suicidio es un hecho social, por lo tanto advierte Palacio (2010) que:

La anomia entonces proviene del desajuste entre la estructura social y la conciencia cultural, sobre todo cuando hay una contradicción entre las leyes escritas y las exigencias sociales nuevas, vinculado todo esto con una desviación social, es decir, a la existencia de modelos de conducta marginales o no permitidos (como se cita en Sepúlveda, s.f. p.3), y la angustia que experimentan por el desajuste social que trajo la colonización y la evangelización, se ha venido reproduciendo a través de los años en los indígenas, generando, de

acuerdo a sus contextos e historia de vida, sus maneras particulares de afrontar y asumir las crisis, como se puede apreciar en los casos abordados, en E.C. y A.H. La angustia es originada por la anomia social que padecen los indígenas, que con la alteración de su cultura inciden en la conformación de sus *yo* frágiles; el *yo* frágil al percibir el malestar insoportable que surge de la angustia ante un evento estresante, combinado con licor, dejan al *yo* debilitado frente a la angustia, y en su desesperación se detonaba el querer matarse, más no recordaban el querer ni el haber intentado suicidarse, más si manifestaban el malestar y la rabia que sentían por algún suceso incómodo vivido o sin alguna explicación aparente, solo un malestar desesperante y displacentero que no podían parar y que los aplastaba emocionalmente perdiendo la consciencia de sí, y en tal estado de inconsciencia intentaban suicidarse. Ante este tipo de intentos, A.H. y E.C. dieron a conocer que eso ocurría por borrachera, pues en estado de sobriedad, así estuvieran molestos no albergaban deseos de querer quitarse la vida, sin embargo, después de padecer la muerte de sus hermanos empezaron a aparecer los pensamientos de quererse morir, de no seguir viviendo por la tristeza y displacer que les ocasionó la pérdida, y reconocían que después del incidente si había consciencia de quererse matar; en esto último difiere con la situación de N.P., quien también coincide en el no querer morirse ni el tener el deseo de finiquitar su vida, pero en el intento de suicidio de ella ocurrió un fenómeno que es común en los intentos de suicidio del indígena del Vaupés, y es el de *una sombra negra* que los obliga a suicidarse.

El fenómeno de la *sombra negra* en el indígena del Vaupés poco se ha investigado, más en otras culturas indígenas de América Latina se ha estudiado algo al respecto, Wicker (1991) (como se cita en Corpas, 2011) habla de una epidemia de suicidios en una etnia de Paraguay llamada Pai-tavyterä; ellos profesan que hay una enfermedad enviada por los Dioses: el *tarujo*, enfermedad que produce en la persona confusión mental con alucinaciones y con voces que la

acosan de manera constante y las induce a suicidarse de manera impulsiva, lo cual crea la sensación de que lo mejor en ese momento es quitarse la vida. En esta etnia, similar a las concepciones de las etnias del Vaupés, el suicidio no está bien visto. La angustia que experimenta N.P. dirige a su yo a experimentar su deseo de muerte como una fuerza exterior que exige su vida como opción para poder hacer frente al malestar, sin que indique que sea una psicosis, como indicaba Freud (s.f) (como se cita en Rebollo, 2011) “Si toda psicosis es un delirio, no todo delirio es una psicosis”, lo que implica que la angustia en algunos indígenas les lleve a alucinar o delirar la pulsión de muerte como una *sombra negra*, la cual arremete contra su yo que, se halla debilitado, y frágil, por sus experiencias de malestar frente a la pérdida de objeto. Jung (1934/1994) explica que este tipo de fenómenos son causados por las alteraciones que ocasionan en la consciencia los afectos y las irrupciones del inconsciente; los afectos poseen un singular carácter de autonomía y aparecen en la consciencia como una especie de atentado, una explosión súbita, como algo que se considera que viene del exterior que de manera repentina nos asalta y subyuga, y era lo que los primitivos denominaban *espíritus malignos*,

