

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA CONDUCTA SUICIDA EN POBLACIÓN INDÍGENA COLOMBIANA



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

DIRECTIVOS

DR. ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

DRA. BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Ex Ministra de Salud y Protección Social
DR. MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA
Ex Ministro de Salud y Protección Social

DR. CARLOS MARIO RAMIREZ
Viceministro de SP y Prestación de Servicios

DR. TEOFILO MONTEIRO
Representante a.i. OPS/OMS Colombia

DRA. ANA CRISTINA NOGUEIRA
Ex Representante OPS/OMS Colombia

DRA. MARTHA LUCIA OSPINA
Directora Epidemiología y Demografía - MSPS

DR. LENIS URQUIJO
Director Promoción y Prevención - MSPS

DELEGADOS COMITÉ TÉCNICO DEL CONVENIO

Por el Ministerio de Salud y Protección Social

ARTURO DÍAZ
ALDEMAR PARRA
DIEGO GARCIA
MARTHA L. OSPINA
FERNANDO RAMIREZ
ELKIN OSORIO

Por la OPS/OMS

TEÓFILO MONTEIRO
OSVALDO SALGADO
CRISTINA PEDREIRA
GUILLERMO GUIBOVICH
HERNAN VÁSQUEZ

ERNESTO MORENO NARANJO
Supervisor del Convenio

LUCY ARCINIEGAS MILLÁN
Secretaria Ejecutiva del Convenio
PATRICIA VEGA MORENO
Administradora del Convenio

REFERENTES TÉCNICOS DE LA LÍNEA DE SALUD MENTAL

ALDEMAR PARRA ESPITIA

Coordinador de Salud Mental y consumo de SPA - MSPS

WILLIAM BELNAVIS

Profesional técnico de Salud Mental y consumo de SPA - MSPS

OSVALDO SALGADO ZEPEDA

Coordinador Proyecto de Sistemas y Servicios de Salud. –OPS/OMS

CAROLINA PINEDA CASTRO

Consultor Nacional Salud Mental y Consumo de SPA

CONSULTORES

Amanda Romero Medina

Especialista en Derechos Humanos, PhD en Educación

Yaneth Pinilla

Antropóloga



Corporación “Casa Amazonía”

Diana Prieto

Asistente de investigación

Juana Esperanza Potes R

Asistente de investigación

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 485 de 2010 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos ni reproducidos sin el consentimiento previo expreso de las mismas.

Contenido

SIGLAS	5
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA CONDUCTA SUICIDA EN POBLACIÓN INDÍGENA COLOMBIANA	6
INTRODUCCIÓN	7
1. ESTUDIOS DISPONIBLES SOBRE SUICIDIO EN PUEBLOS INDÍGENAS	9
2. INFORMACIÓN DISPONIBLE SOBRE CASOS DE SUICIDIO EN PUEBLOS INDÍGENAS EN COLOMBIA.....	30
3. ANÁLISIS DE CAUSAS DEL SUICIDIO INDÍGENA	36
4. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN FRENTE AL SUICIDIO INDÍGENA.....	45
5. BIBLIOGRAFÍA	54

SIGLAS

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
OIA	Organización Indígena de Antioquia
ONIC	Organización Nacional Indígena de Colombia
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
IGWIA	Grupo de Trabajo Internacional sobre Asuntos Indígenas
CECOIN	Centro de Apoyo al Indígena
NNA	Niños, niñas y adolescentes

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA CONDUCTA SUICIDA EN POBLACIÓN INDÍGENA COLOMBIANA

En el marco de las acciones establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, “Prosperidad para todos”, y en desarrollo de las normas que señala La Ley 1438 de 2011¹, a la Atención Primaria en Salud², así como del marco del acuerdo entre la OPS/OMS y el Ministerio de Salud³ y, en especial, los avances de la Sub Comisión Nacional de Salud, resultante de los acuerdos generales entre el Gobierno de Colombia y la Mesa Nacional de Concertación con Pueblos Indígenas, de la que hacen parte las principales organizaciones indígenas del país, el presente documento parte de la consideración de que para alcanzar las metas de una salud pertinente, de calidad, eficiente y oportuna, se debe involucrar a auxiliares de salud indígenas, sabedores tradicionales, con lineamientos para el manejo con las comunidades dispersas, así como los del Plan Decenal de Salud, que proponen una mirada diferencial en relación con el género, la discapacidad y la etnicidad⁴.

Este borrador de avance de la información disponible sobre el tema, se realiza como un aporte preliminar en la fase exploratoria y de alistamiento sobre la cuestión de la conducta suicida entre la población indígena del país.

La información recogida se ha organizado de la siguiente manera:

1. Estudios disponibles sobre suicidio en pueblos indígenas
 - a. Internacionales
 - b. Nacionales

¹ Por medio del cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, 19 de enero de 2011.

² El artículo 12 de la citada ley estableció adoptar la estrategia de APS constituida por tres componentes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación comunitaria.

³ En el marco del convenio 485/10 con la OPS/OMS se viene desarrollando el Plan Nacional de Atención a la conducta suicida.

⁴ Artículo 3º: “3.6 ENFOQUE DIFERENCIAL. El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación”.

2. Información disponible sobre casos de suicidio en pueblos indígenas en Colombia
 - a. Medios de comunicación
 - b. Instituciones estatales
 - c. Organizaciones no gubernamentales y organizaciones indígenas
3. Análisis de causas del suicidio indígena
 - a. Desde la perspectiva de instituciones de Salud
 - b. Desde la perspectiva de la academia
 - c. Desde la perspectiva indígena
4. Propuestas de intervención frente al suicidio indígena
 - a. Desde las instituciones de salud
 - b. Desde la academia
 - c. Desde las organizaciones y comunidades indígenas

Introducción

El suicidio es un fenómeno creciente en diversos lugares del mundo, y afecta, en especial, a personas entre los 15 y los 44 años. Según estudios recientes de la Organización Mundial de la Salud (2011), "El suicidio es un problema grave de salud pública que pocas personas consideran un problema, prefieren no mencionar y hacen un verdadero esfuerzo por ocultar", y que ya en su "Informe Mundial sobre Violencia y Salud" (2002) encontraba que había más muertes por suicidios que por terrorismo, guerras y homicidios combinados a nivel global.

Un estudio de Erminia Colucci y Martin Graham, en 2007 denominado "Aspectos etno-culturales del suicidio en personas jóvenes. Revisión sistemática de literatura", dedica la segunda parte del mismo al estudio de los "factores de riesgo, los agentes detonantes y las actitudes hacia el suicidio", buscando responder a las expresiones de diferentes académicos/as que lamentan la ausencia de investigación sobre las diferencias etno-culturales en las conductas suicidas juveniles y la necesidad de más estudios comparativos, "necesarios para desarrollar estrategias de intervención y prevención culturalmente sensibles".

Para ello, los autores revisaron 82 publicaciones sobre suicidio juvenil, de diferente tipo, que habían incluido la pertenencia étnica o cultural de la población estudiada, y mientras que en la primera parte del estudio habían explorado las tasas y métodos del suicidio juvenil, en esta segunda parte se concentraron en los factores de riesgo y aquellos que disparan el suicidio, así como las actitudes hacia este problema en personas jóvenes desde una perspectiva multicultural.

Según un informe de la OMS, realizado en 2011, existe un serio problema de sub-registro de casos de suicidio, porque se suele ocultar el fenómeno para evitar la estigmatización de la persona que ha acabado con su propia vida, la de su familia,

por conveniencia social, razones políticas, o porque la persona que comete el suicidio lo hace aparecer como un accidente. Adicionalmente, desde 2002, la OMS identificó que el grupo poblacional con mayor riesgo a nivel mundial son los pueblos indígenas.

En este mismo informe, se señala que dicho riesgo, ubicado dentro de los factores culturales y sociodemográficos obedece a que,

“...a menudo experimentan no sólo dificultades emocionales y lingüísticas, sino también falta de redes sociales. En muchos casos estos factores se combinan con el impacto psicológico de la tortura, heridas de guerra y aislamiento.(...) El crecimiento individual de cada joven se entrelaza con la tradición cultural colectiva; los niños y los jóvenes que carecen de raíces culturales tienen marcados problemas de identidad y carecen de un modelo para la resolución de conflictos. En algunas situaciones de estrés pueden recurrir a comportamientos autodestructivos tales como el intento de suicidio o el suicidio. Hay un riesgo más alto de comportamiento suicida entre los pueblos indígenas que entre los no indígenas”. (OMS, 2001: 3)

Aunque en América Latina la tasa de suicidio más alto se ubica en Cuba y Uruguay (con 23 y 12.8 muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes), dentro de la región se observan preocupantes niveles de suicidio entre personas pertenecientes a pueblos indígenas, y dentro de ellas, de adolescentes y jóvenes, en especial varones.

De acuerdo con un estudio de UNICEF y la ONG IGWIA (2012), en pueblos indígenas de tres países latinoamericanos (Brasil, Colombia y Perú), las causas del suicidio adolescente obedecen, entre otras razones a: “*La continua discriminación a indígenas, los cambios drásticos en su entorno, la violación sistemática de sus derechos y la impotencia frente a las decisiones que afectan su desarrollo, [que] originan situaciones con traumáticas consecuencias individuales y colectivas*”.

En términos de la proporción de la población indígena, por lo general numéricamente minoritaria respecto del resto de la población, el suicidio se convierte en un factor que pone en riesgo la pervivencia de la propia etnia afectada que, de acuerdo con el informe de IGWIA y UNICEF, afectan, por ejemplo, a pueblos como el guaraní de Brasil, cuya tasa de suicidio infantil y juvenil “alcanzan cifras 30 veces superior a la media nacional”.

En Colombia, la situación de suicidio infantil y juvenil indígena se ha intensificado en zonas afectadas por el conflicto armado interno, el narcotráfico y los cultivos de uso ilícito o por la inter-dependencia de otros factores.

Dentro de los casos más reconocidos en el país figuran los de la etnia Embera (Dovidá, Katío y Chamí), en los departamentos de Chocó y Antioquia, como los recoge el informe de UNICEF e IGWIA. Sin embargo, se conocen casos aparentemente aislados en otros pueblos indígenas, que requieren un abordaje integral.

1. Estudios disponibles sobre suicidio en pueblos indígenas

La cuestión del suicidio, considerado como problema de salud pública para los organismos de salud, se puede considerar como uno de los aspectos centrales de los análisis de morbi-mortalidad de la población en las pesquisas epidemiológicas.⁵

Como aseveran diversos autores de Norteamérica y otras latitudes, hay cada vez más coincidencia en reconocer que el suicidio es un evento complejo, con dimensiones múltiples (Leenaars, 1996, Shneidman, 1985, OMS, 2002), con raíces biológicas y factores psicológicos implicados en él, tales como *“el dolor, la constricción mental, la frustración de necesidades, entre otras. Pero el suicidio no es simplemente un evento biológico y/o simplemente psicológico, sino que es también un evento con factores socio-culturales”* (Leenaars, 2007: 482). Las variables de edad, condición socioeconómica, lugar de residencia, y otros factores demográficos influyen igualmente al momento de analizar las condiciones de vida y la salud de los pueblos indígenas, como señalan investigaciones realizadas en distintos lugares del mundo.

En el caso particular de los pueblos indígenas, sin embargo, los problemas de morbi-mortalidad en general deberían ser objeto de una atención diferenciada, permanente y con base en un sistema integral, desde un diálogo intercultural, que tome en cuenta la diferencia cultural, y en consecuencia, diseñe enfoques y metodologías acordes con la historia, las necesidades, la cosmovisión y las trayectorias del fenómeno del suicidio en el seno de cada pueblo diferenciado, como condiciones necesarias para abordar las distintas situaciones que cada pueblo indígena vive en su interior.

Metodológicamente, muchos estudios se basan en datos demográficos y epidemiológicos, trabajo clínico, pero también psicoanálisis, estudios de caso a través de entrevistas, biografías y etnografía. Para el caso de América Latina, empero, se ha empleado una visión más amplia de salud mental, para incluir perspectivas psicosociales, en la medida en que existen conductas y situaciones que no se clasifican propiamente como enfermedades mentales, sí configuran un contexto específico en el cual se registran situaciones que pueden incitar al suicidio:

“...Las investigaciones (...) alrededor de problemas psicosociales, incluyendo en ellos los problemas del comportamiento, la percepción de malestar, la discriminación y otros fenómenos ligados con las condiciones de desigualdad económica; ante la dificultad para definir y clasificar los innumerables problemas que pueden ser

⁵ La definición de epidemiología la ubican autores como Leenaars et.al. (2007), en Durkheim (1897) y Satcher (1998), como “el estudio de la incidencia, distribución y determinantes de enfermedad o de un evento, como el suicidio”. (Leenaars et.al, 2007: 482)

estudiados en este campo, se optó por resaltar aquellos problemas que no figuran como una entidad nosológica en el DSM-IV, pero que captan un grupo grande de publicaciones donde se muestra la magnitud, causalidad e intervención en este tema...[tales como] temas de violencia (...) destacándose algunos donde se [encontró un] mayor número de investigaciones: Suicidio, Abuso sexual y trauma por accidente. ”. (Universidad de Antioquia-OIA, 2006: 65).

Aunque el informe de la Universidad de Antioquia y la OIA (2006) solamente registra una publicación sobre la cuestión del suicidio (ligada, además a homicidios y accidentes), cuando analiza en detalle el tema del suicidio desde la perspectiva de investigaciones desarrolladas, este estudio reconoce que el suicidio,

Es el tema con mayor número de investigaciones en el grupo de los problemas psicosociales. Este tipo de conducta violenta contra sí mismo ha sido investigada principalmente en los casos de suicidio consumado; un 28% aproximadamente se refieren al intento de suicidio y otros referentes previos al hecho en sí. (...) Estas investigaciones se realizaron principalmente en la primera mitad del decenio de estudio (70% de ellas). (...) Un 13% en este grupo se realizaron en Canadá, dato importante si se tiene en cuenta que este país realiza el 5,5% de todas las investigaciones recopiladas; el 63% se realizaron en los Estados Unidos. (...). Aunque la mayoría de los grupos estudiados son Indígenas Americanos (de Estados Unidos) se encontró un 13% de investigaciones sobre esquimales. (...) (U de A-OIA, 2006: 67).

En términos del tipo de investigaciones reseñadas en el estudio anteriormente citado, los investigadores proporcionan unas tablas (36, 37, 38 y 39) que dan cuenta de diversas variables sobre las publicaciones efectuadas sobre el tema del suicidio, especialmente en Norteamérica:

Tabla 1

Número de publicaciones sobre suicidio reportadas

Tipología	Cantidad	%
Conductas suicidas	3	6,5
Intento de suicidio	7	15,2
Intento de suicidio o ideación suicida	3	6,5
Mortalidad por lesión	1	2,2
Riesgo por suicidio	1	2,2
Suicidio	27	58,7
Suicidio-Abuso sexual	1	2,2

Suicidio- intervención efectiva curricular de prevención	1	2,2
Suicidio y homicidio	2	4,3
Total	46	100

Fuente: *Estado del Arte del Conocimiento sobre la salud de los Pueblos Indígenas de América.*

Salud Mental de los Pueblos Indígenas, U de A-OIA, 2006: 68

En lo relacionado con los años de publicación de las investigaciones reseñadas por el estudio de la Universidad de Antioquia y la OIA, estos cubren el período 1995-2004, siendo 1999 el que representa el año con mayor porcentaje de publicaciones (17,4%):

Tabla 2

Número y porcentaje de publicaciones sobre suicidio reseñadas por año

Año	Número	%
1995	5	10,9
1996	7	15,2
1997	6	13,0
1998	7	15,2
1999	8	17,4
2000	3	6,5
2001	4	8,7
2002	1	2,2
2003	2	4,5
2004	3	6,5
Total	46	100

Fuente: *Estado del Arte del Conocimiento sobre la salud de los Pueblos Indígenas de América.*

Salud Mental de los Pueblos Indígenas, U de A-OIA, 2006: 68

De igual manera, el estudio citado hace una relación de los países incluidos en investigaciones sobre suicidio en el período indicado arriba:

Tabla 3

Número y porcentaje de países donde se han realizado investigaciones sobre suicidio

País	Número	%
Brasil	2	4,3
Canadá	6	13,0
Estados Unidos	29	63,0
Estados Unidos y Australia	1	2,2
Inglaterra	1	2,2
Sin dato	7	5,2
Total	46	100

Fuente: *Estado del Arte del Conocimiento sobre la salud de los Pueblos Indígenas de América.*

Salud Mental de los Pueblos Indígenas, U de A-OIA, 2006: 68

Finalmente, se enumeran los grupos étnicos indígenas sobre quienes se ha hecho investigación relacionada con el suicidio, como quedó dicho, en Norteamérica, aunque se anota que habría problemas en esta clasificación, en la medida en que la denominación “nativos americanos” podría aplicarse a otros pueblos igualmente mencionados en la misma tabla:

Tabla 4

Número y porcentaje de investigaciones sobre suicidio según etnia

Grupo étnico	Cantidad	%
Aborígenes canadienses	2	4,3
Aborígenes canadienses de Columbia Británica	1	2,2
Aborígenes canadienses y no aborígenes	1	2,2
Inuit (Esquimales)	6	13,0
Pueblos indígenas de las Grandes Planicies	1	2,2
Indígenas de Trinidad del Sur	1	2,2
Nativos americanos	16	34,8
Nativos americanos y mezcla nativos mexicanos	1	2,2

Nativos americanos: Navajo, Pueblo y Apache	1	2,2
Nativos americanos y nativos de Alaska	3	4,3
Nativos americanos, nativos de Alaska y aborígenes de Canadá	1	2,2
Nativos americanos e indígenas de Australia	1	2,2
Nativos de Alaska	2	4,3
Tikuna	1	2,2
Tikuna, Yanomami, Guaraní y otros indígenas de Brasil	1	2,2
Suni	1	2,2
Tribus del Suroeste de Estados Unidos	1	2,2
Sin datos	5	10,9
Total	46	100

Fuente: *Estado del Arte del Conocimiento sobre la salud de los Pueblos Indígenas de América.*

Salud Mental de los Pueblos Indígenas, U de A-OIA, 2006: 68-69

Aquí, se separan las perspectivas analíticas del problema desde la academia y las organizaciones de pueblos indígenas, en la medida en que cada uno de ellos tendrá una interpretación distinta a las causas y los impactos en la población afectada, respecto de un aspecto por ambos reconocido: los profundos cambios culturales del desarrollo – capitalista – en sus vidas, desde una perspectiva de los contextos particulares e históricos en que habitan estas comunidades.

En esa línea, encontramos aproximaciones a la cuestión del suicidio en publicaciones internacionales y nacionales, que pueden servir de referente para la socialización de información al respecto y elucidar, posteriormente, mecanismos para definir prioridades y acciones para detectar, prevenir y atender la cuestión de la muerte auto-infligida en pueblos indígenas.

a) Internacionales

La gran mayoría de la información disponible sobre suicidio en pueblos indígenas está en inglés, francés y portugués, y se refiere a situaciones de suicidio aborigen en Australia, Brasil, Canadá, Estados Unidos y Nueva Zelanda.

Dichos estudios provienen de diversas disciplinas, particularmente de la antropología, la psicología y la psiquiatría. Y, en específico, se refieren a la antropología médica, la psicología y el psicoanálisis y la etno-psiquiatría, introducida en la literatura por el etnógrafo y psicoanalista francés-americano George Devereux, quien escribió los primeros textos sobre un pueblo indígena de los Estados Unidos, el Mohave, en alusión explícita al suicidio, en 1961.