Esta es la razón por la que los afectos, entre los primitivos, están personificados. Un cierto número de dioses antiguos no son sino los afectos encarnados; piénsese en Marte, en Venus, en Eris, en Eros, etc. Las personificaciones de esta naturaleza son multitud. Hay también temperamentos deificados, caracteres emocionales convertidos en dioses. Basta pensar en las expresiones que todavía hoy se emplean a base de jovial, de dionisiaco, etc. Deriva todo ello de la autonomía, que es el atributo de los afectos y que, en cierto modo, invita a personificarlos. La antigüedad, para expresar el «flechazo», no sabía sino invocar los «dardos del dios Amor». O bien, para la cólera, era Eris quien arrojaba la manzana de la discordia entre los hombres. Esta es la forma en que los

primitivos sienten los afectos, que sólo tienen significado para aquellos a quienes les afectan. Ellos suponen que el sujeto víctima de un afecto está poseído por un espíritu, cuando, por ejemplo, un rey negro estornuda, todos los cortesanos se prosternan durante cinco minutos, pues ha penetrado un alma nueva en él. Del mismo modo los espíritus a los que se hace responsables de las enfermedades son personificados y tratados como humanos; se les da alimento y se les prescribe morada, en la que no se desespera de llegar a encerrarlos. (p. 76-77),

por su lado, la irrupción de la consciencia es la invasión que se padece por contenidos inusitados que de acuerdo a la mentalidad de la persona pueden generar angustia o incomodidad, contenidos que se consideran incongruentes y que se quieren acallar, para el primitivo eran el efecto de algún espíritu que no se debía nombrar, ya que nombrarlo es un sacrilegio,

Surgen contenidos inconscientes y se revelan de pronto en la conciencia, como relámpagos en un cielo sereno; se trata, en general, de una especie de fantasías o de fragmentos de fantasías que se agregan a la conciencia con fragor afectivo o, más concretamente, sin este fragor; pueden concretarse en forma de una impresión repentina, de una opinión, de un prejuicio, de una ilusión o incluso de alucinaciones que se encuentran igualmente bajo la latitud de lo normal. En general, solemos esforzarnos por callar estos acontecimientos, pues se les siente como algo incongruente, de lo que no gusta hablar (p.77).

En las intervenciones se pudo evidenciar en los tres casos, en mayor o menor intensidad lo planteado por Jung, pues había gran molestia y rabia en ellos y ella debido a pensamientos que no podían controlar, así como de la angustia por no saber qué hacer ante el malestar que los invadía; malestar que desestabilizaba sus *yo* frágiles y desprovistos de capacidad para afrontar la

angustia de sus pérdidas, como se apreció en los casos analizados: en el caso de A.H., que soñaba con su hermano (que se suicidó) llamándolo para que lo acompañara, por su lado, la *sombra negra* que describe N.P. que la presionaba a matarse, y por último la incomodidad de E.C. por estar viviendo fuera de su comunidad, junto con la tristeza del suicidio de su hermano.

CONCLUSIONES

En los casos escogidos para examinar se pueden encontrar factores comunes que favorecen la conducta suicida en éstos, independientemente de sus diferencias particulares. Los factores de riesgo y de personalidad en los que coinciden las personas que fueron intervenidas por haber presentado intento de suicidio encajan con los de los estipulados por la OMS (2008): ser indígena, antecedentes de conducta suicida en sus familias, labilidad emocional, irritabilidad, impulsividad, rigidez de pensamiento, escasa habilidad para afrontar adecuadamente las dificultades, ansiedad excesiva frente a malestares o decepciones, consumo de licor, separación de la familia o pareja, dificultades laborales o desempleo, tener entre 14 y 25 años. Otros factores es el efecto Werther o contagio como factor presente en los tres casos estudiados, que indica que hay antecedentes de suicidios o intentos de suicidio en sus familiares, personas cercanas o de la comunidad.

Sin embargo los factores enumerados no dan cuenta de la situación de crisis existencial que padece el indígena en el Vaupés debido a la alteración de su cultura por los procesos de colonización traumática que con sus imposiciones les han avasallado sus tradiciones y maneras de vivir, lo que va de la mano con la discriminación y que en los jóvenes genera una sensación de aislamiento y de desubicación al no encontrar un lugar en el cual encajar, según UNICEF (2008), y que agrega que ese trauma de la colonización se ha transmitido de generación en

generación, trauma que ha ido ocasionando que el indígena desarrolle un *yo* frágil, incapaz de afrontar la angustia que le sobreviene ante la pérdida de su cultura que se representa en las diferentes pérdidas de su vida cotidiana, causando entonces la conducta suicida por anomia, por lo tanto se puede estipular que la causa de la conducta suicida en los tres casos proviene de la alteración de su cultura por los efectos de la colonización.