A partir de allí, con un claro posicionamiento dentro de las perspectivas científicas occidentales, se desarrollarán numerosos trabajos dentro del campo de la medicina, en los que se introducirá un sub-campo de estudio: la *psiquiatría transcultural*. Este campo estudia con mayor detalle la influencia de factores socio-culturales en los trastornos psiquiátricos, como puede leerse en el artículo en español de Jilek (2008), en el que se enfoca en,

“...datos de investigaciones comparativas y observaciones clínicas, con el propósito de definir los efectos patoplásticos de factores socioculturales los cuales determinan la forma y el pronóstico de las psicosis mayores y los efectos patogénicos del acelerado cambio cultural inducido por la occidentalización de pequeñas sociedades no-occidentales. Además se presenta una perspectiva nueva de los llamados *culture-bound síndromes*, con ejemplos pertinentes...”.

A lo largo de los últimos años, se han producido revisiones de la actuación de profesionales de la salud, en coordinación con antropólogos médicos, culturales y etnógrafos, para analizar los impactos de las actuaciones realizadas con pueblos indígenas, como el valioso informe (en inglés) de Leenaars et. al, de 2006, que hace en el “primer estudio de esta naturaleza”, una revisión de la literatura existente en diversos lugares del mundo, con base en la pregunta: “¿Qué nos dice el conocimiento y la investigación internacional sobre el suicidio indígena?”, para concluir que, evidentemente,

“...los pueblos indígenas en diversos lugares del mundo tienen el mayor riesgo de suicidio respecto de cualquier otra cultura (o grupo étnico) identificado. Es una epidemia juvenil”, frente a la cual, la OMS ha hecho un llamado para actuar. Para estos/as autores/as, “dichos estudios internacionales muestran que el suicidio tiene determinaciones múltiples en los pueblos indígenas, por lo que las respuestas simples (o su solución) son artificiales. El colonialismo y las dificultades que enfrentan desde entonces [los pueblos indígenas] se citan como un factor común en el mundo. Y se concluye que se requieren mayores esfuerzos internacionales de cooperación para no solo comprender, sino prever y controlar la epidemia” (Leenaars et.al., 2007: 480).

Las perspectivas desde visiones culturales diversas (“Cross-cultural”, en inglés), son un asunto trabajando cada vez más por la academia del Norte Global (como el estudio de David Lester, 2006), aunque no desde posiciones de lo que en regiones como América Latina se conoce como la “interculturalidad”. En la misma línea, reseñamos el artículo de Oliveira et.al. (en portugués), que –para analizar la situación del suicidio entre pueblos indígenas del Brasil – realiza una panorámica de la cuestión en diversos países del mundo, para adentrarse, como veremos enseguida, en el estudio detallado de casos de intento de suicidio y suicidio entre indígenas de la amazonía brasileña, así como la región del Chaco, limítrofe con Paraguay y Argentina.

Canadá:

Dentro de los desarrollos teóricos más importantes de investigación aplicada, desde la psicología, a indígenas canadienses, se destacan dos profesores de las Universidades de Victoria y British Columbia (Canadá): Chris Lalonde y Michael Chandler, quienes han desarrollado un trabajo desde mediados de la década de 1990 con Aborígenes⁶ de la provincia de British Columbia, desde un marco referencial basado en las teorías de Dilthey, Piaget y Geertz, entre otros.

El fundamento de sus estudios se ubica desde el inicio de la observación por las autoridades canadienses de las tasas de suicidio indígena a partir de 1987, cuando se inició un trabajo de vigilancia a este problema en 196 pueblos indígenas de Canadá (Lalonde, 2010), demostrando que la tasa de suicidios entre niñas, niños y adolescentes (NNA) indígenas era superior a la de la misma población no-indígena, que –según los cálculos de Lalonde y Chandler, tenían un peso de 5 a 20 veces más en indígenas respecto del resto de la población infantil.

A pesar de lo anterior, Leenaars et.al. citando a Abbey, Hood, Young y Malolmson, ubica las tasas de suicidio como extremadamente altas, en realidad, comparadas con otras regiones del mundo, no lo son; en efecto, esos autores mencionan tasas de 59,5 a 74,3 por 100.000 habitantes, que, en todo casi, sí son altos respecto de una tasa de 13,5 por 100.000 habitantes para la población canadiense en general. (Leenaars et.al., 2007:482)

Por otra parte, desde un enfoque relativo a los mecanismos por medio de los cuales se construyen a nivel psicológico jóvenes indígenas y no indígenas de esa región del mundo, los estudios de Lalonde y Chandler indagan por las relaciones entre las partes y el todo en la configuración de lo que denominan “persistencia personal” y “auto-continuidad” en las vidas de NNA indígenas, respecto de las transformaciones personales en la totalidad de su ser que “el tiempo y el desarrollo inevitablemente mantienen”, como cuestiones relacionadas con los intentos suicidas. Pero los autores reconocen que los eventos suicidas son más bien raros, en general, y que su impacto varía según el tamaño de la comunidad o pueblo concernido, proponiendo así que los estudios se realicen con poblaciones más grandes y por períodos de tiempo mayores. De ese modo, establecen que, en el período 1987-2000 se registra solamente una pequeña tasa de suicidios en algunas comunidades, mientras que en otras el evento suicida es totalmente inexistente.

Pero si bien sus indagaciones comenzaron con la investigación sobre el suicidio, en contraste con las teorías de la formación de la identidad, los mismos condujeron (a Lalonde, 2010, en particular) a retomar críticamente los conceptos de *resiliencia*, para valorar los aspectos positivos de dicho constructo respecto de las capacidades

⁶ Los autores señalados diferencian entre “aborígenes” en minúscula, para significar pueblos indígenas, en general, y “Aborígenes” con mayúscula, que es el término usado en Canadá para representar a los tres grupos indígenas más importantes de ese país: los Inuit (llamados comúnmente “esquimales” por Occidente), los de las Primeras Naciones (First Nations), y los Métis, que son indígenas con grados de mestizaje con europeos colonizadores, en especial franceses.

de los individuos para sobreponerse a la adversidad. Pero, justamente en sus trabajos de más de dos décadas, ellos han podido llegar a la conclusión de reconocer que esta resiliencia tiene un carácter colectivo, no individual, cuando se trata de pueblos indígenas, por lo que introducen la noción de *resiliencia cultural*, vista desde una perspectiva de *continuidad cultural*, para resistir a las presiones derivadas de la “colonización o la conquista”, frente a las cuales se esperaría que tanto las personas como los colectivos “sigan siendo los mismos”. Así lo rescata Chandler (2012) cuando señala que: “*La continuidad individual y la cultural están estrechamente unidas, tal como en las Primeras Naciones que han logrado éxitos al dar pasos para preservar su herencia cultural y trabajar para controlar sus propios destinos, algo que es tremendamente más exitoso que aislar a sus jóvenes frente al riesgo de suicidio*”.

Estados Unidos:

En un país con altas tasas de suicidio, como veremos más adelante, su relación con pueblos indígenas no ha sido suficientemente investigada.

Como señalan Leenaars et.al. (2007), los primeros estudios antropológicos, como aquellos liderados por el reconocido investigador de la primera parte del siglo XX, Frantz Boas (1964), dieron cuenta de episodios suicidas dentro de los aborígenes americanos en la región ártica de Norteamérica, pero que exageraron las condiciones bajo las cuales dichos suicidios acontecían, según estos autores, porque el fenómeno era más escaso que en la actualidad. (Leenaars et.al., 2007: 480). Estos mismos autores reconocen la importancia de la pregunta por la definición de “pueblos indígenas” planteada por el estudio de David Lester, de 2006 (“El suicidio entre pueblos indígenas: una perspectiva transcultural”, que, sin embargo, deja insatisfechos a Leenaars et. al., porque enumera “pueblos indígenas de África y otras regiones del mundo que no son considerados como tales” (Leenaars et.al., 2007: 486).

El análisis de Wissow, Lawrence; Walkup, John; Barlow, Allison; Reid, Raymond; Kane, Scott (2001), sobre la situación de suicidio entre los indígenas nativos americanos buscó indagar por casos emergentes y tendencias generales del tema. En la misma línea, pero usando análisis de narrativas de NNA y sus comunidades, Lisa Wexler, Ryan Hill, Elizabeth Bertone-Johnson y Andrea Fenaught (2008), en su estudio sobre “Relatos de conductas suicidas fatales y no fatales en Alaska” en el período de 1990 a 2001, concluyen que,

“Los factores correlacionados con la conducta suicida en una región predominantemente indígena (nativa) de Alaska se describe, distinguiendo las conductas fatales de las no fatales (...) con datos agregados y comparados con los del Censo nacional de Estados Unidos de 2000, mediante contraste con chi-cuadrado. Se empleó la regresión logística multivariable para identificar predictores de conductas suicidas [hallando que] las conductas suicidas eran mucho más comunes entre nativos de Alaska solteros y desempleados, que no habían terminado

el bachillerato. En el análisis de variables múltiples, [se combinaron] el género masculino, la edad (≥ 25 años), el uso de armas y una historia de abuso de sustancias, como asociadas con la muerte suicida”.

Un estudio reciente (2010), adelantado por Rockett, IR et. al., señala que en ese país, con una cantidad de 30.000 suicidios anuales, el suicidio es un problema complejo por el subregistro, pero que, en términos de grupos étnicos que habitan el territorio de los Estados Unidos, “a pesar de las persistentes desigualdades socioeconómicas y en salud”, las personas de los grupos “Negros no-hispanos e hispanos” registran tasas de suicidio menores en un 50% a las de los blancos no hispanos.

Sin embargo, respecto de pueblos indígenas, el estudio de Goldston et. al. (2008) indica que si bien las tasas de conducta suicida difiere entre los grupos étnicos de ese país, en particular entre las personas jóvenes, “el contexto dentro del cual dicha conducta ocurre (esto es, distintos precipitadores, factores de vulnerabilidad y de protección y reacciones a las conductas suicidas), así como los patrones de búsqueda de ayuda”, son también distintos. En esa línea, los autores discuten comparativamente los contextos culturales de conductas suicidas entre afro-americanos, nativos americanos e indígenas de Alaska, en contraste con personas asiático-americanas e isleños del Pacífico, junto con adolescentes latinoamericanos (Latino/a), respecto de las implicaciones de sus contextos para la prevención y el tratamiento del suicidio.

“Se discuten varios temas transversales, incluyendo el estrés de la aculturación y los factores protectores dentro de cada una de las culturas; los roles de la religión y la espiritualidad y de la familia en intervenciones culturalmente sensibles; las diferentes manifestaciones e interpretaciones del malestar en cada cultura, y el impacto del estigma y la desconfianza cultural en la búsqueda de ayuda. Se discuten las necesidades de intervenciones culturalmente pertinentes y basadas en la comunidad, junto con las oportunidades futuras de investigar en el desarrollo y evaluación de la intervención”.

Varios estudios adicionales están reseñados en el libro de Leenaars et. al. (2006), como los realizados por Kevin Yoder, de la Universidad de Texas, Les Whitback y Dan Hoyt, de la Universidad de Nebraska, en Lincoln; y Teresa La Fromboise, de la Universidad de Stanford, en 2006, relativos a las “Ideas suicidas entre jóvenes indígenas norteamericanos”, que es un estudio a profundidad del “dolor diverso y a veces enterrado de un grupo de jóvenes indígenas, en la región del Alto Medio-Oeste de los Estados Unidos [en que] muestran de nuevo la alta incidencia, no sólo del suicidio de jóvenes, sino la conducta suicida, tal como las ideas suicidas, incluso entre las y los más pequeños [donde] las mujeres eran dos veces más proclives que los hombres a tener ideas suicidas”. (Leenaars, et. al, 2007: 492-493).

Gran Bretaña:

Esta perspectiva cultural de las aproximaciones al problema del suicidio, en estudios comparativos, tiene también un espacio en el trabajo que, desde la Gran Bretaña, adelantaron Bhui, Dino y McKenzie (2012), que investiga la influencia de la pertenencia étnica en el suicidio, con relación a los indicadores de riesgo, incluyendo síntomas psiquiátricos entre pacientes que se suicidan a pesar de haber sido admitidos en hospitales psiquiátricos. El estudio mide las tasas y proporción de mortalidad estandarizada (SMR) de pacientes internados entre 1996 y 2001, a partir del cálculo de tasas nacionales de suicidio para los cuatro grupos étnicos más grandes en Inglaterra y Gales: los negros afro-caribeños, los africanos blancos, los sudasiáticos (de Pakistán, India y Bangladesh), en contraste con blancos británicos. Las conclusiones del estudio apuntan a que los indicadores de riesgo mayor para suicidio aparece con más fuerza a partir de ideas suicidas, síntomas depresivos, malestar emocional y desesperanza entre la población blanca-británica, a diferencia de los demás grupos, pero quienes cometen suicidio finalmente en mayor proporción son los varones negros africanos, respecto del grupo de control.

Australia:

Por su parte, un estudio desarrollado en poblaciones aborígenes de los denominados “Territorios del Norte” en Australia, elaborado por Leonore Hanssens (2007), se centra en el análisis epidemiológico de las tasas de morbi-mortalidad y dentro de ellas, las de mortalidad indígena debido a suicidios en tres comunidades insulares, la de las Islas Tiwi (con ocho agrupaciones de eventos en 11 años), las de las Islas Tanami y las de Arnhem Oriental (con dos o más agrupaciones de eventos en un período de 18 meses), señalando que las cifras de suicidio en estas poblaciones son muy altas: 261,6 , en la primera; 132,6 en la segunda, y 66,9 en la tercera, por 100.000 habitantes respectivamente. En su análisis, la autora establece los lugares donde ocurrieron las muertes auto-infligidas, señalando que el 65% tuvieron lugar en el hogar o cerca de éste, el 22% en el bosque o en campamentos cercanos a terrenos comunitarios, y el 13% en edificaciones de instituciones del centro poblado o de la propia comunidad indígena.

La autora centra gran parte de su estudio en analizar los impactos de las muertes dentro de las culturas indígenas; en este caso particular de Australia, significa que, según las tradiciones, todo el núcleo familiar afectado debe trasladarse de lugar de residencia, con unas consecuencias negativas para su propia cohesión y sobrevivencia cultural. Así, Hanssens indica que:

“Algunas comunidades aparecen como ‘puntos neurálgicos’ de suicidio y luego se recuperan antes de otra seguidilla de suicidios; otras, experimentan ‘episodios de repetición’ [eco] y parecieran seguir en el tema y se convierten en ‘comunidades en riesgo’. La forma como se concentre la atención de la cultura indígena respecto de cualquier muerte significa la necesaria reubicación del hogar después de la muerte de un ser querido en la casa (...) El impacto de la reubicación y la mudanza después del suicidio tiene múltiples implicaciones para las familias indígenas y puede ser otro

factor de efecto contagioso de suicidio de un grupo familiar a otro y de una comunidad a otra. Las co-morbilidades en el momento de la muerte ofrecen mayores evidencias de un panorama complejo de suicidio y otras muertes súbitas por uso de sustancias co-mórbidas, así como condiciones de salud mental, como las formas más prevalentes”.

En 2009, Terri Farrelly y Karen Francis emplearon técnicas cualitativas para indagar por las “Definiciones de suicidio y daño auto-infligido en una comunidad aborigen australiana”, a partir de 21 entrevistas y grupos focales, con un total de 26 participantes, para investigar la comprensión y las actitudes hacia estos dos problemas por parte de grupos indígenas de la región costera de Nueva Gales del Sur. Las conclusiones de este estudio indican que:

“Hallamos que los factores culturales específicos de estas comunidades influyen la forma en que dicha conducta se define en el contexto aborigen. Fue evidente la continuidad de ciertas formas “tradicionales” de conductas de daño auto-infligido en las definiciones dadas por las personas participantes, en especial la práctica de las mujeres de cortarse el cabello, también descrita como ritual de duelo, que pareciera servir como marcador tanto de lo individual y lo otro”.

Reflexionando sobre las tendencias y métodos del suicidio indígena, en el período 1994-2007, los investigadores De Leo, Sveticic y Milner (2011) desarrollan un estudio con el objetivo de dilucidar las dimensiones y principales características de este problema en Australia, que, siendo un asunto de salud pública, seguía siendo incierto debido a la escasez de investigaciones epidemiológicas en esta área. Por ello, el documento presenta las tendencias y modo de muerte por suicidio según el Registro de Suicidio de Queensland.

Metodológicamente, desarrollan proyecciones de tendencias con base en tasas de suicidio según edad, calculadas para indígenas y no-indígenas; y para los métodos de suicidio, se compararon dos grupos, con un énfasis en el ahorcamiento. Se empleó un análisis de discriminación para afirmar el tamaño de las tasas de suicidio subestimadas debido a un número considerable de casos en donde no estaba explicada la pertenencia étnica en el citado registro.

Así, los resultados indicaron que en el período de estudio, los pueblos indígenas tuvieron una tasa de suicidio 2,2 veces más alta que personas australianas no-indígenas. El grupo de edad donde se registraron tasas más altas de suicidio para hombres indígenas fue el de 25-34 años, mientras que en las mujeres lo fue de 15-24 años. En niñas y niños menores de 15 años, la tasa de suicidio fue casi diez veces más alta que de sus contrapartes no-indígenas. Más del 90 por ciento de los suicidios indígenas ocurrieron por ahorcamiento.

Se estima que la ausencia de información sobre la pertenencia étnica de un 7% de los casos de suicidio podrían haber causado un subregistro de mortalidad por suicidio indígena para un 15,4% en varones y 9,1% en mujeres. En conclusión, este estudio mantiene que la mortalidad por suicidio en las personas indígenas

australianas “*ha alcanzado niveles alarmantes, en especial entre la juventud. El perfil singular del suicidio indígena indica la necesidad de programas preventivos específicamente diseñados*”.

Preocupados por analizar la información arrojada por la investigación anterior, los mismos autores desarrollan otro artículo en 2012, en donde al comparar el suicidio indígena y el no-indígena en Australia, el estudio se enfocó en la frecuencia de la asociación entre condiciones psiquiátricas, tales como la depresión y la dependencia del alcohol, y ciertos aspectos del suicidio, en particular la comunicación de intentos suicidas. Se implementó para ello la regresión logística para analizar casos de 471 indígenas respecto de 6.655 suicidios no indígenas, usando la misma fuente de datos antes citada.

El resultado del análisis indicó que comparados con los suicidios no-indígenas, los casos indígenas tuvieron menos posibilidades de diagnosticarse con depresión unipolar, búsqueda de tratamiento para condiciones psiquiátricas o dejar una nota suicida. Al contrario, dichos suicidios tenían muchas posibilidades de comunicar verbalmente el intento y tener una historia de adicción al alcohol o sustancias psicoactivas. La magnitud de estas diferencias es muy notoria, disminuyendo por consiguiente la necesidad de esfuerzos de prevención del suicidio con sensibilidad de etnia.

Nueva Zelanda:

Un estudio publicado en 2011, y encargado por la Organización Nacional de Salud Indígena⁷ utilizó herramientas estadísticas de epidemiología, para medir desde 2001 a 2011 la prevalencia de suicidios entre los indígenas de la etnia Maorí, y se contrastó con una encuesta de 2001 a NNA entre los 12 y los 18 años de edad, que cubrió una población de más de 1.700 personas participantes. Su objetivo era describir los factores de riesgo y los de protección para personas que habían intentado suicidarse y otras que no lo habían hecho, con el propósito de explorar si los vínculos familiares contribuían o no a moderar los “síntomas depresivos” y dicho riesgo.