Sin ser un factor común en los tres casos es importante reseñarlo por sus características y la importancia que alberga para la investigación psicológica: el tarujo, que representa esa manifestación psíquica de la pulsión de muerte que obliga al *yo* a que se elimine frente a la desesperación que genera la angustia. Pero en los tres casos la experiencia de la angustia es similar, así como el malestar y la rabia que ocasiona no poder detener los pensamientos nocivos y las sensaciones molestas que acarrea, dejando al *yo* vulnerable a las acciones destructivas del *súper-yo* que le obligan a matarse como la única opción posible para hacerle frente a los embates de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

Andrade, J. A., Bonilla, L. L. y Valencia, Z. M. (2010). Factores Protectores de la ideación suicida en 50 mujeres del Centro Penitenciario: “Villa Cristina” Armenia – Quindío (Colombia). *Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas*, 6, (17), p. 6-32.

Bedoya, L. A. (2008) *Estructuración del acto suicida en la teoría de Freud y Lacan* (tesis de pregrado). Universidad Católica Popular de Risaralda, Colombia.

Corpas, J. M. (2011). Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. *Gazeta de Antropología*, 27 (2). Recuperado de http://www.ugr.es/~pwlac/G27_33JoseManuel_Corpas_Nogales.html

De Bedout, A. (2008). Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico. *International Journal of Psychological Research*. 1 (2), p. 53-63.

Jung, C. G. (1934/1994). *Los complejos y el inconsciente*, Barcelona, España: Altaya.

Ministerio de sanidad, política social e igualdad. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*, Galicia, España: Tórculo artes gráficas.

Logotherapy-research.com (s.f) El existencialismo y la fenomenología Un modelo existencial de la Logoterapia. Recuperado de http://www.logotherapy-research.com/sp/psicologia_existencial.htm

Rebollo. I. (2011). Algunas consideraciones sobre la neurosis obsesiva. De Freud a Lacan. *Psicoanálisis una causa*. Recuperado de http://www.irebollo.net/index.php?option=com_content&view=article&id=18:la-neurosis-obsesiva-de-freud-a-lacan&catid=6:el-psicoanalisis-temas&Itemid=5

Sepúlveda. G. (s.f). Aproximaciones al fenómeno del suicidio en el contexto Mapuche – Pewenche de la comuna del Alto Bio Bio. Recuperado de https://www.academia.edu/5172404/Aproximaciones_al_Fen%C3%B3meno_del_Suicidio_en_el_Contexto_Mapuche_-_Pewenche_de_la_Comuna_de_Alto_Bio_Bio

Valenzuela. D. (2009). Suicidio: Colombia 2008. *Forensis 2008: Datos para la Vida*. p. 191-215.

UNICEF. (2012). *Suicidio adolescente en pueblos indígenas*, Lima, Perú: Tarea asociación gráfica educativa.

ANEXOS

ANEXO A

**PLAN NACIONAL DE SALUD PUBLICA
ACCIONES COLECTIVAS
AMBITO FAMILIAR - SALUD A SU CASA
RESTITUCIÓN DE LA AUTONOMÍA DE LA FAMILIA
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL**

FICHA DE VISITA Y SEGUIMIENTO

FAMILIA No.	VISITA No.	1	2	3	4	5	FECHA	D	M	A
NOMBRES Y APELLIDOS							No. DOC. ID.			
EDAD	SEXO	E. CIVIL		OCUPACION			SGSSS			
LOCALIDAD		BARRIO			TRT. SASH					
DIRECCION							TEL			
EVENTO EN S. M. PRIORIZADO										
NOTIFICADO POR						CANALIZADO A				
OBJETIVOS DE LA VISITA										
ACTIVIDADES CUMPLIDAS										
FECHA PROXIMA VISITA										
OBSERVACIONES										

(RESPONSABLE DE LA FLIA) FIRMA y C. C.

FIRMA DEL PROFESIONAL

**PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ACCIONES COLECTIVAS**

**ÁMBITO FAMILIAR - 2008
RESTITUCION DE LA AUTONOMIA DE LA FAMILIA**

INTERVENCION PSICOSOCIAL

INSTRUMENTOS DE EVALUACION

CUESTIONARIOS RQC Y SRQ ²

El RQC (Cuestionario de síntomas para niños) es un instrumento que consta de tres partes: una inicial con datos de identificación sobre el niño, sus padres y la persona adulta que proporciona la información; un segmento intermedio de 10 preguntas que identifican signos y síntomas de interés en salud mental infantil, exceptuando el síndrome de hiperactividad / déficit de atención y un segmento final en que se deja constancia de fecha y hora de entrevista de seguimiento para los casos positivos, dirección de la casa del niño y nombre del entrevistados. Se considera positivo cualquier caso en que uno o más de los ítems se hayan marcado como “si”.

El SRQ (Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos - SRQ –) consta de 2 partes: una inicial con datos de identificación sobre el encuestado, un bloque de 17 preguntas sobre síntomas psiquiátricos no psicóticos (ansioso / depresivos); un segundo segmento de 10 preguntas que hacen referencia a síntomas psiquiátricos de tipo psicótico; convulsivo o por consumo de alcohol, y un segmento final en que se dan instrucciones para acordar una entrevista de seguimiento en caso de identificarse el caso como positivo. Se consideró positivo cualquier caso que haya puntuado “SI” a 11 o más preguntas de la primera sección de 17, o a al menos una de las 10 preguntas correspondientes a síntomas psicóticos, retomando el punto de corte recomendado por Climent y Arango en el “Manual de Psiquiatría para trabajadores de atención primaria, OPS, serie PALTEX No. 1, Washington 1983”, según el cual se trabajó en tamizajes comunitarios realizados en la ciudad de Cali y en el estudio nacional de salud mental de 1993. Un caso detectado como positivo de ésta manera, debe interpretarse como una persona con alto riesgo de estar sufriendo un trastorno mental.

² Los instrumentos han sido validados por la OPS – OMS a lo largo de América Latina, siendo recomendados como instrumentos privilegiados para el **tamizaje** comunitario. En Colombia, fueron los instrumentos seleccionados para tamizaje básico durante el Estudio Nacional de Salud Mental de 1993, habiendo sido previamente validados y empleados dentro de programas de salud mental comunitaria realizados el Cali, Colombia. La Dirección de Salud Pública, de la Secretaría Distrital de Salud, como un proyecto especial a través de las ESE Sur, Tunjuelito, Centro Oriente y Usaqué, ha venido realizando en las cuatro sub redes del Distrito el desarrollo del modelo de salud mental basado en la comunidad desde el año 2002, en el cual han utilizado los instrumentos que se mencionan a continuación.

CUESTIONARIO DE AUTOREPORTAJE DE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS PARA NIÑOS (RQC)³

FAMILIA No.		FECHA:	
Nombre de la persona que responde la encuesta			
Relación de quien responde la encuesta con el niño			
DATOS SOBRE EL NIÑO			
Edad	Sexo	Religión (opcional)	Escolaridad
Barrio	Dirección	Teléfono	SGSS
Aún va al colegio?	Nunca fue al colegio?	Fue al colegio hasta la edad de _____ años	

A continuación encontrará una lista de molestias que el niño puede haber observado o no. En caso de haber visto el síntoma que se describe en el niño, marque una "X" en la casilla correspondiente a "Si", de lo contrario marque una "X" en la casilla correspondiente a "No".

No.	SINTOMA	SI	NO
1.	El lenguaje del niño es anormal en alguna forma?		
2.	El niño duerme mal?		
3.	Ha tenido el niño en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		
4.	Sufre el niño de dolores frecuentes de cabeza?		
5.	El niño ha huido de la casa frecuentemente?		
6.	Ha robado cosas de la casa?		
7.	Se asusta o se pone nervioso sin razón?		
8.	Parece como retardado o lento para aprender?		
9.	El niño casi nunca juega con otros niños?		
10.	El niño se orina o defeca en la ropa?		

- Si contestó "SI" a una o más de las preguntas, debe ser programada una visita de seguimiento para el niño y su familia.

³ El Questionario de Síntomas para Niños (RQC), se aplica a partir de los 4 hasta los 17 años. Consta de 10 preguntas que pueden ser contestadas por el niño y corroboradas por los padres (en los casos de niños pequeños). Tiene 2 alternativas de respuesta: Afirmativa "SI" y Negativa "NO". Evalúa síntomas de estrés postraumático y debe considerarse la presentación de síntomas posteriores al evento traumático descartando su ocurrencia anterior. Se considera como un riesgo de desencadenar algún problema emocional cuando se detectan 3 ó mas respuestas afirmativas. (<http://www.minsa.gob.pe/hhv/revista/2004.pdf>) visitada 10/07/2007

CUESTIONARIO DE AUTOREPORTAJE DE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS PARA ADULTOS (SRQ)

FAMILIA No.	FECHA
NOMBRE	

Edad	Sexo	Religión (opcional)	Escolaridad
Barrio	Dirección	Teléfono	SGSS
Estado Civil			

A continuación encontrará una lista de molestias que el niño puede haber observado o no. En caso de haber visto el síntoma que se describe en el niño, marque una "X" en la casilla correspondiente a "Si", de lo contrario marque una "X" en la casilla correspondiente a "No".