El estudio empleó las técnicas de regresión logística y modelo de múltiples variables para ese fin. Los factores de riesgo observados a partir de la regresión logística hasta los intentos suicidas fueron: - síntomas depresivos; - tener un amigo o amiga cercana o un miembro de la familia que se hubiera suicidado; - estar entre los 12 y los 15 años de edad; - tener síntomas de ansiedad; - haber sido testigo(a) de golpes de un adulto a otro o a un niño o niña en el hogar, y – estar incómodo/a en un entorno social europeo- neozelandés. La investigación concluye que,

“Los vínculos familiares se asociaron con menores intentos de suicidio (0,9, p =0,0002), pero este factor no moderó la relación entre los síntomas depresivos y el

⁷ National Aboriginal Health Organization (NAHO), por su nombre en inglés.

intento de suicidio ($\chi^2 = 2.84$, $df = 1$, $p = 0.09$). Pero los vínculos familiares sí actúan como mecanismo compensatorio para reducir el riesgo de intentos de suicidio en estudiantes Maoríes con síntomas depresivos, antes que como variable moderadora”(Clark, T. et al., 2011).

Hay otros países con estudios sobre suicidio indígena mencionados en el libro de Leenaars et. al. (2006), tales como Dinamarca, Suecia y Groenlandia.

El estudio de “Estado del Arte del conocimiento sobre salud de los Pueblos Indígenas de América. Salud de los Pueblos Indígenas”, adelantado por un equipo interinstitucional de la Universidad de Antioquia y la Organización Indígena de Antioquia, OIA (2006), indica que en términos de número de publicaciones, el tema del suicidio ha sido cubierto extensamente en investigaciones psicosociales:

“Los problemas psicosociales se centran especialmente sobre la violencia en general (32) y en violencias particulares (suicidio, maltrato, abuso sexual). El tema del suicidio es ampliamente estudiado (46) especialmente lo que se refiere a la magnitud y la causalidad y sintomatología premonitoria (ideas suicidas, significado cultural y programas de intervención). El tema de la violencia doméstica engloba buena parte de las investigaciones en este campo y se enfoca a su descripción, causalidad, programas de atención y prevención y su relación con el fenómeno de la aculturación”. (Universidad de Antioquia y OIA, 2006: 14)

América Latina

Para la región latinoamericana, la mayoría de estudios se concentran hasta la fecha en Brasil, pero también se hallan escritos sobre la situación en Paraguay, Perú, Argentina y Colombia, con algunos más de carácter puntual en países como Trinidad y Tobago.

Con respecto a la **Argentina**, estudios antropológicos revelan prácticas y concepciones sobre la vida y la muerte entre habitantes aborígenes de la región limítrofe con Brasil y Paraguay, el Chaco. En particular, el estudio de Rodríguez (2006), señala los nexos entre la violencia, las prácticas tradicionales de protección y permanencia cultural a partir del chamanismo y los impactos de la introducción de proyectos de desarrollo capitalista en la población de la etnia wichi, que ha empleado el suicidio como forma de venganza y posesión de la decisión sobre la propia vida, ante la amenaza de explotación económica, política y cultural por el Estado argentino y multinacionales.

En **Brasil**, el estudio de Vocaro et. al, sobre la prevalencia de factores asociados con la depresión observados en estudios epidemiológicos sobre poblaciones y comunidades utilizando entrevistas CIDI (Composite International Diagnostic Interview).

Es, sin embargo, el estudio de Oliveira et. al. (2003), el que ofrece otras miradas específicas, ya no sobre la población en general, sino sobre pueblos indígenas. En efecto, dicho estudio discute la etiología del suicidio respecto de diversos factores

interrelacionados, poniendo en diálogo diversas disciplinas de las ciencias sociales y humanas, en la medida en que identifica factores sociológicos, socioeconómicos, políticos, religiosos, culturales, psicológicos y psicopatológicos, junto con los genéticos y biológicos para revisar estadísticas de casos de suicidio mundial, en particular aquellos que revisten mayor gravedad.

Con base en una revisión general de situaciones en otros lugares del mundo, el estudio se detiene a analizar los datos de indígenas brasileños, para concluir que el suicidio es una conducta prevalente en los pueblos: Guarani-Apapokuva, Urubu-Kaapor, Paresi y Yanomami. Asimismo, los Ticuna tienen una tasa de 28% de suicidios respecto de la mortalidad general entre 1994 y 1996. Los Caiowá presentan una tasa 40 veces mayor que la población brasileña no indígena. Entre los Sorosahá, el estudio halló una situación dramática, porque de una comunidad compuesta por 130 personas, su tasa de suicidio es de 1992 por cada 100.000 habitantes, demostrando con ello una emergencia en salud.

En seguimiento a este estudio, el exministro de salud de Brasil, Carlos Coloma, junto con Joan Hoffman y Alexander Crosby, del Centro de los Estados Unidos para la Prevención y Control de la Enfermedad produjeron un estudio sobre los Guarani Kaiowá y los Nandeva, del estado de Mato Grosso do Sul, en el que hallan los mismos síntomas y prácticas que en otros/as jóvenes indígenas, lo que les lleva a preguntarse ¿Por qué razón “el mundo está tan enfermo?”, en la medida en que “los hallazgos son los mismos: altas tasas de suicidio; es una epidemia de la juventud; los varones son especialmente vulnerables; las tasas para niñas y niños son altas; otras formas de violencia también; los métodos letales, tales como colgarse, son los preferidos”. (Leenaars et.al., 2007: 493).

Sonia Grubits, Heloisa Bruna Grubits Freire y José Ángel Vera Noriega desarrollaron otra investigación que actualiza la realidad de las comunidades guaraní y kaiowá en el mismo estado (Mato Grosso do Sul), en 2011. Basados en los datos más recientes de la Fundación Nacional de Salud, de 2008, los analistas buscaron explicar la situación de suicidios entre estos dos pueblos, que configuran el segundo mayor asentamiento indígena del país (66.963 indígenas, de los cuales 40.245 son de estas dos etnias estudiadas). En un lapso de ocho años (2000 a 2008), esta región ha presentado una cifra de 410 suicidios, una cifra que dejó por fuera los intentos de suicidio, sin embargo. La mayoría de dichos suicidios ocurrieron en varones, de los cuales el 65% fueron de personas entre los 15 y los 29 años de edad, la mayoría por ahorcamiento.

En 2012, se presenta un importante estudio (que valdría la pena estudiar a profundidad, por sus similitudes con el caso de la vecina región del departamento del Vaupés en Colombia), que indagó por las características y las altas tasas de suicidio en la población de San Gabriel de Cachoeira, en el estado de Amazonas, como municipio con la mayor cantidad de población indígena en todo el país, en un período de siete años (2000 a 2007).

Los investigadores, Maximiliano Loiola Ponte de Souza y Jesem Douglas Yamall Orellana, realizaron un estudio retrospectivo y descriptivo utilizando datos del sistema integral de salud del Brasil, considerando al suicidio dentro de la codificación como muertes o heridas auto-infligidas, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud relacionados, 10ª versión.

Dentro de sus resultados, se registraron 44 casos de suicidios en el período con un promedio de 16,5 por cada 100.000 habitantes (hombres 26,6 y mujeres 6,3), siendo los grupos más afectados por el suicidio las personas entre 15 y 24 años, así como entre 25 y 34 años de edad, con tasas de 43,1 y 30,2 por 100.000 respectivamente. El 97,7% de los suicidios reportados correspondían a pueblos indígenas, dentro de los cuales un 81,1% eran varones y personas solteras, 70,5%. La mayoría de los casos de suicidio tuvieron lugar en el hogar (86,4%), durante los fines de semana (59,1%) y el modo de muerte fue el ahorcamiento (97,7%).

Dentro de las conclusiones, los analistas argumentan que el suicidio es un problema social y de salud de importancia en este municipio, pero su perfil, según las observaciones hechas, es similar al observado en muchas comunidades indígenas que los encontrados en ambientes urbanos o no indígenas, demostrando la especificidad socio-cultural de estos eventos en Brasil.

En **Trinidad y Tobago**, se realizó un estudio por Neehall y Beharry, en 2004, que da cuenta de las características demográficas, étnicas y clínicas de 102 adolescentes que intentaron suicidarse en la ciudad de Puerto España, en un período de 10 meses, en el que la tasa estimada de intentos de suicidio adolescente se situaba, en este país multicultural, en 94 por 100.000 habitantes, en el hospital general, correspondientes a 90 por ciento mujeres jóvenes.

Basado en la preocupación relativa al incremento de suicidios entre NNA indígenas, el Comité de Derechos del Niño, como órgano encargado de la vigilancia de la Convención de Derechos del Niño incluyó el tema en el numeral 55 de la Observación General No. 11 de 2009 (“Los niños indígenas y sus derechos en virtud de la Convención, 50º período de sesiones, Ginebra, 12 al 30 de enero de 2009). El citado Comité encargó a UNICEF adelantar estudios específicos sobre la materia, y en consecuencia, con el concurso del Grupo de Trabajo Internacional sobre Asuntos Indígenas, IGWIA (por sus siglas en inglés) publicó en 2012 un estudio adelantado por tres equipos de investigación que abarcó la situación de los pueblos Guaraní (Brasil), Embera (Colombia) y Awajún (Perú).

Metodológicamente, este estudio reconoce las limitaciones estadísticas y de acceso a la información, pero resalta la participación de jóvenes indígenas dentro de los equipos de trabajo y el apoyo de estos en líderes locales para alcanzar un diálogo intercultural que permitiera entrevistas sobre este tema:

“Los escritos antropológicos existentes muestran que los intentos de suicidio son recurrentes en los pueblos Awajún, Guaraní y Embera. También diversos estudios

académicos así como informes de las oficinas locales de salud coinciden en señalar la frecuencia de los suicidios juveniles entre las poblaciones del estudio y su acentuación en los últimos años. Sin embargo, aún no se realizó, en ninguno de los tres países, una investigación más profunda sobre el caso y no existe información suficiente ni datos estadísticos confiables. En muchas ocasiones, las prohibiciones culturales al tratamiento abierto de ciertos sucesos constituyen una dificultad adicional para comprender una problemática que integra aspectos sociales, psicológicos y culturales complejos”. (UNICEF, 2012: 11)

Citando estudios de las Naciones Unidas, el estudio de UNICEF da cuenta de una alarmante cifra de suicidios de 500 casos consumados por cada 100.000 habitantes para el pueblo indígena Embera en Colombia, respecto de un 5,2 x 100.000 hab., para el resto del país. Por ello, el informe plantea que la gravedad de los suicidios en los tres países, desde los estudios preliminares de caso de los tres pueblos indígenas mencionados, requiere la intervención de los Estados para atender el problema:

“Los estados de ánimo que rodean las iniciativas autodestructivas de los jóvenes indígenas están vinculadas a condiciones sociales, medioambientales, económicas o psicológicas que tienen que ver con las secuelas sobre sus formas de vida de iniciativas y prioridades de Estado, generalmente asumidas con desconocimiento de los derechos humanos fundamentales de las personas y los pueblos indígenas. Tasas como las que se refieren en el presente informe, de darse a nivel nacional, pondrán a los países afectados en un estado de alerta inusual. No puede entonces el Estado desentenderse de una situación que afecta a sectores vulnerables de la población infantil bajo su resguardo”. (UNICEF, 2012: 21).

En el artículo “La extinción de etnias en América. Causas”, publicado por la Separata de la Revista Universidad de San Carlos (Nº35), de Guatemala, se hace una mínima referencia a la importancia de la naturaleza para los pueblos originarios y cómo sus integrantes sienten que, al morir la naturaleza, ocurre por consiguiente una muerte de todas las personas. El citado artículo no se refiere específicamente al suicidio, pero sí comenta la conexión de los indígenas con la tierra.

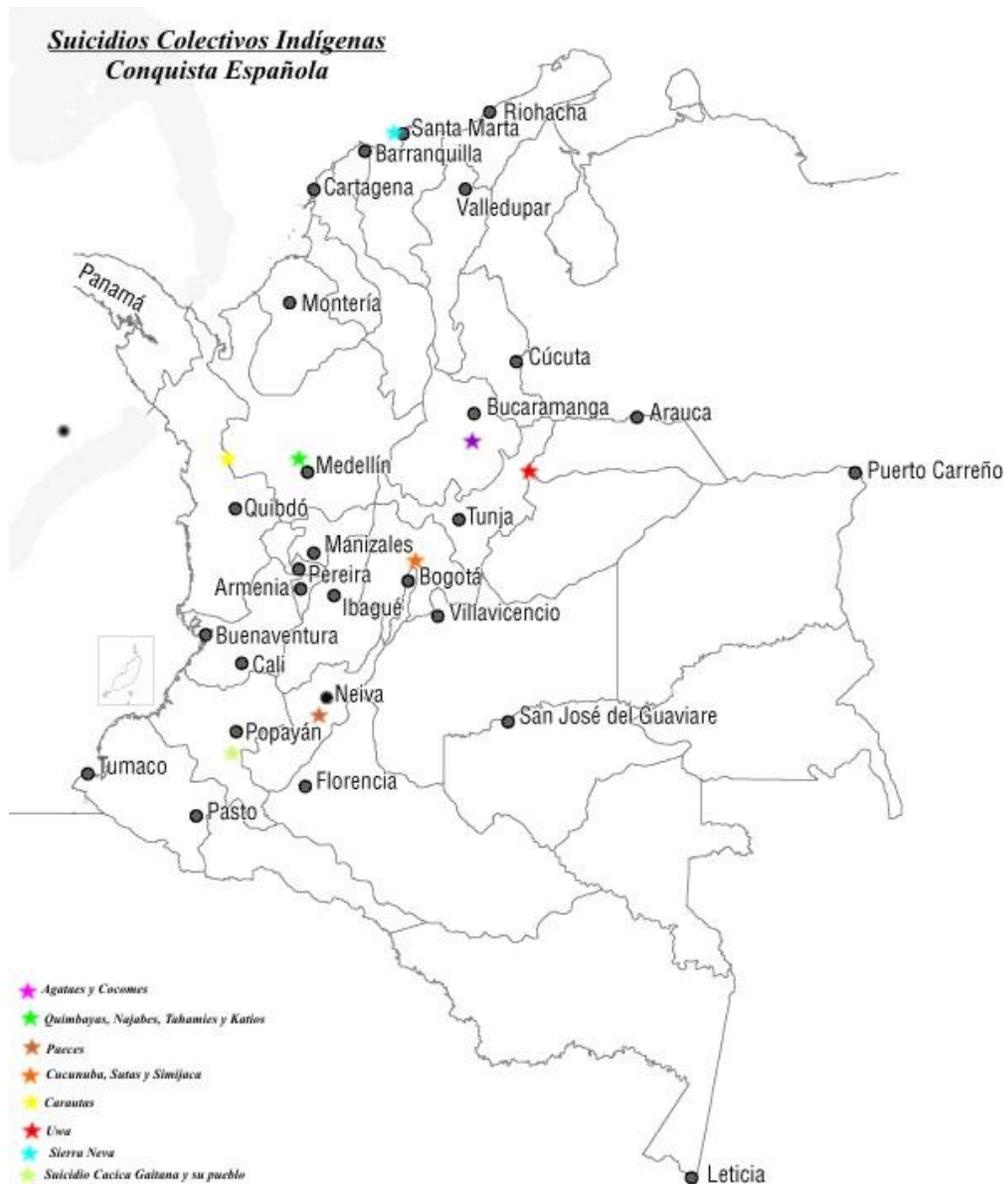
b) Nacionales

Para tener una visión panorámica de la forma en que la información sobre suicidio, que por lo general está dispersa, se requiere recurrir a fuentes complementarias a los estudios académicos. De ese modo, el ejercicio de revisión de noticias de periódicos, instituciones estatales (de salud, de medicina legal, de policía y órganos de control como la Defensoría del Pueblo) permite una aproximación a la problemática de suicidio en pueblos indígenas desde otras perspectivas y puede alimentar los datos disponibles sobre el tema.

Así, encontramos que, por ejemplo, en la somera investigación titulada “Suicidio Indígena en la época de la conquista”, de Martha Vélez Rivas, la autora elabora un

informe sobre suicidio basándose en las crónicas de Fray Pedro Simón, cronista de los siglos XVI-XVII (del texto “Noticias históricas de la conquista de tierra firme en las Indias occidentales” (1626) Biblioteca Banco Popular 1981-1982).

Mapa 1
Suicidios Colectivos de Indígenas en la época de la Conquista y la Colonia españolas



*Fuente: Elaboración propia con base en datos encontrados en la revisión sistemática,
 Corporación Casa Amazonía, 2012*

Tabla

Suicidio indígena en Colombia en la época del dominio español

Fecha	Sitio	Modo de muerte	Pueblo
1541	Sutatausa, Cundinamarca	Se lanzaron por el Peñón de Olaya	Sutas, Cucunuba y Simijaca
1541	Valle de Aburrá	Ahorcados	Quimbaya, Najabes , Tahamies y Katios
1548	Sierra Nevada de Santa Martha	Ahogados en el mar	
1583	Territorio Emebera	Enterrados	Carautas
	Sierra del Cocuy, Guicán	Se lanzaron de la peña de Guicán	Uwa
	Pericongo, Huila	Cacica Gaitana se suicidó y su pueblo la siguió	Paeces
	Vélez cañon de Chicamocha	Se lanzaron por el Chicamocha	Agataes y cocomes

Fuente: Elaboración propia, con base en revisión bibliográfica, Corporación Casa Amazonía, 2012

Allí, la autora dice haber encontrado tres tipos de suicidios descritos en las crónicas de Fray Pedro:

- *Suicidio Individual:* se refiere al suicidio que cometió la primera esposa del cacique Guatavita, a quien cercenaron sus genitales, en frente de todo el pueblo, después de haberla encontrado culpable de adulterio. Ante semejante humillación, ella tomó a su hija de dos años, en la madrugada e ingresó a la laguna, ahogándose junto a su primogénita.
- *Suicidio Ritual:* En el cual el cronista describe que cuando existía algún cambio astronómico, como un eclipse de luna, los indígenas se suicidaban con veneno o se colgaban como ofrenda para los dioses.
- *Suicidio Colectivo:* Fray Pedro hace referencia a los suicidios colectivos de indígenas al verse atrapados por los conquistadores.

Por su parte, en “Documentos Inéditos para la historia de Colombia”. (Volumen VI – 1961, de la Revista de Antropología N° X, pp. 361-364), el arqueólogo y exrector de la Universidad Nacional de Colombia, Luis Duque Gómez, hace referencia al suicidio masivo de los indígenas Sutas y Tausas, llamados U'was, hoy, en el Peñón de Sutatausa, municipio del departamento de Boyacá.

En el libro “Los pueblos indígenas en la defensa de la Madre tierra”, del INDEI (Instituto Departamental para la Educación Indígena) y la OIA (Organización Indígena de Antioquia), publicado en Medellín, en 2001, se recoge una mirada desde los mismos indígenas y está escrito en varios de sus idiomas, por lo que es útil para ubicar la cuestión de la cosmovisión y el sentido del ciclo vida-muerte para pueblos indígenas colombianos.

En él, por ejemplo, el pueblo Tule (kuna), al hablar del agua se refiere a ésta como la leche materna que nos da la madre para nuestra nutrición. En el inicio del ser humano habla como evolución del grillo.

Asimismo, en el pensamiento Embera Dovidá, la cosmogonía refleja la importancia de la naturaleza para este pueblo indígena, al decir que primero está la naturaleza y después el ser humano; si no hay naturaleza, no hay ser humano. La naturaleza es el espacio y en éste el ser humano habita; el ser humano se convierte en espacio mismo. El espacio está en continua transformación, es energía. Desde esta perspectiva embera, existe una relación muy fuerte entre espacio, tiempo, territorio y vivienda, todo está unido con el ser humano. En esta cosmovisión el equilibrio del ecosistema es de vital importancia. Por esto, cuando se atenta contra la naturaleza, se atenta contra la cultura y viceversa. Para los Emberas, el espíritu está tanto en la naturaleza como en los seres humanos; por esto, su relación con ésta es espiritual. El territorio, entonces, es el todo, el “corazón”; sin territorio no hay espacio, sin espacio no hay vida. (INDEI, 2001: 54)

En otra línea analítica, los autores Duque, Gálvez, Herrera y Turbay (1997) recrean la visión que los indígenas Embera Katío⁸ tienen del río Chajeradó (“río de la caña flecha partida”), en un libro donde se cuenta la vida del río y la afectación sufrida por éste por la llegada de las madereras a explotar la selva. No hace referencia directa al suicidio, pero sí da algunas pistas sobre el mundo Embera y las formas como ha sido afectado durante las últimas décadas.