No.	SINTOMA	SI	NO
1.	Tiene dolores de cabeza frecuentes?		
2.	Tiene mal apetito.		
3.	Duerme mal?		
4.	Sufre de temblor de manos?		
5.	Se siente nervioso, tenso o preocupado?		
6.	Sufre de mala digestión?		
7.	No puede pensar con claridad?		
8.	Se siente triste?		
9.	Llora más de lo usual?		
10.	Disfruta con sus quehaceres diarios?		
11.	Encuentra dificultad para tomar decisiones?		
12.	Ha notado que rinde menos en su trabajo?		
13.	Ha perdido interés en las cosas?		
14.	Siente que usted es una persona inútil?		
15.	Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
16.	Se siente cansado en las mañanas desde que se levanta?		
17.	Se cansa con la más mínima actividad?		
	SUME UN PUNTO POR CADA RESPUESTA "SI" A LAS PREGUNTAS 1 - 17 Si el puntaje resultante de esta suma es de 11 o más, deben hacerse arreglos para una visita de seguimiento.		

No.	SINTOMA	SI	NO
18.	Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
19.	Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan?		
20.	Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?		
21.	Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír?		
22.	Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		
23.	Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, al médico o a un sacerdote que usted estaba tomando demasiado alcohol?		
24.	Alguna vez ha querido dejar de tomar pero no ha podido?		
25.	Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio?		
26.	Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho?		
27.	Alguna vez le ha parecido que usted tomaba demasiado		

Si al menos una de las respuestas a las preguntas 18 – 27 es “SI”, deben hacerse arreglos para el seguimiento del paciente.

Si el comportamiento de la persona parece ser definitivamente raro o extraño (por ejemplo, habla demasiado, está triste, llora), también deben hacerse arreglos para una visita, independientemente de los puntajes obtenidos en éste cuestionario.

**APGAR FAMILIAR⁴ Y SOPORTE DE AMIGOS
ESCALA DE RECURSOS
- FUNCIONAMIENTO FAMILIAR -**

FAMILIA No.	FECHA
NOMBRES Y APELLIDOS	
<p>Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. La familia se define como el (los) individuo(s) con quien(es) usted usualmente vive. Si usted vive solo, su familia es la(s) persona(s) con quien(es) usted tiene ahora el lazo emocional mas fuerte. Para cada pregunta marque solo con una X que parezca aplicar para usted.</p>	