Según este libro, en los mitos de los Emberas existen varios mundos, en los que se encuentran los seres primordiales y los héroes fundadores. Hubo un tiempo en el que cualquier embera podía viajar entre estos mundos, pero ahora solo lo pueden hacer los *jaibanás*.

Además hay relatos de Guillermo Chaparro (1583), en Tovar, 1993: 544-545), en los que describe a los pueblos antecesores de los Emberas como un pueblo que andaba desnudo y construían sus casas en los árboles por ser una región lagunosa. Dice, además, que los Katíos fueron unos de los que más opusieron resistencia a los invasores españoles o incluso, indígenas, como los que emigraron de Chocó. Según los relatos de este autor, los Carautas se enterraron con sus bienes antes de ser esclavizados en límites entre el actual territorio de Córdoba y Antioquia⁹.

⁸ El término “Embera, que en su propia lengua significa *gente*, es la autodenominación genérica de este pueblo. El nombre *Katío* lo agregaron a su nombre como reconocimiento a otro pueblo indígena emparentado, que sucumbió ante los conquistadores españoles, defendiendo su territorio”. En: Pernía Domicó, Kimy y Jaramillo, Efraín (2002). *Territorios Indígenas, Identidad Cultural y Resistencia*. Bogotá: ONIC, Organizaciones Indígenas del Pacífico Biogeográfico, Ediciones Turdakke, p.19

⁹ Esta región estaba habitada por los ‘Guacuce’. “Los territorios de los Guacuce se extendían entre el medio y alto río Sinú (...) Quinunchú (hermano de Nutibara), era el jefe militar de los aborígenes que habitaban en la Serranía. Estos daban como ‘tributo’ a Nutibara presas de cacería, mantas y joyas de oro. Los Carauta y, entre ellos, los Guacuce, manejaban el comercio que se realizaba en Mocry (mercado) con el Finsenú y Urabá.(...) La primera vez que se oye mencionar el nombre de Catío es en relación a Toné y a Nobobarco, que tenían sus respectivas localidades en el valle del río Penderisco. (...) Los Guacuce y los Nitama del alto río Sinú mantuvieron la resistencia, sus territorios sirvieron de refugio a sus parientes y coterráneos Norisco, Ituango, Peque, Evéjico, quienes en las coyunturas de violencia y opresión, huyeron del dominio español. (...) A partir de las guerras con los Katío, en las que fue central el rapto de mujeres, algunos Embera fueron integrados a la colonia de Santa Fe de Antioquia.(...) Así como son evidentes estos matrimonios en la región de influencia de Santa Fe de Antioquia, también debieron ser frecuentes en las zonas no integradas, conformándose paulatinamente la región embera que se conoce hoy como *Emberá-Catío*. Los que son

Al hablar de la explotación de la madera dice Chaparro que la invasión de empresas madereras en la región del Chocó comenzó en 1987, “*provocando un cambio de valores en los emberas y los obligó a tomar conciencia de los intereses nacionales e internacionales sobre los bosques húmedos*” (p. 372). Los daños causados en el bosque por las madereras hicieron que los indígenas protestaran y buscaran ayuda legal para frenar la actividad. Las especies extraídas son utilizadas por los indígenas para diferentes propósitos como la medicina tradicional o ceremonial, la construcción de viviendas, herramientas, entre otros. Además de la deforestación, los ríos y quebradas también se vieron afectados tornándose en aguas turbias por los desechos de la madera, provocando males estomacales y otras enfermedades.

El deterioro de la naturaleza, entonces, afectó la calidad de vida de los emberas, lesionando su ordenamiento simbólico. Además, tuvo un efecto aculturador. Cambió también la relación con respecto al dinero, las transacciones comerciales y las mercancías, en general. La intervención trastornó la dinámica social, puesto que:

“A la extracción de árboles y la perturbación general del bosque y las aguas se atribuyen muchos trastornos físicos de los individuos y muchos conflictos sociales intra-étnicos, ya que con ello se habría provocado y dispersado a los *jais*, pues se supone que habitan en esos espacios y se perciben como responsables directos de muchas enfermedades y comportamientos antisociales” (p. 376)

Por ello, como lo afirma el estudio de UNICEF, la mayor cantidad de casos se registran entre los Embera del Chocó:

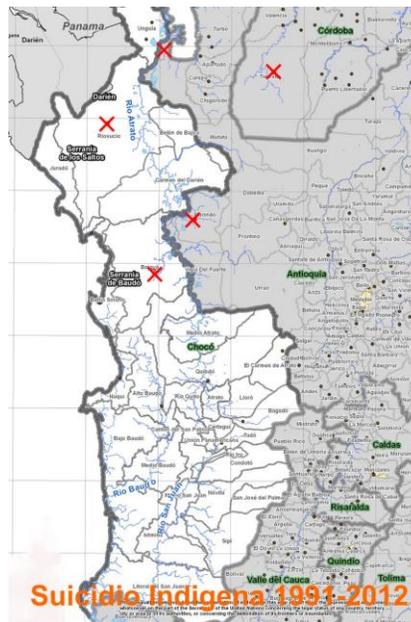
“Algunos casos de suicidios en el pueblo Embera los han dado a conocer los medios de comunicación, que divulgan las denuncias de las autoridades indígenas, especialmente de los pueblos Embera Katío y Embera Dobida en el departamento de Antioquia. El primer caso reportado por parte de las organizaciones indígenas como suicidio, data del año 1995 en la zona de Urabá en Antioquia, donde una menor de 14 años se suicidó, desconociéndose la causa que llevó a esta joven a suicidarse”. (UNICEF, 2012: 179).

Mapa 2

Suicidios Indígenas Etnia Embera

Departamentos del Chocó, Córdoba y Antioquia

conocidos en las crónicas como Catío, en la tradición oral emberá se identifican como los Carauta, los dueños del oro.” (Vargas, Patricia (1993). *Los Emberá y los Cuna. Impacto y reacción ante la ocupación española. Siglos XVI y XVII*. Bogotá: CEREC, Instituto Colombiano de Antropología. pp. 160-163.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de revisión sistemática
 Corporación Casa Amazonía, 2012

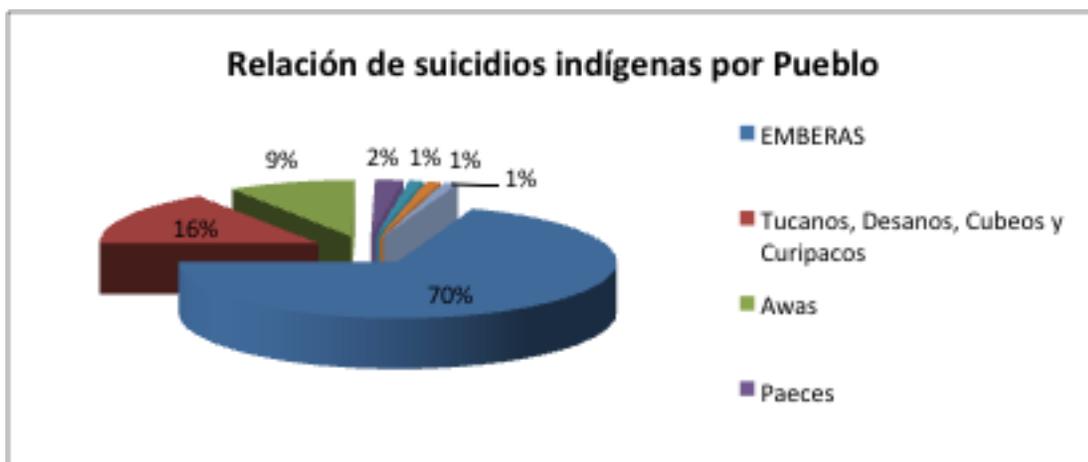
En sus artículos de 2007 y 2008, sobre los suicidios dentro de indígenas de las etnias Embera y Wounaan del municipio de Riosucio (Chocó), Rodrigo Iván Sepúlveda, desde una mirada de la antropología médica, y basado en su trabajo de campo como miembro de la Cruz Roja (Sociedades Nacionales de Holanda y Colombia), reflexiona acerca de: (a) El trabajo de campo realizado en ese lugar de la selva pacífica, en que se emplearon diferentes mecanismos de “terapéutica en salud mental” entre 2003 y 2007, para abordar la cuestión; (b) El suicidio indígena, ubicado en un contexto de violencia sociopolítica, particularmente caracterizada por la presencia continua de las partes en conflicto armado (Fuerza Pública y paramilitares, por un lado, y guerrillas, por el otro), que afectó, según el autor, a varias comunidades de esa zona. La técnica empleada en el estudio es la etnografía, a partir de lo que el autor denomina los aspectos “etno-sintomatológicos de los suicidas”, que incluyen “patologías psiquiátricas” en sus experiencias previas, “pero siempre enmarcadas y orientadas por un lenguaje basado en un orden social y la cosmovisión aborigen”. Su argumento central es que,

“La experiencia suicida indígena, permite entender la enfermedad mental como una saturación de la adversidad; la vivencia de un lugar del mundo estrangulado por un ethos cultural inmerso en la violencia, conlleva al suicidio como un rito de paso hacia la vida ensoñada. En este sentido, la terapéutica es un tipo de relación con el otro, en el que la tangencialidad, la subjetividad y los efectos sociales subjuntivos, pueden orientarla hacia la reflexividad”.

2. Información disponible sobre casos de suicidio en pueblos indígenas en Colombia

De acuerdo con la revisión sistemática de prensa y otras fuentes realizada, el pueblo indígena que aparece con el mayor número de casos de suicidios e intentos de suicidio reportados, es el Embera, seguido de varias etnias del departamento del Vaupés (Tucano, Desano, Carapano), y en menor proporción, le siguen los Nukak Makú (Guaviare), Nasa (Cauca), y Wiwa (Magdalena-La Guajira):

Tabla 5



Fuente: Elaboración propia, con base en revisión documental sistemática, Corporación Casa Amazonía, 2012

a. Medios de comunicación

Una revisión detallada de noticias en diarios de Colombia, en particular de El Tiempo, que es el periódico de mayor circulación nacional nos proporciona noticias sobre casos de suicidios indígenas. Igualmente, se encuentran noticias sobre el tema en otras publicaciones periódicas, pero por lo general son dispersas.

La búsqueda realizada incluyó periódicos desde 1991, pero los datos sobre suicidios indígenas pueden hallarse

- Respecto de las etnias Embera y Wounaan del departamento del Chocó, las noticias sobre suicidios tienen ciclos de aparición en el tiempo, con episodios en los que se producen suicidios “de eco” a casos que ocurren en las comunidades. Así, encontramos que los medios de comunicación publicaron noticias sobre suicidio de niñas y niños Embera, en particular de resguardos del municipio de Salaquí (Chocó), en 2001, luego en 2003 y 2004. De allí, no aparecen registradas noticias sino hasta 2007 y 2008, que reaparecen los casos hasta 2009. Posteriormente, se hallan noticias esporádicas en 2010 y entre 2011 y 2012 se publican tanto noticias sobre nuevos casos de muertes auto-infligidas en las comunidades indígenas del Chocó y Antioquia, como

información sobre medidas tomadas por instituciones de salud, en coordinación con las autoridades indígenas y los gobiernos locales.

- El periodista Luis Alberto Miño Rueda, de El Tiempo es quien publicó entre 2003 y 2004 tres extensos artículos sobre la situación en el departamento del Chocó. Según este investigador, el primer suicidio, de una niña embera de 12 años se reportó en 1996, y de ahí en adelante, se registrarán otros casos, todos relacionados con jóvenes, principalmente mujeres, entre los 12 y 21 años, así como dos muertes inexplicables para los indígenas (por accidente con culebra y por muerte natural, aparentemente), que llevaron a una preocupación de las autoridades espirituales y políticas de los resguardos afectados.

A pesar de las experiencias de realización de material audiovisual para sensibilizar y prevenir el suicidio indígena (como el caso de Australia), en un artículo publicado en el blog de “ANTROPOLOGIKA”, Christian Esteban Ramírez, reseña los episodios de suicidios entre Embera Katío del Alto Sinú, en la zona limítrofe entre los departamentos de Antioquia y Córdoba:

“A mediados del 2004, el programa periodístico *Contravía* dedicó dos capítulos a la compleja situación de violencia a la que se enfrentaban los indígenas Embera Katío en el Alto Sinú, departamento de Córdoba (Colombia). En dichos especiales, Hollman Morris documentó el aumento en el número de suicidios entre jóvenes Embera menores de 18 años, quienes -de acuerdo con los Jaibanás (genéricamente denominados chamanes en nuestro medio)- estaban siendo atacados por el espíritu de la selva. Al no soportar más la guerra desatada desde mediados de los años 90 por los grupos paramilitares, la guerrilla y el ejército, dicho espíritu decidió levantarse a cobrar venganza. Desde entonces, los desplazamientos forzados, las desapariciones, los asesinatos selectivos, han sido el común denominador para los habitantes del Nudo del Paramillo y sus alrededores. Los medios masivos de información se han dedicado a documentar dicho tipo de acontecimientos como consecuencia del narcotráfico y del eterno conflicto armado, y poco se han detenido a cuestionar las decisiones gubernamentales que lo han alimentado”. (Ramírez: 2012).

- En dos crónicas de Néstor Alfonso López (El Tiempo, 18 y 19 de agosto de 2007), que cubrió información sobre el conflicto entre la comunidad Embera de Murindó, (en zona limítrofe entre los departamentos de Chocó y Antioquia) y la empresa minera británica Muriel Mining, citaba los casos de suicidios de NNA del Medio Atrato, pero con respecto al problema por la invasión por la minera del Cerro “Careperro”, el periodista reportó nueve suicidios y otros nueve casos más de intentos suicidas entre la población juvenil de estos resguardos.
- El 20 de febrero de 2009, la periodista Andrea Aldana, del diario El Mundo, de Medellín, da cuenta de la grave situación por la que atraviesan los pueblos indígenas de Murindó, en Antioquia, y de Carmen del Darién, en

Chocó, a raíz de la explotación minera de oro y otros minerales por la Muriel Mining. En ese artículo, ella cita a dirigentes de la ONIC y la OIA, quienes afirman que:

“...tres jóvenes de las comunidades de Alto Guayabal se suicidaron por lo que consideraban un “panorama desolador”. (...) Este fenómeno del suicidio que se dio en el sector del Alto Guayabal, en cercanías al cerro “Careperro”, de acuerdo con Omar Tascón, consultor de la OIA, corresponde a los trabajos que se están llevando en el sector. “En esta zona está concentrado todo el espíritu de los médicos tradicionales y ancestrales, de los que nosotros llamamos Jaibanás. Ellos trabajan con un mundo espiritual cósmico en el ‘Careperro’, en donde está esta población, el cual es un sitio encantado. Entonces, cuando empezaron a molestar este cerro, los espíritus se desconcentraron y quedaron libres, perturbando a los jóvenes indígenas que comenzaron a pensar en que se tenían que suicidar. Lo grave es que, según los sabios, este fenómeno va a aumentar”, explica Tascón” (El Mundo, 20-02-2009).

Con ocasión del lanzamiento del primer informe de la ONU sobre la situación de los derechos de los pueblos indígenas del mundo, Bruno Moro, Representante Residente del PNUD en Colombia expresó su preocupación porque:

“Según el informe, los pueblos indígenas han experimentado un incremento en los índices de suicidio entre jóvenes. En Colombia, por lo menos 15 jóvenes de las comunidades Embera, Wounaan, Katío y Chami se suicidaron entre 2003 y 2004. Teniendo en cuenta que la población de las tribus es de alrededor de 3.000 personas, la racha de muertes de un año eleva la tasa de suicidio a 500 por cada 100.000 personas. Como causas aparece el aislamiento social, agravado por las manifestaciones de discriminación, los altos niveles de pobreza y desempleo. Además el cambio profundo en sus tradiciones afectadas por la guerrilla y la actividad paramilitar han complicado la situación”. (El Universal, Barranquilla, 16 de enero de 2010).

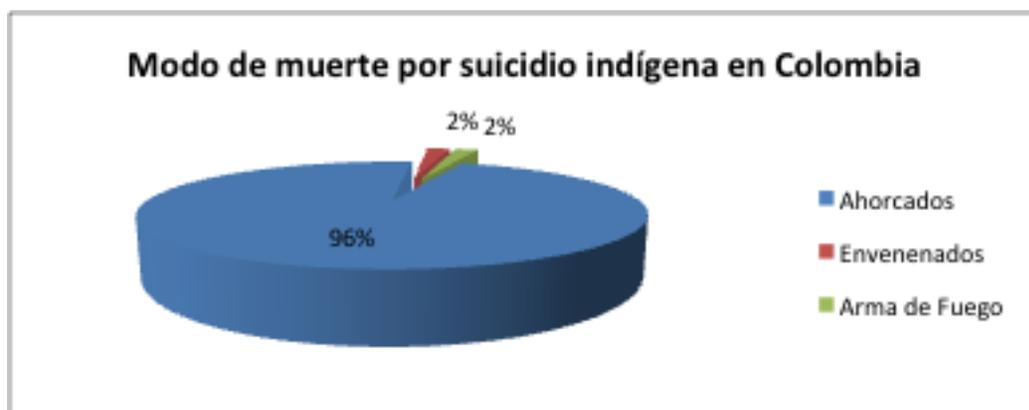
La periodista Daniella Sánchez, del diario El Espectador, hizo una mención general al problema en el departamento del Chocó respecto de los Embera:

“Constantes encuentros de la comunidad afrocolombiana con los grupos armados ilegales han derivado en reclutamiento forzado en menores de edad y constantes violaciones a las mujeres de la zona. La confinación de las comunidades indígenas que por miedo no se atreven a desplazarse del territorio en que se encuentran ha venido provocando una serie de suicidios de parte de éstas, por lo que ellos denominan la enfermedad del miedo o Jaiperani. Así, un miembro de la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) manifestó que la enfermedad del miedo tiene en vía de extinción a 37 pueblos indígenas de la comunidad embera: “No sólo con las armas se extingue a los pueblos, también con el abandono”, sostiene”. (El Espectador, 30 de abril de 2010).

Los días 5 y 6 de febrero de 2011, el periodista del diario El Tiempo, Néstor Alfonso López, volvió a publicar dos extensos artículos relativos a casos de

suicidio indígena en límites entre Chocó y Antioquia, relacionados con el citado caso de la mina de oro que la empresa británica Muriel Mining Co., buscaba explotar. En esas crónicas, da cuenta de nuevos casos, acontecidos entre 2009 y 2011, lo que habría llevado a la reacción del sistema de salud y las autoridades del departamento del Chocó a proceder a enviar una misión a la zona (cuyos resultados se enuncian más adelante en este informe, al analizar las causas desde las instituciones de salud).

Tabla 6



Fuente: Elaboración propia con base en información sistemática hallada, Corporación Casa Amazonía, 2012

Aparentemente, la ola de suicidios entre los Embera de Chocó se ha logrado controlar de alguna manera; sin embargo, los casos en Antioquia y Córdoba continúan aconteciendo, como lo informa el diario El Universal de Montería, que da cuenta de hechos ocurridos en agosto de 2012 en Tierralta, donde se suicidó Carlos Domicó Domicó, un indígena en su hogar, por ahorcamiento:

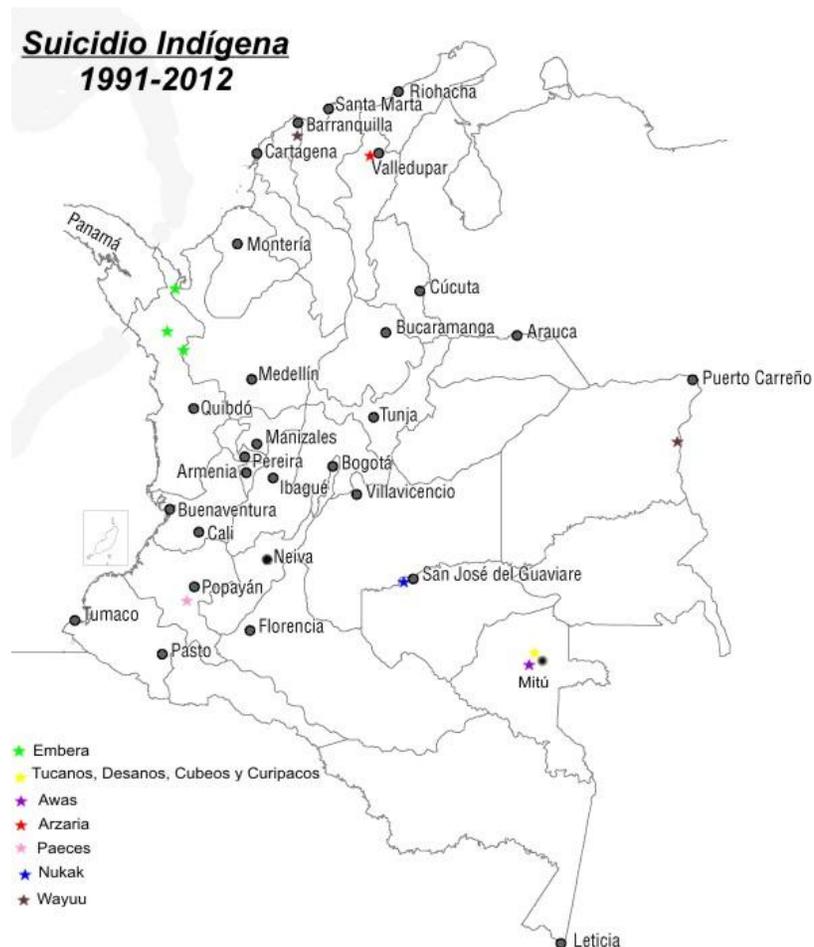
“Domicó se quitó la vida utilizando una pañoleta para ahorcarse al interior del cuarto de la modesta residencia. Las autoridades están adelantando la investigación con el fin de establecer los móviles que pudieron conllevarlo a esa decisión. Este es el segundo indígena que decide quitarse la vida este año. Como se recordará el primer caso fue el de Torrita Bailarín Domicó, una indígena de 12 años, quien se suicidó por celos. Con este caso asciende a 36 el número de personas que se suicidan en Córdoba en lo que va corrido de 2012” (El Universal, 14 de agosto de 2012).

b. Instituciones estatales

Según las estadísticas sobre morbi-mortalidad de entidades estatales como el Departamento Nacional de Estadísticas, el Ministerio de Salud Pública, los datos de la revista Criminalidad, de la Policía Nacional, así como las estadísticas del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, son otra fuente de importancia para hacer un seguimiento juicioso a eventos de suicidio consumado en el país.

Mucha de esta información no estaba desglosada por etnia hasta hace unos pocos años. La irrupción de un catálogo de derechos para pueblos indígenas en el marco constitucional de Colombia, así como los posteriores desarrollos sobre este grupo poblacional, han conducido a dar visibilidad a situaciones de vulneración de derechos humanos de los pueblos indígenas, así como problemáticas internas que se viven en ellas.

Mapa 3
Suicidio indígena en Colombia (Actual)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de revisión sistemática, Corporación Casa Amazonía, 2012

c. Organizaciones no gubernamentales y organizaciones indígenas

En las bases de datos de las organizaciones indígenas no existe un seguimiento sistemático a la cuestión del suicidio. Sin embargo, encontramos la siguiente información:

- En la Segunda Mesa de Paz y Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas, celebrada en 2004, se reportó que solamente en la zona media del río Atrato, en el departamento del Chocó, se habían reportado 18 casos de jóvenes (mujeres y hombres) indígenas que habían cometido suicidio:

“Aunque este conflicto es ajeno a los usos y costumbres de los nativos colombianos, como lo han manifestado reiteradamente, las estrategias de la guerra, de expansión, intensificación y degradación continuas, han contaminado los territorios ancestrales, han diezmado a las poblaciones, las han desplazado, las han arrinconado, generando terror y comportamientos extremos como el suicidio de más de 18 jóvenes emberá en la región del Medio Atrato”. (Christian Díaz, Etnias de Colombia, 16 de julio de 2004).

Las investigaciones del “Centro de Apoyo al Indígena”, CECOIN, organización no gubernamental apoyada por la IGWIA, una ONG internacional con sede en Dinamarca, sobre todo las desarrolladas durante la década del 2000 proporcionan una fuente importante de información sistemática sobre diversos pueblos indígenas y sus derechos.

En especial, hemos tomado como referencia el artículo “Estado del arte de los DESC: La salud de los pueblos indígenas”, elaborado por Lucy Guamá, del Observatorio Indígena de Políticas Públicas de Desarrollo y Derechos Étnicos, que hace parte de la publicación de 2007 “*Indígenas sin Derechos: Situación de los derechos humanos de los Pueblos Indígenas*”. El artículo, realizado en coordinación con la Organización Indígena de Antioquia, un médico de la Universidad de Antioquia y Elena Rey, entonces investigadora de CECOIN, introduce la cuestión del suicidio indígena como uno de los problemas más graves de la población indígena colombiana.

Citando a Rocío Rojas (2003), el artículo enumera dentro de los problemas más graves de salud indígena, los siguientes:

“La falta de tierra y territorios, los altos índices de analfabetismo, especialmente femenino, y un perfil epidemiológico donde predominan las enfermedades por causas prevenibles, son aspectos que hacen que la salud de la población indígena esté en condiciones alarmantes. Entre las enfermedades que cobran más víctimas están: la malaria, las infecciones respiratorias agudas, la tuberculosis, las enfermedades diarreicas, la desnutrición, el alcoholismo, la drogadicción, las enfermedades crónico-degenerativas, e incluso se habla del suicidio y el SIDA. Algunos autores creen que el Sida tendrá los mismos efectos sobre los pueblos indígenas que tuvieron las epidemias que trajeron los conquistadores (...)” (Guamá, 2007: 239).

El estudio del Colectivo Jenzerá sobre la situación del suicidio en el pueblo Embera de dos municipios del Chocó realiza una mirada general sobre el panorama en el país:

“En Colombia hay varios pueblos indígenas que están padeciendo situaciones de suicidio, como por ejemplo el pueblo Wounaan y el pueblo Tule, en el departamento del Chocó, o como las que se presentan en el departamento del Vaupés, donde se reporta que algunos pueblos (Tucanos, Desanos, Cubeos, y Curripacos) 167 de los 23 que existen en ese departamento, estarían padeciendo una ola de suicidios dentro de sus comunidades. No obstante los casos que encendieron las alarmas, fueron los que se registraron en el pueblo Embera: por tener las cifras más altas que conmovieron y escandalizaron al país, por tratarse de población joven (entre 13 y 17 años) y por ser la mayoría del sexo femenino. No hay registros confiables en las instituciones de salud sobre los suicidios en los pueblos indígenas de Colombia. La información que se ha podido levantar de esta problemática, se ha obtenido a través de informes realizados por las propias autoridades y organizaciones indígenas y algunos estudiosos de la problemática que vienen realizando esfuerzos por obtener documentación de estos casos, intentando entender sus posibles causas...”(UNICEF, 2012: 179).

3. Análisis de causas del suicidio indígena

a) Desde la perspectiva de instituciones de Salud

El “Informe Mundial sobre Violencia y Salud” de la OMS (2002) señala que, en el caso de los suicidios indígenas (basados en los casos de Australia y Canadá), las principales causas indirectas son: “la pobreza, la separación y la pérdida en la niñez, el acceso a armas de fuego, el abuso y dependencia del alcohol, los antecedentes de problemas de salud personales o familiares, el maltrato físico o abuso sexual anteriores” (OMS, 2002: 206).

En el estudio de 2011 en Brasil, citado anteriormente, basado en información de la Fundación Nacional de Salud, se halló que las causas más referidas sobre los suicidios en Mato Grosso do Sul, hace énfasis en las concepciones de brujería, con sus implicaciones sobre los conceptos de instintos de vida y muerte, inconsciente colectivo y sugestión. El proceso de confinamiento forzado al que ha sido sometido este grupo indígena, que incluye la sobrepoblación de sus aldeas y la imposición de nuevas creencias, valores y liderazgos desconocidos a sus culturas, se encuentran entre los factores determinantes.

El 3 de septiembre de 2011, la publicación en línea “Territorio Chocoano”, dio cuenta de la presentación de un informe de la Organización Panamericana de la Salud que habría avanzado en encontrar las “causas del suicidio indígena en el Chocó:

“Un equipo conformado por la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, el Departamento Administrativo de Salud y Seguridad Social del Chocó (DASALUD),

UNICEF y la Alcaldía del Alto Baudó, emprendió una misión al municipio del Alto Baudó, con el propósito de visitar al pueblo indígena Emberá Dobidá que habitan los ríos Dubasa y Catrú, para conocer e identificar los factores asociados a los casos de suicidio que se han presentado desde el 2009, al interior de este pueblo. Los primeros tres casos de suicidio se dieron en el 2009 en la comunidad de Catrú; En el año 2010 se presentaron dos casos en las comunidades de Docasina, y doce más en el año de 2011, en las comunidades de Iruto, Nuncidó, Playita, Campo Bonito y Villa Miriam".(Territorio Chocoano, 3 de septiembre de 2011)

Entre otros factores, la misión que visitó la zona encontró los siguientes como asociados al suicidio indígena:

"Las causas de los suicidios, identificadas por la misión, fueron las siguientes:

1) La falta de comida y la incapacidad de poder alimentar a sus familias, "ha llevado a hombres y mujeres a terminar con sus vidas desesperanzados por no poder darles un bienestar a sus hijos", dice el informe. Los habitantes asocian la causa de esta crisis alimentaria con la pérdida de los animales y las plantas que antes encontraban en el monte, así como los peces que anteriormente abundaban en el río.

2) Los "celos" y problemas que se dan en el interior de las familias; también las riñas y reacciones agresivas que se presentan en algunas ocasiones por el consumo de chicha y biche.

3) La debilidad de las autoridades tradicionales y de las organizaciones indígenas en la medida en que no hay un control, ni una estructura clara de regulación que establezca las pautas de convivencia y se definan procesos de ordenamiento del territorio y de la comunidad misma.

4) Causas mágico-religiosas, donde se explica que muchos de los casos de suicidios se deben a las invitaciones o incitaciones de seres "malignos" que les muestran el ahorcamiento como una salida a sus problemas.

A través de la misión se pudo identificar una desesperanza y tristeza colectiva, asociada a una crisis alimentaria y una pérdida de valores y saberes culturales que no les permite definir de forma clara un plan de vida, situación que deja a hombres, mujeres, jóvenes y niños sin objetivos y oportunidades claras en el interior de las comunidades".(Territorio Chocoano, 3 de septiembre de 2011)

b) Desde la perspectiva de la academia

Dependiendo de la disciplina académica desde la cual se analice el suicidio como fenómeno recurrente en pueblos indígenas, se pueden encontrar distintas explicaciones de causalidad, aunque cada vez más las mismas recurren a perspectivas que toman en cuenta factores múltiples como causantes de esta situación.

Por ejemplo, según Lalonde (2010), para el caso de Canadá, en donde los pueblos indígenas han experimentado una situación de racismo, discriminación, explotación

y segregación social muy severa, se debe tomar en cuenta la “constelación usual de factores de riesgo socioeconómicos y psicológicos” que se traducen en bajos ingresos, niveles de escolaridad, vivienda y servicios de salud deficitarios, que se registran como un cúmulo de factores alrededor de las comunidades Aborígenes, en general, pero más específicamente para aquellas con mayores índices de suicidio.

“Paralelo a ello y, manteniendo mi planteo inicial de que la juventud Aborigen tiende a tener un enfoque distinto del problema de la persistencia personal, podría considerarse que sus estrategias narrativas preferidas son de algún modo inherentemente defectuosas y les impiden sostener su auto-continuidad o, en caso contrario, funcionar de manera que les pone un daño mayor (...). De hecho, es solamente entre los que han perdido completamente el hilo de su propia continuidad que hallamos un riesgo de suicidio mayor. Si uno/a se agarra de un argumento determinado, sea esencialista o narrativo, simple o complejo, se puede aislar del riesgo. Para comprender por qué el riesgo de suicidio parece estar distribuido de manera dispar en una comunidad, necesitamos ver más cuidadosamente la relación entre la continuidad personal y la cultural. Nuestro punto es que justo tal como la pérdida de continuidad personal pone a una persona joven en riesgo, la pérdida de la continuidad cultural pone a grupos culturales completos en riesgo. Dada la historia de los pueblos Aborígenes en Canadá, uno podría dudar seriamente de que la continuidad de la continuidad de los mismos no se ha comprometido.”

Como es cada vez más reconocido en Canadá, el riesgo de suicidio es mayor en varones que en mujeres, por lo que esta categoría ha sido incorporada dentro de los factores de riesgo. Otros factores se refieren, como lo indica White (2007), a los aspectos identificados por el Ministerio de Salud de Canadá (2003), o por autores como la propia Jennifer White & Jodoin (2004), o Poonwassie & Charter (2001) o Weaver (2007), que son comunes a cualquier otro grupo en riesgo de suicidio o a otras personas no Aborígenes:

“...conductas suicidas previas, desorden de humor, abuso de sustancias, aislamiento social, problemas escolares y de trabajo/ desempleo (...) pero ciertos factores de riesgo de suicidio dentro de la juventud Aborigen requieren comprenderse dentro de un contexto sociocultural, político e histórico que explícitamente reconozca los efectos negativos de la colonización de la salud y bienestar de los/las Aborígenes, incluyendo la marginalización, la asimilación forzada y la discontinuidad cultural”. (White, 2007:214).

Un estudio realizado por Jack Hicks (2007) respecto de los factores contextuales de riesgo de suicidio para los indígenas Inuit (esquimales) que habitan en el ártico y cuyos territorios quedaron divididos entre cuatro países: Dinamarca (Groenlandia), Canadá, Estados Unidos y Rusia. El análisis de Hicks indica que los impactos de las políticas públicas de cada uno de esos países llevó a cambios drásticos en las formas de vida, acceso a los recursos y cultura de los Inuit, de modo que se rompieron sus tradicionales lazos de comunicación y solidaridad, aumentando por consiguiente el riesgo de suicidio de una población que no sobrepasa actualmente los 1.500 individuos.

Para Australia, Hanssens (2007), por otra parte, ubica causas internas y externas. Desde el punto de vista de las segundas, basados en estadísticas de mortalidad de pueblos indígenas entre 1997 a 2000, se establece que “se evidencia el papel definitivo (entre el 45 y el 70% de los casos), del alcohol y otras sustancias en la co-morbilidad mental, física y de desórdenes de la conducta”.

Hanssens indica que la situación de suicidios indígenas respecto de las privaciones socioeconómicas puede compararse con la realidad de personas que viven en comunidades pobres en Escocia, en donde:

“Recientes investigaciones (...) han destacado los mismos temas con las clases más pobres que sufren mayores privaciones con el resultado de mayores tasas de suicidio en diversos lugares geográficos, sean estos urbanos, rurales o remotos. Stark (2007) y sus colegas usaron cuatro variables para identificar estas privaciones: el desempleo, la falta de carro, el hacinamiento y el estatus de clase social. Yo he hallado que la privación está asociada con altas tasas de suicidio en todos los niveles de densidad poblacional en todos los grupos de edad, pero en especial, en hombres. Más de un cuarto de los pueblos indígenas en Australia vive en lugares remotos o muy remotos y tienen privaciones similares con “poco o muy restringido acceso a bienes y servicios y oportunidades para la interacción social”, en especial servicios [de atención a adicciones] a las drogas, al alcohol, o de salud mental”.

Metodológicamente, esta autora señala que siete años antes de haber comenzado su investigación, ella coordinó una respuesta relativa a suicidios consumados e intentos graves de suicidio, dentro del Programa de Promoción Vital en el período 1999-2006, durante los cuales pudo desarrollar una relación de trabajo conjunto con la oficina de estadísticas para poder establecer un modelo de respuesta interinstitucional al suicidio, que la hizo consciente de que los suicidios ocurrían en eventos aglomerados, pero que requería obtener evidencia confiable para demostrar que dicho fenómeno existía. Para ello, trabajó con colegas indígenas para hacer informes a sus supervisores, en referencia a este tipo de fenómenos; pero solamente una vez se comenzó a buscar datos del sistema nacional de estadísticas sobre mortalidad y también de las oficinas locales que se pudo obtener evidencia irrefutable de estas aglomeraciones de suicidios.

Cuestionando si la cultura representa una diferencia respecto de los patrones raciales o étnicos de suicidios fatales en la ciudad de San Francisco, California, en el período 1987-1996, y sus posibles aplicaciones clínicas, Julia Shiang analizó grupos raciales diversos (afro-americanos, asiáticos, caucásicos, latinoamericanos y nativos americanos), en donde pudo concluir que:

“Las tasas comparativas de raza y género mostraron que tanto los hombres y las mujeres caucásicos presentaban las más altas, encontrando diferencias de importancia cuando se comparaban los grupos raciales respecto de grupos de edad, género y modo de suicidio, pero dicha diferencia no se hallaba en el uso de armas de fuego como método de suicidio. Las diferencias y similitudes se ilustraron

comparando los patrones de suicidio caucásico y asiático en las áreas de (1) Suicidio en hogares asiáticos; (2) contexto cultural, y (3) Creencias culturales respecto de la psicopatología. Se sugirió un marco relacionando las variables culturales de predisposición de los pacientes para clínicos e investigadores”.

El “Estado del Arte” elaborado por la Universidad de Antioquia y la OIA, enfocada en autores como los que referimos en esta sección, es decir, los que han estudiado a indígenas en Norteamérica y otros continentes, las causas múltiples que conducen al suicidio de indígenas Navajo en los Estados Unidos (basado en entrevistas a jóvenes menores de 15 años, de un total de 734 personas entrevistadas), combinan factores de riesgo asociados a conductas antisociales y criminales:

“La investigación de trastornos de conducta con entrevistas directas puede hacer que ellos minimicen su “mal comportamiento” y esto altere los datos. Se vieron importantes factores de riesgo asociados: Abuso físico y sexual, padres bebedores y sexo inseguro. Se encontró mayor relación con los patrones de bebida, tener una madre bebedora que un padre bebedor; lo anterior se explica por ser la madre quien por lo general permanece en casa mayor tiempo y da estabilidad al hogar; por lo tanto, al beber causa una mayor alteración en el ambiente familiar. Se encontraron menos prevalencia de desórdenes de la conducta en mujeres que en hombres; muchos de los factores de riesgo asociados a desórdenes de la conducta encontrados en otras poblaciones también se encuentran entre los indios navajos”. (U de A y OIA, 2006: 61)

En el análisis de las condiciones de vida de la población indígena afectada por lo que comúnmente se denomina en lenguaje de las instituciones humanitarias “emergencias complejas”, la situación colombiana ha sido particularmente objeto de preocupación de organismos de derechos humanos y derechos de la infancia.