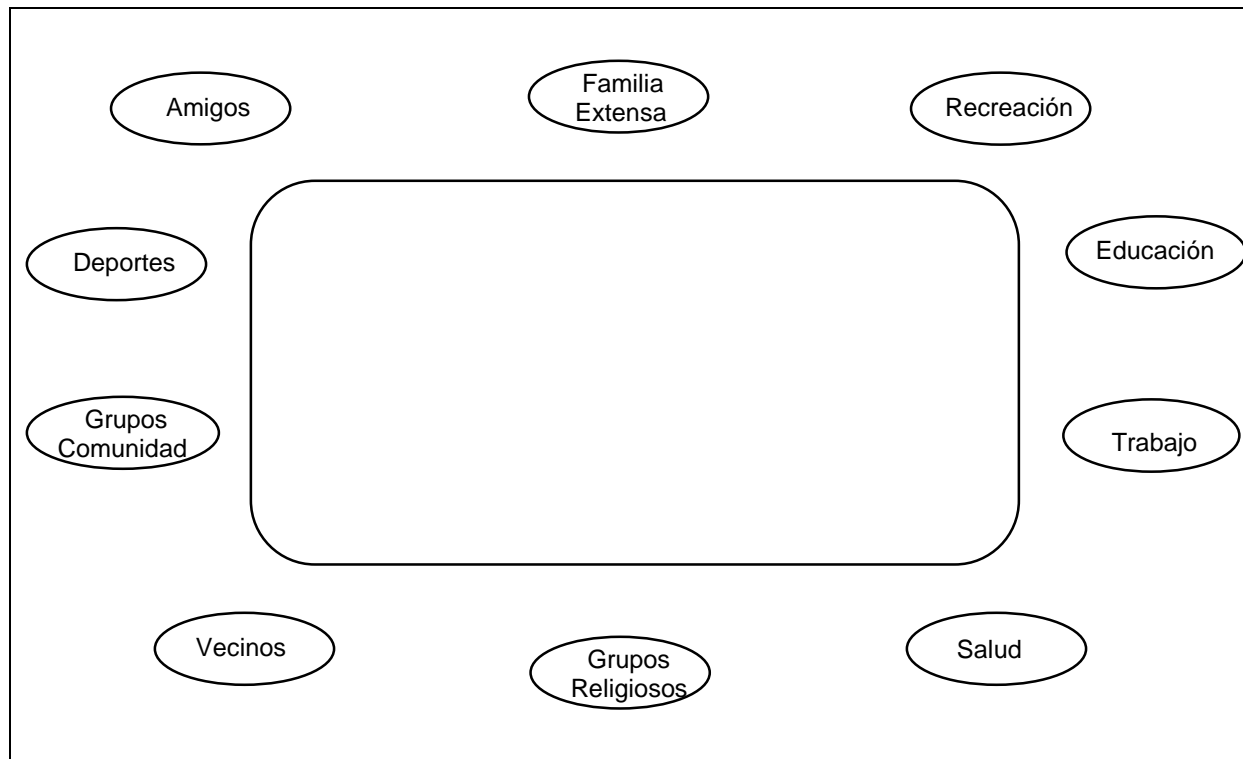
	NUNCA	CASI	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SEMPRE	SEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.						
Me satisface cómo en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.						
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.						
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.						
Me satisface como compartimos en mi familia:						
• El tiempo para estar juntos.						
• Los espacios en la casa.						
• El dinero.						
Tabulación puntaje						
Tiene usted alguna persona, amiga o amigo cercanos, a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?						
Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos?						

- Traducido y adaptado con permiso. Gabriel Smilkstein. Liliana Arias. Medica Familiar

⁴ El APGAR FAMILIAR es un instrumento recomendado por el Ministerio de Salud de Colombia para la evaluación del funcionamiento familiar, que ha mostrado un índice de correlación de 0.64 con las evaluaciones clínicas realizadas por psicólogos expertos. Se ha evaluado en múltiples investigaciones a lo largo del mundo, incluyendo diversos estudios realizados por la Universidad del Valle en Colombia. Se aconseja su empleo como instrumento de auto reporte, siempre que la escolaridad del paciente lo permita, justificándose la encuesta por parte del entrevistador solamente cuando la persona no está en capacidad de leer. El instrumento consta de 7 preguntas con 5 opciones de respuesta cada una, a modo de escala de Licker. El puntaje máximo a obtener es de 20/20 puntos; el puntaje obtenido por la familia permite clasificarla en 4 rangos de funcionamiento familiar: buen funcionamiento familiar, con puntajes entre 18 – 20; disfunción familiar leve, con puntajes entre 14 – 17; disfunción familiar moderada con puntajes entre 10 – 13 y disfunción familiar severa con puntajes de 9 o menos. Para las 2 preguntas de soporte de amigos, el puntaje máximo es de 8/8. La puntuación conjunta entre el APGAR familiar y el soporte de amigos, da un valor máximo de 28/28. Es posible definir el uso del APGAR familiar, del soporte de amigos, a nivel individual o para evaluación conjunta, según el objetivo de la investigación y/o evaluación.

ECOMAPA⁵ Y FAMILIOGRAMA⁶

NOMBRE	FAMILIA No.	FECHA
---------------	--------------------	--------------



CONVENCIONES ECOMAPA:

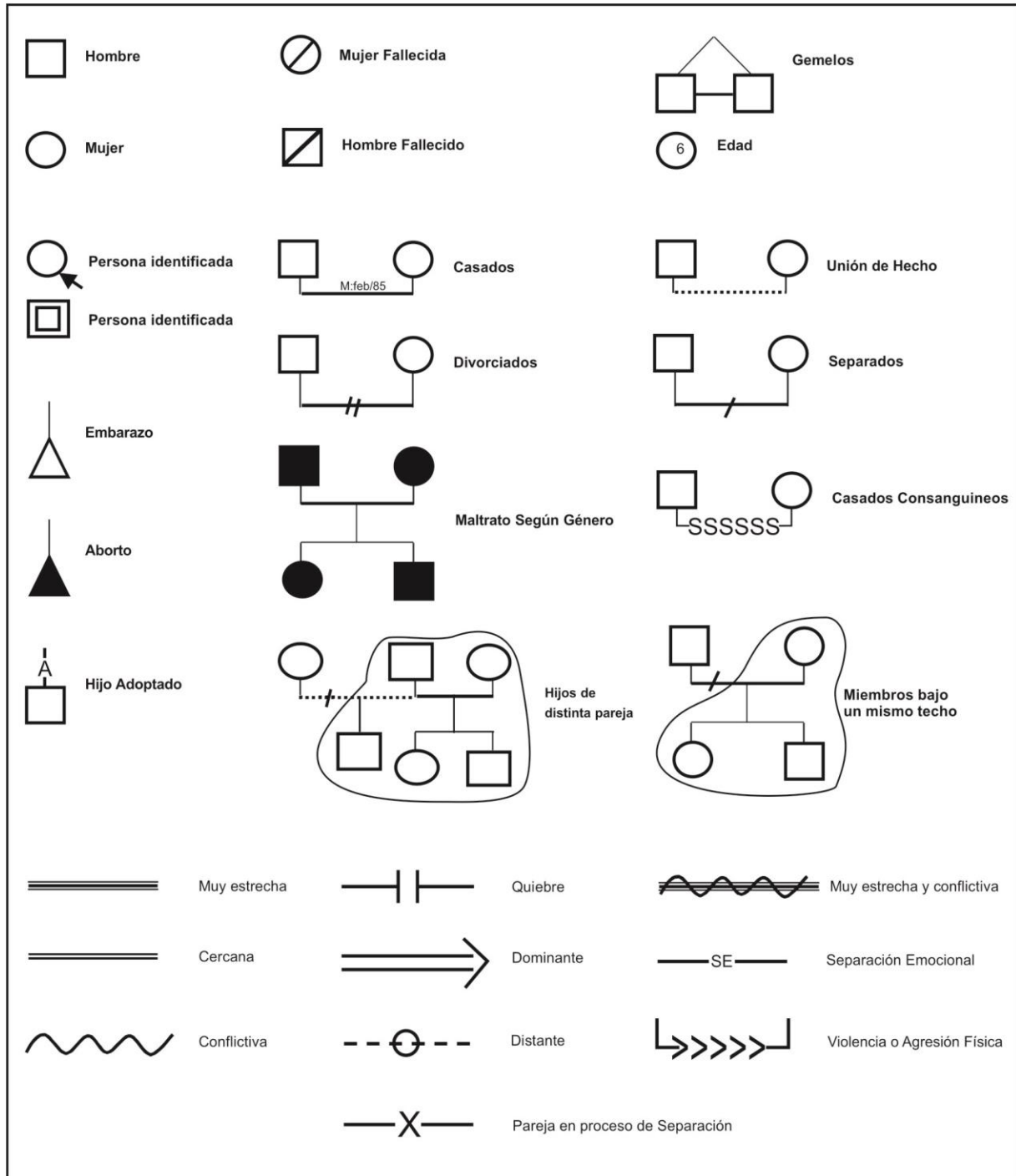
Fuerte: Débil: - - - - Estresante: Flujo de Energía y Recursos: \rightleftarrows

CICLO VITAL FAMILIAR	TIPO DE FAMILIA

⁵ El ECOMAPA, es una herramienta recomendada por el Ministerio de salud de Colombia para la evaluación de individuos y sus familias, en relación con la red de soporte extrafamiliar, existente o no, en cada caso. Permite identificar recursos significativos presentes en el mundo familiar; recursos inexistentes o muy débiles; naturaleza de las relaciones predominantes de la familia con su medio ambiente; caracterización de la familia en cuanto a su estructura, y como multicarencial o con carencia única, identificando tipo de carencias y límites de la familia respecto a su medio ambiente.

⁶ El Familiograma es un instrumento que permite valorar la dinámica, la composición, estructura, el tipo de familia, relaciones, los roles que asumen y el ciclo evolutivo por el cual esta cursando la familia en un momento determinado. Permite a enfermería y al grupo de salud identificar problemas de salud, genéticos y hereditarios, basados en la información recopilada. El familiograma es un método para almacenar datos de la familia, los cuales dan la oportunidad de hacer una retro-información básica (nombres, fechas de nacimiento, muerte, matrimonio, entre otros) y así mismo información compleja (problemas familiares repetitivos, triangulaciones, herencia y otros). El familiograma puede ser elaborado durante una consulta con toda la familia, individualmente o en varias consultas. Se puede tener información de diferentes integrantes de la familia. Debe permitir una rápida evaluación de los antecedentes familiares y problemas de salud futura (Rakel, 1984). http://sabanet.unisabana.edu.co/crear/paginas/herramientas_de_valoracion_familiar/paginas/Familiograma.htm#concepto.