Así lo consigna en su informe alterno al reporte del gobierno colombiano la Coalición contra la vinculación de niños, niñas y jóvenes al conflicto armado, en 2005, al analizar los principales factores que afectan el disfrute de derechos de niñas y niños indígenas, en particular en el caso del departamento del Chocó:

“En 1997, el ejército, en el marco de la Operación Génesis, bombardeó sus territorios sagrados, obligándolos a desplazarse; para la misma época, los grupos paramilitares incursionaron en sus tierras, rompiendo la relación pacífica que tenían con su territorio y con la naturaleza. El conflicto armado ha afectado de otras maneras la vida de los niños y niñas de esas comunidades. En los últimos 3 años se calcula que 120 de ellos han muerto por enfermedades prevenibles, la mayor parte de las veces debido a bloqueos del ejército y grupos paramilitares, que impiden la entrada de medicinas y vacunas. Estos actores afirman que los pueblos indígenas no necesitan las medicinas, sino que las transportan para dárselas a los grupos insurgentes, que también les presionan para que alien a ellos”. (Coalico, 2005:26)

Es en este contexto desesperanzador, con altos niveles de muertes que esta red de Organizaciones No Gubernamentales ubica la ocurrencia de suicidios de NNA indígenas:

“Desde el año 2003, el pueblo indígena Embera Katío, que habita el Bajo Atrato chochoano (norte de Chocó), está siendo afectado por el suicidio de niños y niñas. Los *jaibanás*, líderes espirituales de estas comunidades, explican el suicidio de al menos 14 niños y niñas entre el 2003 y julio de 2004 por un “espíritu maligno” que habría revivido, porque las dinámicas del conflicto han llevado a que este pueblo ya no cumpla con los ritos sagrados necesarios para la protección de sus miembros”.

En la misma línea del caso analizado por el antropólogo médico Rodrigo Sepúlveda (2008), la Corte Constitucional da cuenta de los suicidios de jóvenes Embera Katío del Chocó:

“Se ha reportado que la desestructuración cultural general causada por el impacto severo del conflicto armado sobre esta etnia, ha propiciado un alto número de suicidios entre emberas jóvenes; entre ellos se incluyen Nelson Guaseruca, de 20 años, muerto el 24 de diciembre de 2001; Ketty Salazar Casamá, de 15 años, muerta el 26 de junio de 2003; Leira Salazar Casamá, muerta el 14 de septiembre de 2003; Ariel Bailarín, el 15 de septiembre de 2003, de 15 años; Gloria Sirigui Bailarín, de 24 años, muerta el 25 de marzo de 2004; y el 11 de abril de 2004, Florentino Mecheche Valdespino. Además, se han reportado varios intentos de suicidio entre la población joven de estas comunidades”. (Auto 004/2009).

Tabla 7



Fuente: Elaboración propia con base en la revisión sistemática de información Corporación Casa Amazonía, 2012

Además de eventos relacionados con el conflicto armado, la Corte Constitucional recoge en su Auto 004 información sobre los impactos de proyectos de desarrollo, en particular los referidos a la construcción de obras de infraestructura, como hidroeléctricas, carreteras o puertos y a la instalación de empresas extractivas (oro y minería) y agroindustrias en territorios indígenas; así, se refiere a la construcción de la represa de Urrá, en el municipio de Tierralta, Córdoba, que afectó a la población indígena Embera Katío del Alto Sinú:

“En este mismo sentido, dentro del contexto de la grave desestructuración cultural causada por esta situación, se han presentado suicidios de 20 emberas desde 1997, por inundación de 28 lugares sagrados. La importancia cultural del pescado hace que su pérdida sea más grave; ello se suma a la pérdida de los medios de transporte tradicional por el río, que fue desviado y ahora exige el uso de motores fuera de borda para poder llegar a las comunidades. Lo anterior, en un ambiente general de discriminación y hostilidad contra el pueblo Embera-Katío”. (Auto 004/2009)

Asimismo, ubica la situación de suicidios dentro de otra población Embera Katío, esta vez, de la ubicada en tres resguardos del nororiente chocono, correspondientes al municipio de Acandí:

“La desestructuración cultural del pueblo Embera-Katío ha aumentado las tasas de suicidios entre jóvenes en la zona del Bajo Atrato; así, se informa que el 15 de marzo de 2003 se suicidó Patricia Jumí Carupia, de 12 años; y el 12 de abril de 2003 Cecilia Domicó Majoré, de 13 años. Ha habido además varios intentos de suicidio entre la población indígena”. (Auto 004/2009).

Sobre la muerte de niñas indígenas y, a pesar de afirmaciones de la dirigencia indígena que atribuían el hecho a los actores armados, en un artículo del 2009 acerca de la ablación de niñas Embera, el Colectivo Jenzerá manifestaba que,

“Tampoco podemos aceptar las frágiles explicaciones que dan algunas organizaciones indígenas para salirle al paso a las críticas que les llueven de sectores amigos (aquellas de la autonomía cultural o de que no se “...dé pie a que sectores oportunistas y retardatarios se prendan de este hecho para calificarnos de salvajes e incivilizados”). Estas espurias, por no decir fraudulentas explicaciones ya las conocimos en el pasado, cuando escuchamos a un dirigente embera del Chocó, que preguntado sobre el suicidio de algunas jóvenes embera, con gran desparpajo, muy orondo y sin mostrar ningún ápice de vergüenza, respondía que estas jóvenes habían decidido quitarse la vida en rechazo a los actores armados que hacían presencia en sus comunidades. Cuando una comisión de mujeres indígenas investigó los hechos salieron a la luz las razones que el dirigente indígena ocultaba. Algunas familias, ante el agotamiento de los recursos naturales, habían extendido el trabajo de niñas y jóvenes a tales límites, que las llevaba al suicidio para escapar a estas inhumanas condiciones de vida a que eran sometidas”. (Jaramillo, 2009).

Siguiendo las recomendaciones de personal experto en salud de Colombia, el estudio adelantado por dos jóvenes profesionales indígenas de la etnia Embera en el departamento del Chocó, bajo la coordinación de la ONG Colectivo Jenzerá, se ubicó en los municipios de Riosucio y Carmen del Darién en el Bajo Atrato de esa región selvática.

La metodología empleada fue la solicitud de acceso a las comunidades a través de sus autoridades reconocidas, la realización de talleres (“Círculos de vida”) con la participación de toda la comunidad que comenzaron no indagando por los problemas de suicidio, sino por las concepciones de vida y muerte que poseen dichas comunidades indígenas.

d. Desde la perspectiva indígena

En el caso de los pueblos indígenas colombianos, diversos autores coinciden en el impacto “desproporcionado”, según las palabras de la Corte Constitucional, del conflicto armado interno y, en particular, de graves violaciones de derechos humanos y derecho internacional humanitario, dentro de los cuales se halla como causa y como consecuencia el desplazamiento forzado interno.

Una de las razones más frecuentes de desestructuración de las organizaciones indígenas se refiere a la comisión de masacres por las Partes en el conflicto en contra de individuos pertenecientes a comunidades indígenas. Por ejemplo, la Corte Constitucional, en su Auto 004 de 2009 reseña, entre otras, las siguientes masacres:

Tabla 8
Masacres reseñadas por el Auto 004 de la Corte Constitucional

Pueblo indígena	Lugar	Fecha
Wiwa	El Limón, Riohacha (La Guajira)	30 de agosto de 2012
	Potrerito (La Guajira)	enero de 2003
Marokazo	Caracol	21 de abril 2003
	La Laguna	20 al 25 de abril 2003
	Las Mercedes	8 de diciembre 2003
Kankuamo (44 muertes)	Resguardo Kankuamo, Valledupar (Cesar)	2003
Wayuú	Bahía Portete (La Guajira)	19 de abril de 2004
16 mujeres indígenas	Maicao (La Guajira)	2006
Embera Katío	Río Verde, Tierralta (Córdoba)	14 junio de 1999

Embera Dovidá	Cuencía de El Temporal, Riosucio (Chocó)	2006
Awá	Resguardo La Milagrosa, Ricaurte (Nariño)	10 junio de 2004
	El Diviso	6 de abril de 2006
	Chimbuza	9 de agosto de 2006
Nasa	El Nilo, Caloto (Cauca)	diciembre 1991
	Naya (Cauca)	11 abril 2001
Koreguaje	Resguardo San Luis	25 de julio de 1997
	Cuerazo	22 de agosto de 1997
Makaguán-Betoye	Parreros, Tame (Arauca)	5 de mayo de 2003

Fuente: Auto 004- Elaboración de Corporación Casa Amazonía, 2012

El 2009, la ONIC volvía a recordar que el impacto desproporcionado del conflicto armado interno había incidido en el suicidio de jóvenes niñas en Murindó:

“Como si fuera poco con la invasión de la multinacional con todas sus implicaciones, “con los grupos armados legales e ilegales han generado un desequilibrio en la zona produciendo para nuestros territorios consecuencias irreparables físicas y espirituales, hechos que han conducido a nuestros jóvenes al suicidio, como así venía sucediendo con jóvenes de estas comunidades, que ante este panorama tan asolador fueron víctimas de los malos espíritus, que quedan deambulando por la desarmonización en nuestros territorios conduciéndolos a la muerte a través del suicidio, es el caso de 3 jóvenes indígenas de la comunidades de Alto Guayabal”, así lo confirmaron las autoridades indígenas de la región.” (ONIC, comunicado 6 de febrero de 2009).

El 14 de noviembre de 2010, la radio Caracol transmitió una brevísima noticia dando cuenta de que *“En los últimos cinco meses, nueve emberas se han quitado la vida. Los aborígenes no encuentran una explicación a estos casos que ya fueron puestos en conocimiento de la ONIC”*, refiriéndose a una comunidad de Chocó, sin precisar cuál.

Un análisis efectuado por la Organización Regional Indígena Embera Wounaan, OREWA, del Chocó sobre la situación de desesperación y pérdida de sentido de la vida por causa del conflicto armado interno, que ha derivado en suicidios indígenas, en diciembre de 2010, afirma que:

“Es tan fuerte la agresión y las violaciones de los derechos a la vida de los pueblos indígenas Embera que se encuentran ubicados en el Departamento del Chocó, que se ha incrementado los índices de suicidios de estas comunidades indígenas. En varios medios de comunicación de manera irresponsable se ha dicho que los pueblos indígenas Embera se están suicidando debido a aspectos culturales, pero esto no es una realidad, debido a que el pueblo Embera no ha tenido como costumbre emplear el suicidio colectivo dentro de su sistema de creencias culturales” (OREWA, 1 de diciembre de 2010).

4. Propuestas de intervención frente al suicidio indígena

Desde las instituciones de salud

Las reseñas de acciones emprendidas a nivel mundial por la OMS, se han ido traduciendo en acciones concretas en diversas regiones del mundo, en coordinación con las autoridades nacionales de salud para enfrentar la cuestión del suicidio, en general, como quedó dicho al inicio de este documento, y del suicidio indígena en especial.

En Colombia, los esfuerzos desarrollados por la OPS, a través de su Mesa de Prevención de Desastres, y autoridades locales en el departamento de Chocó, para abordar acciones preventivas e intervención culturalmente sensible en casos de intentos de suicidio y suicidios consumados, incluyen el establecimiento en 2011 de una Mesa Intersectorial:

...”En esta oportunidad la mesa intersectorial liderada por el gobierno nacional, Dasalud Chocó, Caprecom IPS, Comfachocó EPS y las cinco organizaciones indígenas se plantean desarrollar acciones en salud concertadas, articuladas entre la medicina tradicional y occidental y priorizadas de acuerdo a al perfil epidemiológico de los pueblos indígenas en el departamento del Chocó. Además de retomar las experiencias del trabajo adelantado en años pasados en la región y en otros lugares del país, lo que sin lugar a dudas contribuirá a mejorar este nuevo reto para el sector salud, en cuanto al acceso efectivo a los servicios de salud. Finalmente los integrantes de la mesa intersectorial de salud proponen de manera concertada, reglamentar la puesta en marcha del Modelo de Atención en Salud, como alternativa para garantizar el acceso a los servicios de la salud de las poblaciones con dificultades geográficas y étnicas”. (OPS, 22 de septiembre de 2011)

El 10 de octubre, por iniciativa de las instituciones de salud (OPS/Ministerio de Salud), se seleccionó a Quibdó, capital del Chocó, como la sede de la Mesa de Suicidio Regional para el litoral Pacífico, que abordará el tema general, incluyendo perspectivas étnicas (indígenas y afrodescendientes):

“Este jueves 11 de octubre de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. en el Hotel los Robles, Quibdó será el escenario de articulación y fortalecimiento a la capacidad territorial que permitirá dar respuesta, atención al Suicidio y gestión del conocimiento desde lo regional y local, para el área del Pacífico, participando los departamentos de: Nariño, Cauca, Valle del Cauca y Chocó como sede. Está mesa regional es el resultado del trabajo en conjunto del Ministerio de Salud con la Gobernación del Chocó, OPS y DASALUD, al igual que la coordinación con diversos sectores de la sociedad civil organizada, quienes han venido desarrollando estrategias que prevengan la

disminución del suicidio. Las Mesas Regionales de Prevención, Gestión del Conocimiento y Atención del Suicidio, fueron creadas “con el fin que las regiones promuevan dinámicas desde sus mismos territorios que permitan la contención y disminución significativa de la tasa de suicidio en el País”.

Desde la academia

Uno de los autores que ha escrito más sobre el tema del suicidio en Canadá, Lalonde, propone que la prevención del suicidio está mediado por la capacidad de organización indígena para ganar mayor autonomía en las decisiones que les conciernen, sin que pueda generalizarse a todos los pueblos. Esta afirmación, para el caso de Canadá puede interpretarse para otros casos de pueblos indígenas norteamericanos y de otras latitudes, en la medida en que este tipo de análisis vincula las causas del colonialismo histórico y su impacto sostenido en el tiempo en pueblos indígenas afectados directa e indirectamente en sus culturas:

“Empero, aunque todas las culturas Aborígenes han sufrido y gran parte de su cultura les ha sido expoliada, no todas han respondido a estos ataques de formas idénticas. Algunas comunidades han sido capaces de reconstruir o rehabilitar una conexión entre su propio pasado cultural con más éxito que otras. Quizás las diferencias en las tasas de suicidio entre comunidades se asocian a diferentes niveles de logros en sus luchas para resistir a una historia sostenida de prácticas aculturizadoras que amenazaron su propia existencia cultural. Para poner a prueba esta idea, requeríamos alguna forma de medir el grado en el que dichas comunidades han dado pasos activos para preservar y promover su propia herencia cultural y restablecer el control sobre diversos aspectos de su vida comunitaria. Nuestra medida de continuidad cultural incluyó los esfuerzos para recuperar la titulación jurídica de sus tierras tradicionales y restablecer formas de autogobierno, reafirmar su control sobre la educación y los servicios de salud, de bomberos y policía, así como pasos para construir edificaciones dentro de las comunidades dedicadas a eventos y prácticas culturales. Y más recientemente, hemos añadido medidas relativas a la participación de la mujer en el gobierno y control de los servicios a la infancia y la familia” (Lalonde, 2010).

Para este autor, la relación entre dichas formas de medición de la continuidad cultural y las tasas de suicidio juvenil indígena, así como la cantidad de niñas y niños en instituciones cerradas de protección a la infancia, usando datos en un período de 14 años, permite afirmar que,

“El éxito en todos y cada uno de estos casos analizados está asociado con la disminución de la tasa de suicidio juvenil. Por ejemplo, dentro de las comunidades Aborígenes que tuvieron éxito en sus esfuerzos por restaurar sus sistemas de autogobierno, el riesgo relativo de suicidio entre sus jóvenes es un 85% menor que en comunidades que no lo han alcanzado. El riesgo es 52% menor en el seno de comunidades que controlan la educación – y así sucesivamente con cada una de los otros indicadores. Más importante que el efecto de estas variables individuales, sin embargo, es el efecto acumulativo de dicho éxito. Cuando contamos el número de

factores presentes en cada comunidad y luego calculamos las tasas de suicidio por separado para estas comunidades enumerando los factores presentes desde 0,1,2, en adelante, emerge un claro patrón de logro. Cuando ninguno de estas variables marcadoras están presentes, la tasa de suicidio juvenil es diez veces el promedio de la Provincia. Cuando todas las seis están presentes, la tasa cae a cero”.

En relación con niñez en instituciones cerradas de protección, la estadística de NNA indígenas es mayor que en no-indígenas, como sucede con las tasas de suicidio, por lo que la relación entre continuidad cultural y suicidio juvenil mantiene la misma relación con la capacidad de los pueblos indígenas de ofrecer servicios de atención a NNA y familias de sus comunidades directamente.

“Las comunidades que han asumido el control e implementan planes para sus NNA bajo protección especial, la tasa de suicidio es 25% más baja que en comunidades que aún carecen del control sobre los servicios a la infancia y la familia”.

Por tanto, Lalonde concluye, para los pueblos que ha estudiado que,

“Si el concepto de resiliencia se puede estrechar para aplicarse a las Primeras Naciones, como creo que se puede hacer, entonces las mejores posibilidades de logro yacen en los esfuerzos de las propias Primeras Naciones de reasumir su soberanía cultural y extender la base del conocimiento indígena, lo cual les ha permitido adaptarse y, en algunos casos, superar el clima de adversidad”.

Para Clark et.al, en su estudio sobre los Maoríes, en Nueva Zelanda, la clave de la acción preventiva debería centrarse en la familia:

“Este estudio demuestra que el vínculo familiar reduce el riesgo del intento de suicidio para las y los jóvenes maorí en todos los niveles del riesgo. Se requieren políticas, programas y servicios que prioricen la salud mental de la juventud y el apoyo a las filosofías indígenas familiares sobre el bienestar y el vínculo. Dichas estrategias pueden mejorar la salud mental de la juventud indígena como un todo, no solamente de quienes estén en alto riesgo de resultados negativos para su salud mental. Finalmente, este estudio añade al creciente cuerpo de evidencias que una estrategia dual para reducir una gama de factores de riesgo y, [además] promover el desarrollo positivo y las capacidades de la juventud indígena y sus familias puede ser la clave para reducir sus considerables disparidades en salud mental”.

Para White (2007), en Canadá, se requiere una mirada crítica, que cuente con la participación de las propias comunidades y –sobre todo – de la juventud afectada por problemas de suicidio indígena:

“La relevancia y valor de una reflexión crítica sobre la práctica sobre prevención cotidiana del suicidio indígena trabajando con jóvenes y comunidades indígenas [radica en que] dicha práctica se entienda como un conjunto amplio y abarcador de actividades simultáneas que incluyan intervenciones preventivas a nivel de la población, intervenciones clínicas individuales, y “post-intervención” (es decir, intervenir *después* de una muerte suicida). A través de una reflexión crítica, espero llamar la atención sobre alguna de las formas en que nuestros enfoques tomados

como válidos, de conocer y comprender la estructura de la forma como se ve, se siente y en últimas, se responde al problema del suicidio entre la juventud Aborígen. Interrogando, develando presupuestos y ubicando la práctica de prevención contemporánea del suicidio dentro de discursos específicos (...) [se busca] demostrar la relevancia y valor de la reflexión crítica para promover una acción conjunta, ética y sabia dentro y a través de las diversidades”.