SIMBOLOS SUGERIDOS PARA EL FAMILIOGRAMA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL *



* Elaborado con base en: <http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/N9C-PG48-CADEC%20Instrum%20Familia2A.pdf> y Documentos aportados por Salud A Su Hogar/ SDS – Bogotá 2007.

INFORMACION DEL CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

Nombre	Fecha
FAMILIA No.	

1.-ESTRUCTURA FAMILIAR: (COMPLETA)

NO. DE ORDEN	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN

2.-SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA FAMILIAR:

3.-DATOS DEL ENTORNO FÍSICO FAMILIAR:

4.-DINÁMICA FAMILIAR GENERAL:

ASPECTOS QUE FAVORECEN	ASPECTOS QUE DIFICULTAN

ANEXO B

Registro de casos atendidos de conducta suicida en Mitú 2014

N° De Caso	Mes del evento	Fecha de ocurrencia	Genero	Fecha de Nacimiento	Conducta suicida que se reporta	Nivel de Riesgo	Incidente (1) Reincidente (2)	Número de intentos anteriores	Fecha del último intento	Edad en años cumplidos
1	Enero	03/01/2013	M	21/03/1995	Suicidio	x	x	2	x	18
2	Enero	01/01/2014	F	28/09/1990	Intento	Moderado	2	0	xx/04/2014	23
3	Julio	06/07/2013	M	x	Intento	Moderado	x	3	01/01/2014	14
4	Diciembre	09/12/2013	M	09/04/1994	Suicidio	x	x	4	x	19
5	Diciembre	xx/12/2013	M	xx/09/1998	Intento	Alto	4	0	xx/04/2014	16
6	Diciembre	01/12/2014	M	24/02/1996	Suicidio	x	x	0	x	16
7	Abril	xx/04/2011	M	01/04/1991	Intento	Moderado	10	4	xx/04/2014	22 (19)
8	Enero	29/01/2014	M	xx/xx/1960	Suicidio	x	x	0	x	57
9	Noviembre	11/11/2013	M	13/12/1994	Intento	Leve	x	0	x	20 (19)
10	x	2010	F	22/04/1997	Intento	Leve	x	0	x	16 (12)
11	Enero	01/01/2012	M	18/12/1997	Intento	Leve	x	0	x	17 (15)
12	Marzo	xx/03/2013	M	05/01/1987	Intento	Leve	x	0	x	27
13	Agosto	24/08/2013	F	21/04/1989	Intento	Leve	1	0	xx/01/2013	24
14	x	xx/xx/2005	M	21/11/1980	Intento	Leve	x	0	x	33 (24)
15	Enero	xx/01/2013	M	31/05/1993	Intento	Moderado	2	0	01/06/2013	22
16	Febrero	29/02/2014	F	28/01/1980	Intento	Moderado	3	0	xx/05/2014	34
17	Enero	xx/01/2013	M	x	Intento	Leve	x	0	x	22
18	Junio	xx/06/2013	F	04/12/1997	Intento	Leve	x	0	x	16
19	Marzo	08/03/2014	M	25/08/1979	Intento	Moderado	3	0	xx/05/2014	35
20	Mayo	xx/05/2012	M	x	Suicidio	x	x	0	x	16
21	Agosto	xx/08/2013	M	x	Suicidio	x	x	0	x	23
22	Mayo	18/05/2014	F	21/04/1998	Intento	Leve	x	0	x	16
23	Mayo	xx/xx/2013	M	07/07/1978	Intento	Moderado	2	1	2014	36
24	Diciembre	15/12/2013	M	02/03/1987	Intento	Leve	2	1	xx/12/2014	27
25	Marzo	xx/03/2014	F	04/04/1984	Intento	Leve	x	0	x	30
26	Agosto	02/08/2013	M	02/04/1990	Suicidio	x	x	8	x	23
27	Diciembre	25/12/2012	M	06/09/1989	Suicidio	x	x	varios	x	23