Según Hanssens, para el caso australiano, se utilizaron técnicas como la elaboración de un vídeo sobre la cuestión del suicidio entre indígenas en comunidades Aborígenes en 2006, que sirvió para divulgar el problema, a través de entrevistas televisivas; el éxito de este material radicó en la capacidad de ser reproducido en otros canales locales que antes no estaban disponibles para pueblos indígenas pertenecientes a una red propia en las Islas Tiwi, los “Trabajadores Aborígenes en Salud Mental”. La creación de este grupo indígena, entra a dialogar con el sistema de salud “occidental”:

“Se ha establecido como una ruta aceptable y confiable para remisión de sus pacientes indígenas al sistema de salud oficial. Una enfermera psiquiátrica está ahora de manera permanente ubicada en la isla y cuenta con visitas periódicas de un psiquiatra. Desde el establecimiento de servicios terciarios en apoyo los servicios de atención primaria y secundaria existentes en la isla, los suicidios han disminuido de manera dramática. La historia del documental y sus resultados demuestran la necesidad de un nivel integral de servicio en salud mental terciario que se despliegue hacia las personas y comunidades indígenas a lo largo del Territorio del Norte”.

La valoración de este tipo de servicios desde las propias comunidades no significa, para esta autora, dejar de lado los servicios psiquiátricos que ofrece el sistema de salud pública:

“Esto no sugiere de forma alguna que los servicios primarios (patrulla comunitaria nocturna y comité de intervención en crisis) o los secundarios (Trabajadores Aborígenes en Salud Mental – AMHW, por sus siglas en inglés) no fueran adecuados. Al contrario, simplemente requerían la misma ruta de servicio y remisión terciarios que requiere toda persona suicida y enferma mental, porque los AMHW con frecuencia eran requeridos para monitorear a los pacientes suicidas y estaban trabajando 24 horas al día, siete días a la semana, con problemas graves de “burn-out”. El vídeo dio visibilidad a estas necesidades, lo que hizo que se diera una correspondencia entre los servicios y las necesidades identificadas”.

El estudio brasileño de Noriega et.al. (2011) en Brasil, indica que más allá de la urgente revisión de la política gubernamental relativa a los territorios y tierras indígenas, se sugiere la promoción de sus identidades étnicas como forma de afirmación y reorganización de estos grupos guaraní/kaiowá.

Aterrizando el papel de la escuela en la prevención y tratamiento adecuado del problema del suicidio, el estudio de 2012 de Elias, B; Mignone, J; Hall, M; Hong, SP; Hart, L; Sareen, J construye sobre los estudios que han teorizado acerca del suicidio en pueblos indígenas que si bien éste puede resultar de una experiencia traumática masiva en Canadá, la evidencia cualitativa sugiere que el sistema escolar de internados indígenas pone en marcha un ciclo de trauma, en que las personas sobrevivientes reportan abusos, suicidios y otras conductas resultantes de éste, con efectos traumáticos que se pasan de generación a generación. Por consiguiente, los autores indican que hoy en día existen cuatro generaciones de individuos de Primeras Naciones canadienses que han sobrevivido a los internados, que pueden haber transmitido el trauma experimentado a sus propios hijos/as y nietos/as, aunque no existe ningún estudio empírico que haya demostrado dicha dinámica. El estudio de realizaron estos autores, por consiguiente, buscó investigar si la exposición directa o indirecta al sistema de internados escolares canadienses está asociado con el trauma e historias de conductas suicidas.

Para ello, recogieron información durante un año (2002 a 2003), de una muestra representativa de Manitoba (Canadá), a partir de un universo de 2.963 varones, incluyendo a 611 de internados y 2.342 asistentes a escuelas externas. Los análisis de regresión demostraron que para quienes asistían a internados las experiencias negativas en esas instituciones estaban asociadas con una historia de abuso y que esta historia y comienzo de la juventud estaba relacionadas con una historia de pensamientos suicidas, mientras que la historia del abuso solamente se asociaba con la de intentos de suicidio. Para las personas adultas de las Primeras Nacionalidades que no asistieron a internados, encontraron que las edades entre 28 y 44, de sexo femenino, con pareja y con uno de sus padres o abuelos que sí habían asistido a internados tenían relaciones con historias de abuso. Esta historia, al lado de la edad y de tener un padre o madre (o abuelo/a) que estuvo en internados está asociada con historias de pensamientos e intentos suicidas. En conclusión, estos autores consideran que este estudio fue el primero en demostrar que a nivel de la población, el sistema de internados indígenas tiene impactos en la salud mental de los sobrevivientes y sus hijas e hijos.

Respecto del papel que juega la espiritualidad en la prevención y manejo de intentos suicidas, el estudio realizado en 2003 por Garrouette, E. M., Goldberg, J., Beals, J.; Henrell, R. y Manson, S., analizó las relaciones entre la prevalencia de vida de intentos suicidas y la espiritualidad en una muestra de probabilidad en indígenas estadounidenses, con datos obtenidos, a partir de entrevistas personales, de una muestra intersectorial de 1.456 personas de comunidades indígenas, de edades entre los 15 y los 57 años, que vivían cerca o en sus reservas de las Llanuras del Norte, en el período comprendido entre 1997 y 1999. La medición de las creencias se valoró desde el compromiso cristiano, mientras que el compromiso a la espiritualidad cultural (o formas de espiritualidad derivadas de tradiciones anteriores al contacto con Europa), se valoro usando medidas distintas para creencias y

orientaciones espirituales. De acuerdo con este análisis, los estudios concluyeron que ni el compromiso cristiano ni la espiritualidad cultural, medidas según las creencias, estuvieron relacionadas de modo sustancial con los intentos suicidas. Por el contrario, el compromiso con la espiritualidad cultural, medida por un índice de orientaciones espirituales, sí estaba asociada de modo significativo con una reducción del intento de suicidio, de modo que quienes tenían un mayor nivel de orientación espiritual cultural (o propia) habían reducido efectivamente la prevalencia del suicidio en comparación con los que tenían bajos niveles de orientación espiritual propia. Estos resultados se mantuvieron después de ajustes simultáneos para edad, género, nivel educativo, alto uso de alcohol y abuso de sustancias, así como inestabilidad psicológica, algo que se amolda a informes anecdóticos que sugerían la efectividad de los programas de prevención de suicidio indígena que enfatizaban las orientaciones relacionadas con la espiritualidad propia.

Todavía sobre el pueblo Inuit (esquimal), el investigador Michael Kral (2012) se interroga respecto de quién(es) deberían controlar la prevención del suicidio indígena, y cuál es la mejor base conceptual para hacerlo. Para ello, sugiere que dado que si bien la incidencia del suicidio de jóvenes indígenas es alto a nivel mundial, y que la mayoría de casos afectan a varones jóvenes, los Inuit de la zona ártica canadiense tienen una de las tasas más elevadas mundialmente, con cifras diez veces mayores que las del resto de ese país. Por tanto, sugiere que el aumento en el suicidio ha surgido a causa de los cambios originados en parte desde la llegada del gobierno canadiense al ártico desde las décadas de los cincuenta y los sesenta del siglo XX.

Los efectos de la intervención gubernamental, dice Kral, afectaron seriamente las relaciones de parentesco, los roles, responsabilidades y relaciones que tenían la finalidad de ser armoniosas, en donde se puede hallar inserto el suicidio. Dada la polarización entre los métodos psiquiátricos y los indígenas o comunitarios de sanación, el autor demuestra que los enfoques de intervención estatal en salud mental no están funcionando y que las prácticas de curación tradicional a menudo tienen lugar por fuera de las instituciones de salud oficiales en estas comunidades.

En relación con las propuestas educativas específicamente, las autoras Beth Howard-Pitney y Teresa LaFramboise (1997), hicieron una propuesta de diseño de un programa culturalmente pertinente diseñado para (y con la participación) del pueblo Zuni, una de las etnias de la tribu Pueblo del estado de Nuevo México en los Estados Unidos. Dicho programa “usa un modelo de desarrollo cognitivo social para mejorar los correlatos cognitivo y conductual del suicidio”.

El estudio de 2007 de Joseph Gone y Camelia Alcántara realizó una aproximación metodológica usando como marco de referencia los aportes de Urie Bronfenbrenner

(modelo ecológico¹⁰), y de Arnold Sameroff (modelo transaccional¹¹), para responder a la “alarmante prevalencia” de conductas suicidas en comunidades de nativos americanos. En su análisis afirman que:

“Estudios recientes han demostrado que los programas de prevención y los esfuerzos de intervención que usan los modelos transaccionales-ecológicos han reducido efectivamente las conductas suicidas en la población de muestra de indígenas norteamericanos y nativos de Alaska. Como resultado de ello, el artículo adopta el marco [citado] para conceptualizar el suicidio e identificar puntos de intervención, a partir de los informes empíricos más recientes, se hizo una revisión de conductas suicidas de nativos americanos, a la par que se situaron los factores de riesgo y de protección dentro de un marco bio-psicosocial. Con un enfoque en las interacciones entre los individuos y sus entornos, así como las condiciones precedentes, que conducen a un alto riesgo de suicidio, se analizaron oportunidades de intervención”.

El mismo autor (Gone) junto con Lisa Wexler, escriben el artículo titulado “Culturally responsive suicide prevention in indigenous communities: Unexamined assumptions and new possibilities” (Prevención de suicidio desde una respuesta cultural en comunidades indígenas, presupuestos sin examinar y nuevas posibilidades), aparecido en 2012 en el *American Journal of Public Health*, los autores parten del reconocimiento de la incapacidad de los esfuerzos de prevención e intervención para superar la disparidad entre tasas de suicidio indígenas mayores que las de comunidades no-nativas en Norteamérica.

De allí que su explicación es que “estos esfuerzos son culturalmente incongruentes para las comunidades nativas”, basadas en cuatro supuestos prevalecientes - que son los que sostienen la prevención profesional del suicidio – y que pueden entrar en conflicto con las comprensiones locales de los pueblos indígenas sobre éste.

“Nuestra experiencia en comunidades indígenas nos llevó a cuestionar los supuestos que de modo rutinario se respaldan y promueven en los programas de prevención e intervención del suicidio, por lo que al plantear preguntas sobre la relevancia universal de dichos presupuestos, esperamos estimular el intercambio y la investigación sobre el carácter de este devastador reto para la salud pública y

¹⁰ Este modelo plantea que los NNA están afectados en su desarrollo por una serie de sistemas interconectados, que Bronfenbrenner denomina: a) Micro-sistema: relativo a lo que el NNA trae consigo al mundo, como su temperamento y su genotipo y fenotipo; b) Macro-sistema, referido al entorno inmediato del NNA, donde está su familia nuclear; c) Exo-sistema: que se refiere al entorno más amplio, en donde se hallan la escuela, el barrio, la comunidad y la ocupación o trabajo de su padre y/o madre; d) Macro-sistema: relativo a la sociedad del país o la “cultura fronteriza”, las políticas públicas, las normas y programas que pueden afectar a las NNA en su desarrollo. Y, por último e) Crono-sistema: referido a las transiciones en la vida de NNA que pueden impactar en su desarrollo cronológico. (Early Childhood Intervention, module 1, <http://blogs.ubc.ca/earlychildhoodintervention1/2010/12/03/nature-nurture-debate/>, recuperado el 24-11-2012)

¹¹ El modelo transaccional de Sameroff se refiere a las relaciones intrínsecas entre la naturaleza y las formas de cuidado de NNA, en donde ambas afrontan retos e influencias mutuas, en donde los resultados del desarrollo son una función tanto del individuo como del contexto, mediante un complejo juego de interacciones entre NNA y su personalidad natural. El autor habla de influencias *próximas* y *distantes*, en donde las primeras tienen efectos directos en NNA mientras que las segundas en sus padres y cuidadores/as. (Early Childhood Intervention, module 1, <http://blogs.ubc.ca/earlychildhoodintervention1/2010/12/03/nature-nurture-debate/>), recuperado el 24-11-2012)

ayudar al desarrollo de intervenciones culturalmente apropiadas en contextos multiculturales”.

e. Desde las organizaciones y comunidades indígenas

El más reciente estudio de UNICEF (2012), reseñado aquí revela una perspectiva intercultural, con fundamento en el trabajo realizado con tres pueblos indígenas de Brasil, Colombia y Perú (Guaraní, Awajún y Embera, respectivamente). Dado el esfuerzo que se puede apreciar en este estudio de plantear enfoques que recojan las voces indígenas, una de sus conclusiones es contundente en la necesidad de abordar desde posturas críticas la mirada de la medicina occidental frente al problema:

“Las formas en que se presentan estos sucesos entre pueblos indígenas no siempre responden a su caracterización en la epidemiología médica, de manera que los tratamientos y protocolos oficiales aplicados a estas situaciones podrían no sólo no incidir en la reducción del daño sino agravarlo”. (UNICEF, 2012: 197).

En ese orden de ideas, el informe plantea las posibilidades de tomar en cuenta la cosmovisión, aspiraciones y necesidades de las propias comunidades indígenas, no solamente desde una perspectiva intercultural, sino una que reconozca y respete los derechos de los pueblos indígenas al consentimiento –basado en la libre determinación y la autonomía – y los procedimientos de consulta previa, libre e informada:

“En cualquier caso, la complejidad cultural y multi-causal del suicidio de niños y jóvenes indígenas obliga a pensar, junto a estrategias globales de carácter estructural, en estrategias locales muy pragmáticas donde sean los propios comuneros los que definan el tipo de proceso que debe ser capaz de reducir el daño y finalmente erradicar el problema. Esta estrategia ubica al Estado en un rol facilitador y de apoyo, principalmente a través del impulso y consolidación de redes y estructuras autónomas de debate y toma de decisiones, al fomento de espacios e iniciativas abiertas a los jóvenes, al apoyo profesional necesario que se le solicite y al apoyo sostenido de las soluciones exitosas propuestas por la comunidad. En este proceso las comunidades deben poder reforzar su control sobre los programas del Estado que les afecten, sean en el campo de la salud, la formación profesional, la educación, la disposición sobre sus tierras y recursos o la solución de conflictos de acuerdo a lo establecido en el Convenio 169 y en la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas”. (Ibíd., 202-203)

En las propuestas planteadas por el Colectivo Jenzerá para el caso de los Embera en Colombia, se recogen las experiencias de intervención desde los organismos estatales, en especial, el sistema de salud y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF:

“En el 2009, en la comunidad de Alto Guayabal (municipio de Carmen del Darién), nueve personas entre jóvenes y adultos intentaron suicidarse. Estos hechos motivaron al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) a intervenir con un grupo interdisciplinario compuesto por una enfermera, un antropólogo, un trabajador social y un psicólogo. La intervención se hizo con 3 familias de la comunidad que habían vivido esta situación. Esta primera intervención, junto al trabajo de otros equipos de las organizaciones, contratados para trabajar el tema de la salud, comenzaron a describir como “desórdenes mentales” en las comunidades”. (UNICEF: 2012: 181).

Las preguntas que se formulan en el estudio acerca de la pertinencia de estos enfoques se concentran en experiencias de contratación de psicólogos(as) por las organizaciones indígenas, frente a cuya intervención se logró avanzar en develar las dimensiones del problema, pero asimismo en identificar las diferencias lingüísticas que reflejan las formas como se aprehenden las situaciones comunitarias:

...”se comenzó a percibir la confusión que existía en la manera de abordar el tema por parte de los expertos “occidentales”, pues como estos profesionales lo manifiestan, “para hablar de salud mental en el marco de las comunidades indígenas hay que tener en cuenta que eso que nosotros desde occidente llamamos de modo tan inequívoco ‘lo mental’ es algo que en la gente indígena tiene otros contenidos, otras dimensiones y referentes”... (Ibíd., 180).

Dados los impactos desproporcionados del conflicto armado interno en estas y otras poblaciones indígenas, el informe de UNICEF concluye recomendando a diversas instituciones del Estado implementar las salvaguardas establecidas en el Auto 004/2009 y, simultáneamente, a las organizaciones indígenas poner este tema como prioritario en sus relaciones con el Estado, como un asunto de salud pública de suma gravedad.

5. Bibliografía

Axelrad, S. (1963), *Mohave Ethnopsychiatry and Suicide: The Psychiatric Knowledge and the Psychic Disturbances of an Indian Tribe*. George Devereux. *American Anthropologist*, 65: 1394–1395.

Atkinsno, Sue (1993). *Climbing the Cliff of Depression: A Practical Guide for Sufferers*. Lion, UK.

Bhui, KS; Dinos, S; McKenzie, K. (2012). Ethnicity and its influence on suicide rates and risk. *Ethnic Health*; 17 (1-2): 141-8, 2012.

Chandler, M., Lalonde, C., Sokol, B., & Hallett, D. (2010). Le suicide chez les jeunes Autochtones et l'effondrement de la continuité personnelle et culturelle. Presses de L'Université Laval. Laval.

Clark, Terryann; Robinson, Elizabeth; Crengle, Sue; Fleming, Theresa, Ameratunga, Shanthi; Denny, Simon, Bearinger, Linda; Sieving, Renee; Saewyc, Elizabeth (2011). Risk and protective factors for suicide attempt among indigenous Maori youth in New Zealand: The role of family connection. National Aboriginal Health Organization (NAHO) - Journal De La Santé Autochtone, mars 2011

Chandler, M.J. & Lalonde, C.E. (2008). Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations. In Kirmayer, L. & Valaskakis, G. (Eds.). *Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada (pp 221-248)*. University of British Columbia Press.

<http://web.uvic.ca/%7Elalonde/manuscripts/2008HealingTraditions.pdf>

Chandler, M.J. & Lalonde, C.E. (2008). Cultural continuity as a protective factor against suicide in First Nations youth. *Horizons*. 10(1), 68-72. [\[preprint\]](#)

Chandler, M.J., & Lalonde, C.E. (2004). Transferring Whose Knowledge? Exchanging Whose Best Practices?: On Knowing About Indigenous Knowledge and Aboriginal Suicide. To appear in D. Beavon and J. White (Eds.) *Aboriginal Policy Research*. London, ON: Althouse Press. [\[preprint\]](#)

Chandler, M.J., Lalonde, C.E., Sokol, B., & Hallett, D. (2003). *Personal Persistence, Identity Development, and Suicide: A Study of Native and Non-Native North American Adolescents*. Monographs of the Society for Research in Child Development, Vol. 68, No. 2, Serial No. 273. [\[preprint\]](#)

Chandler, M. J., Lalonde, C. E., Sokol, B., & Hallett, D. (2003). Surviving Time: Aboriginality, suicidality, and the persistence of identity in the face of radical developmental and cultural change. Monographs of the Society for Research in Child Development.

Chandler, M.J. & Lalonde, C.E. (1998). Cultural Continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 193-211.

Chandler, M.J. & Lalonde, C.E. (1996b). Folk theories of mind and self: A cross-cultural study of suicide in native and non-native groups. In A. Marchetti & O. Sempio (Eds.), *The development of theories of mind and the construction of cognitive abilities*, Milano: Raffaello Cortina.

Dafoe, B., & Monk, L. (2005). *Suicide Postvention is Prevention: A proactive planning workbook for communities affected by suicide*. Vancouver: BC Council for Families

Devereux, George (1961) *Mohave Ethnopsychiatry and Suicide: the psychiatric knowledge and the psychic disturbances of an Indian tribe*. (Smithsonian Institution Bureau of American Ethnology Rep.No. 175). Washington, D.C.: U.S. Government Publishing Office.

Devereux, G. (1980). Primitive Psychiatric diagnosis: A general theory of the diagnostic process.

In G. Devereux (Ed.), *Basic problems of ethnopsychiatry* (pp. 247–273). Chicago: The University of Chicago Press.

Evans, Al (1999). *Chee Chee: A Study of Aboriginal Suicide*. McGill Queen's University Press,

Goldston, DB, Molock, SD; Whitbeck, LB; Murakami, JL; Zayas, LH; Hall, GC. (2008). Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *Biblioteca Nacional en Salud (BVS) - Am Psychol*; 63 (1): 14-31, 2008, Jan. Medline PMID: 18193978

Good, B. (1994). *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

Hallett, D., Chandler, M.J. & Lalonde, C.E. (2007). Aboriginal language knowledge and youth suicide. *Cognitive Development*, 22(3), 392-399. [\[preprint\]](#)

Hanssens, Leonore (2007). Indigenous Dreaming: How suicide in the context of Substance Abuse has impacted on and shattered the dreams and reality of indigenous communities in Northern Territory, Australia. In: Aboriginal and Islander Health Worker Journal, Vol. 31, No. 6, Nov/Dec 2007: 26-34.

Haslam, N. (2005). Dimensions of folk psychiatry. Review of General Psychology, 9, 35-47.

Hippler, Arthur. (1969). Fusion and frustration: dimensions in the cross-cultural ethno-psychology of suicide. American Anthropologist Vol. 71 no. 6 (December 1969) p. 1074-1087 New York

Jilek, Wolfgang George (2008). Factores culturales en Psiquiatría. Investigación en Salud, Vol. X, no. 1, abril, 2008, pp. 34-42. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México. <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14219995008>

Jovanovski, T. (1995). The cultural approach of ethnopsychiatry: A review and critique. New Ideas in Psychology, 13, 281-297.

Lalonde, C.E. (2009). Can a community be called "mentally healthy"? Maybe, but only when the whole really is greater than the sum of its parts. Canadian Institute for Health Information, ed., Mentally healthy communities: Aboriginal perspectives (pp.33-37). [\[preprint\]](#)

Lalonde, Christopher E. and Chandler, Michael J. Culture, Selves, And Time: Theories Of Personal Persistence In Native And Non-Native Youth In C. Lightfoot, C. Lalonde and M. Chandler (Eds.). Changing Conceptions of Psychological Life (pp. 207-229). Mahwah, NJ: Laurence Erlbaum & Associates

Leenars, Antoon; EchoHawk, Marlene; Lester, David & Leenars, Lindsey (2007). Suicide Among Indigenous Peoples: What Does The International Knowledge Tell Us? The Canadian Journal of Native Studies XXVII, 2(2007):479-501.

Miller, K.M., Cugley, J.A. & Ministerial Council for Suicide Prevention, 2004. Using the Internet for suicide prevention: A guide. <http://www.mcsp.org.au/files/user2/guide...>

Neehall, John; Beharry, N. (1994). Demographic and clinical features of adolescent parasuicides. En: West Indian Medical Journal (BVS); 43(4): 123-6, Dec. 1994

Oliveira, Cleane S. de; Lotufo Neto, Francisco. (2003) Suicidio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. Revista de psiquiatria clínica [online],

2003, vol. 30, n.1, pp. 4-10. ISSN 0101-6083. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832003000100001>

Organización Mundial de la Salud (2001). Prevención del Suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra: Transtornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías

Organización Mundial de la Salud (2002). Capítulo 7: La Violencia Auto-infligida. Informe Mundial sobre Violencia y Salud. Ginebra: OMS

Orlove, Benjamín (1981). El suicidio de Juanita. América indígena Vol. 41 no. 1 (Enero 1981) p. 25-52. México: Instituto Indigenista Interamericano

Rockett, IR; Wang, S; Stack, S; De Leo, D; Frost, JL; Ducatman, AM; Walker, RL; Kapusta, ND. (2010). Race/ethnicity and potential suicide misclassification: window on a minority suicide paradox? BMC Psychiatry; 10: 35, 2010.

Rodríguez Mir, J. (2006). Los wichí en las fronteras de la civilización capitalismo, violencia y shamanismo en el chaco argentino, una aproximación etnográfica (1a ed.). Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.

Rojas, Rocío (2003). Crecer Sanitos. Estrategias, metodologías e instrumentos para investigar y comprender la salud de los niños indígenas. Módulos 1-3. Washington, OPS

Sepúlveda López de Mesa, Rodrigo Iván (2008). Vivir las ideas, idear la vida: adversidad, suicidio y flexibilidad en el ethos de los Emberá y Wounaan de Riosucio, Chocó. Antípoda Revista de Antropología y Arqueología, Universidad de los Andes, Bogotá. No. 6 (Ene – Jun 2008) p. 245-269.

Teichroeb, Ruth (1996). Flowers on My Grave: How an Ojibwa Boy's Death Helped Break the Silence on Child Abuse. Harper-Collins Publishers

Universidad de Antioquia y Organización Indígena de Antioquia (2006). Estado del Arte del Conocimiento sobre la salud de los Pueblos Indígenas de América. Salud Mental de los Pueblos Indígenas. Bogotá: OPS/OMS

Vélez Rivas, Martha (XXXX). Suicidio indígena en la época de la Conquista. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia, ICANH

Villa, Eugenia (1978). Los Paeces: un grupo humano en proceso de suicidio biológico y cultural. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia.

Vorcaro, Claudia Maria Resende; Uchoa Elizabeth; Lima Costa, Maria Fernanda. (2002). Prevalencia e características associadas a depressão: revisão de estudos epidemiológicos com base populacional/ prevalence and associated characteristics of depression. A review of population-based epidemiological studies. En: Jornal brasileiro de psiquiatria; 51(3):167-182, jun. 2002.

Metraux, Alfred (1948). Suicide among the Matakos of the Argentine Gran Chaco. INCAHN – Artículo de revista: América indígena Vol. 3 no. 3 (Jul 1943) p. 199-209 México: Instituto Indigenista Interamericano

White, Jennifer (2007). Working in the midst of Ideological and Cultural Differences: Critically Reflecting on Youth Suicide Prevention in Indigenous Communities. Canadian Journal of Counselling / Revue canadienne de counseling / 2007, Vol. 41:4 213 -227

Recursos:

Kachimaa Mawiin - Maybe for Sure: Finding a Place for Place in Health Research and Policy

Lalonde, C.E., Kinew, K., & Yates, R. Proceedings of Place and Health: Research to Policy Workshop, Canadian Population Health Initiative, 2005

<http://web.uvic.ca/~lalonde/manuscripts/...>

Centre for Suicide Prevention, 2001. A Closer Look at Self-Harm

<http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/ale...>

A Life Worth Living, Gryphon Productions, 2006, In.

<http://www.gryphonproductions.com/index....>

A Summary of National, State and Provincial Strategies for the Prevention of Suicide
Centre for Suicide Prevention In: <http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/Sum...>

Alcántara, C., & Gone, J. P. (2007). Reviewing suicide in native american communities: Situating risk and protective factors within a transactional-ecological framework. *Death Studies*, 31(5), 457-477. doi: 10.1080/07481180701244587

Anderson, J. (2006). Chee chee: A study of canadian aboriginal suicide. *American Indian Culture & Research Journal*, 30(3), 134-136.

Bohn, D. K. (2003). Lifetime physical and sexual abuse, substance abuse, depression, and suicide attempts among native american women. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(3), 333.

Borowsky, I. W., Resnick, M. D., Ireland, M., & Blum, R. W. (1999). Suicide attempts among american indian and alaska native youth: Risk and protective factors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(6), 573-580.

Broderstad, A. R., Eliassen, B., & Melhus, M. (2011). Prevalence of self-reported suicidal thoughts in SLiCA. the survey of living conditions in the arctic (SLiCA). *Global Health Action*, 4, 1-7. doi: 10.3402/gha.v52i0.10226

Colucci, E., & Graham, M. (2007). Ethnocultural aspects of suicide in young people: A systematic literature review part 2: Risk factors, precipitating agents, and attitudes toward suicide. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 37(2), 222-237.

De Leo, D., Milner, A., & Sveticic, J. (2012). Mental disorders and communication of intent to die in indigenous suicide cases, queensland, australia. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 42(2), 136-146. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00077.x

De Leo, D., Sveticic, J., & Milner, A. (2011). Suicide in indigenous people in queensland, australia: Trends and methods, 1994--2007. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(7), 532-538. doi: 10.3109/00048674.2011.570310

De Mesa, Rodrigo Iván Sepúlveda López. (2008). Vivir las ideas, idear la vida: Adversidad, suicidio y flexibilidad en el ethos de los emberá y wounaan de riosucio, chocó. *Antípoda : Revista De Antropología y Arqueología*, (6), 245-269.

EchoHawk, M. (1997). Suicide: The scourge of native american people. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 27(1), 60-7.

Enns, M. W., Inayatulla, M., Cox, B., & Cheyne, L. (1997). Prediction of suicide intent in aboriginal and non-aboriginal adolescent inpatients: A research note. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 27(2), 218-24.

Garrouette, E. M., Goldberg, J., Beals, J., Herrell, R., & Manson, S. (2003). Spirituality and attempted suicide among american indians. *Social Science & Medicine*, 56(7), 1571-1579.

Farrelly, T., & Francis, K. (2009). Definitions of suicide and self-harm behavior in an australian aboriginal community. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 39(2), 182-9.

Gary, F. A. (2005). Perspectives on suicide prevention among american indian and alaska native children and adolescents: A call for help. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(2), 170-211.

Goldston, D. B., Molock, S. D., Whitbeck, L. B., Murakami, J. L., Zayas, L. H., & Hall, G. C. N. (2008). Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *American Psychologist*, 63(1), 14-31.

Hicks, J. (2007). Los determinantes sociales de las altas tasas de suicidio de los jóvenes inuit. *Asuntos Indígenas*, 4, 30-37.

Hunter, E. (2011). Contextualizing indigenous suicide. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(7), 601-602.

Hutchinson, G., Daisley, H., Simeon, D., Simmonds, V., & et al. (1999). High rates of paraquat-induced suicide in southern trinidad. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 29(2), 186-91.

Kral, M. J. (2012). Postcolonial suicide among inuit in arctic canada. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 36(2), 306-25. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11013-012-9253-3>

LaFromboise, T. D., PHD, & Lewis, H. A., MED. (2008). The zuni life skills development program: A School/Community-based suicide prevention intervention. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 38(3), 343-53.

LaFromboise, T., & Howard-Pitney, B. (1995). The zuni life skills development curriculum: Description and evaluation of a suicide prevention program. *Journal of Counseling Psychology*, 42(4), 479.

Lawson-Te Aho, K., & Liu, J. (2010). Indigenous suicide and colonization: The legacy of violence and the necessity of self-determination. *International Journal of Conflict and Violence*, 4(1), 125-133.

LeMaster, P. L., Beals, J., Novins, D. K., & Manson, S. M. (2004). The prevalence of suicidal behaviors among northern plains american indians. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34(3), 242-54.

May, P. A., Serna, P., Hurt, L., & DeBruyn, L. M. (2005). Outcome evaluation of a public health approach to suicide prevention in an american indian tribal nation. *American Journal of Public Health*, 95(7), 1238-44.

McCoy, B. (2007). Suicide and desert men: The power and protection of kanyirninpa (holding). *Australasian Psychiatry*, 15, S63-S67. doi: 10.1080/10398560701701221

Medina, C., & Luna, G. (2006). Suicide attempts among adolescent mexican american students enrolled in special education classes. *Adolescence*, 41(162), 299-312.

Methot, S. (2004). Chee chee: A study of aboriginal suicide (book). *Quill & Quire*, 70(4), 39-39.

Middlebrook, D. L., LeMaster, P. L., Beals, J., Novins, D. K., & Manson, S. M. (2001). Suicide prevention in american indian and alaska native communities: A critical review of programs. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 31, 132-149. doi: 10.1521/suli.31.1.5.132.24225

Mullany, B., Barlow, A., Goklish, N., Larzelere-Hinton, F., Cwik, M., Craig, M., & Walkup, J. T., MD. (2009). Toward understanding suicide among youths: Results from the white mountain apache tribally mandated suicide surveillance system, 2001-2006. *American Journal of Public Health*, 99(10), 1840-8.

Noël, D. (2007). Chee chee: A study of aboriginal suicide. (English). *Recherches Amérindiennes Au Québec*, 37(2), 164-166.

Novins, D. K., Beals, J., Roberts, R. E., & Manson, S. M. (1999). Factors associated with suicide ideation among american indian adolescents: Does culture matter? *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 29(4), 332-46.

Perez-Rodriguez, M., Baca-Garcia, E., Oquendo, M. A., & Blanco, C. (2008). Ethnic differences in suicidal ideation and attempts. *Primary Psychiatry*, 15(2), 44-53.

Rodríguez Mir, J. (2009). La apropiación simbólica como forma de poder: La necesaria y temida alteridad entre los wichí del chaco argentino/The symbolic appropriation as a form of power: The necessary and feared otherness among the wichí of the argentine chaco. *Revista Española De Antropología Americana*, 39(2), 151-169.

Rodríguez Mir, J. (2006). Los wichí en las fronteras de la civilización capitalismo, violencia y shamanismo en el chaco argentino, una aproximación etnográfica (1a ed.). Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.

Shane M Hamilton, & Karen A Rolf. (2010). Suicide in adolescent american indians: Preventative social work programs. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 27(4), 283-290. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10560-010-0204-y>

Shiang, J. (1998). Does culture make a difference? Racial/ethnic patterns of completed suicide in san francisco, CA 1987-1996 and clinical applications. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 28(4), 338-54.

Silviken, A., Haldorsen, T., & Kvernmo, S. (2006). Suicide among indigenous sami in arctic norway, 1970-1998. *European Journal of Epidemiology*, 21(9), 707-713.

Sorenson, S. B., & Shen, H. (1996). Youth suicide trends in california: An examination of immigrant and ethnic group risk. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 26(2), 143-54.

Wexler, L., & Gone, J. (2012). Culturally responsive suicide prevention in indigenous communities: Unexamined assumptions and new possibilities. *American Journal of Public Health*, 102(5), 800-806.

Wexler, L., Hill, R., Bertone-Johnson, E., & Fenaughty, A. (2008). Correlates of alaska native fatal and nonfatal suicidal behaviors 1990-2001. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 38(3), 311-20.

Wissow, L., Walkup, J., Barlow, A., Reid, R., & Kane, S. (2001). Cluster and regional influences on suicide in a southwestern American Indian tribe. *Social Science & Medicine*, 53(9), 1115-1124.

Archivos de páginas web:

Aldana, A. (2009, Febrero 20). Pulso entre "mandé norte" y cultura indígena. *El Mundo.Com*. Retrieved from <http://www.elmundo.com/portal/pagina.general.impression.php?idx=108649>

Identifican las causas de los suicidios indígenas en el Chocó. (2011, Septiembre 3). *Territorio Chocoano Noticias*. Retrieved from <http://www.territoriochocoano.com/secciones/regional/1840-identifican-las-causas-de-los-suicidios-indigenas-en-el-choco.html>

Iguarán, Ú. (2012, Julio 25 2012). Indios, suicidios y el "Jai" que circula por la ribera. *La pluma.net*, Retrieved from http://www.es.lapluma.net/index.php?option=com_content&view=article&id=3867:indios-suicidios-y-el-jai-que-circula-por-la-ribera&catid=58:opinion&Itemid=182

Jaramillo, E. (2009, Enero 27 2009). La ablación en las niñas embera. *Corporación Contigo Mujer*. Retrieved from <http://corporacioncontigomujer.blogspot.com/2009/01/la-ablacion-en-las-ninas-embera.html>

ONIC - Organización Nacional Indígena de Colombia. (2009, Febrero 6). La Muriel Mining Corporation, atropella y desconoce las autoridades indígenas en la mina Cera Carra de Perro. *CENSAT Agua Viva*, Retrieved from <http://www.censat.org/articulos/10025-comunicado/226-La-Muriel-Mining-Corporation-atropella-y-desconoce-las-autoridades-indigenas-en-la-mina-Cerro-Carra-de-Perro>

s.a. (2003, Octubre 12). Crece suicidio entre indígenas del chocó. *Caracol Radio*. Retrieved from <http://www.caracol.com.co/noticias/judicial/crece-suicidio-entre-indigenas-del-choco/20031012/nota/85366.aspx>

SEGURA (seudónimo). (2010, Noviembre 14). Comunidad indígena de Chocó preocupada por suicidio de sus miembros. *Caracol Noticias*, Retrieved from

<http://www.noticiascaracol.com/nacion/video-197105-comunidad-indigena-de-choco-preocupada-suicidio-de-sus-miembros>

Situación de indígenas es precaria: según ONU. (2010, Enero 16).

eluniversal.com.co, Retrieved from

<http://www.eluniversal.com.co/cartagena/nacional/situacion-de-indigenas-es-precarias-segun-onu>

SUICIDIOS INDÍGENAS De 1991-2012

Organizado por fecha de aparición de la noticia o publicación

Numero de suicidios	Nombres y Edad	Fecha	Sitio	Posible causa	Modo de muerte	Pueblo	Fuente
1	Patricia Chimiguira Diaz – 33 años	30 de junio de 1993	Valledupar		Ahorcada	Arzaria	El tiempo, 30 de junio de 1993
1	Jesús Eduardo Quilindó Sanchez	23 de marzo de 2003	Resguardo Polindara, Vereda Belén, Municipio de Torotó, Cauca	Castigo de sargento en servicio militar	Disparo en la cabeza	Paez	El Tiempo, 23 de marzo de 2003
7		12 de octubre de 2003	Bojayá		Ahorcados	Emberas	Caracol Radio 12 de octubre de 2003
7		12 de octubre de 2003	Bajo Atrato, Río Salaguí		Ahorcados	Emberas	El Tiempo, 12 de octubre de 2003
1	Gloria Siriguí Bailarín - 24 años	25 de marzo de 2004				Embera	Auto 004/09
1	Florentino Mecheche Valdespino	11 de Abril de 2004				Embera	Auto 004/09
1	Leidy Salazar Casama- 14 años (dejo una carta de despedida)	14 de septiembre de 2003	Bajo Atrato, Río Salaguí	Tristeza y aburrimiento por la guerra	Ahorcados	Embera Katio	El Tiempo, 12 de octubre de 2003
1	Nelson Salazar	24 de Diciembre de 2001	Bajo Atrato, Río Salaguí	Tristeza y aburrimiento por la guerra	Arma de fuego	Embera Katio	El Tiempo, 12 de octubre de 2003
1	Patricia Jumí - 12 años	15 de marzo de 2003	Riosucio, orillas de Peranchito	Tristeza y aburrimiento por la guerra	Ahorcada	Embera Katio	El Tiempo, 12 de octubre de 2003
1	Cecilia Domico – 13 años	Abril de 2003		Tristeza y aburrimiento por la guerra	Ahorcada	Embera Katio	El Tiempo, 12 de octubre de 2003
1	Ketty Salazar Casama– 15 años (nieta de Jaibana Atenso)	26 de junio 2003	Cuenca del río Salaquí	Tristeza y aburrimiento por la guerra	Ahorcada	Embera Katio	El Tiempo, 12 de octubre de 2003
1	Ricaurte Puchinaca – 21 años	9 de septiembre de 2003	Riosucio	Tristeza y aburrimiento por la guerra	Ahorcado	Embera Katio	El Tiempo, 12 de octubre de 2003
1	Ariel Bailarín- 15 años	15 de septiembre de 2003	Quiparado	Tristeza y aburrimiento por la guerra	Ahorcado	Embera Katio	El Tiempo, 12 de octubre de 2003

1	Rosa Elena Sinigui – 17 años	26 de abril de 2004	Riosucio	Poseida	Ahorcada	Emebera Katio	El Tiempo 27 de Junio de 2004
1	Yuber Salazar	2004	Riosucio	Poseido	Ahorcado	Emebera Katio	El Tiempo 27 de Junio de 2004
1 joven		16 de julio de 2004	Rio Atrato		Ahorcados	Embrea	Etniasdecolombia.com, 16 de julio de 2004
14 niños y niñas		2003		Conflicto Armado		Embera Katio	Informe Alternativo al Comité de los Derechos del niño 2005
1	Belisario Sanchez (Mow be, lider)	20 de octubre de 2006	San José del Guaviare	Estrés por contacto con blancos	Envenenado con barbasco	Nukak	El Tiempo, 20 de octubre de 2006
20		2006	Rios Salaquí y Tiraundó. Riosucio, Chocó	Adversidad: discriminación, violencia directa, socio espacial y estructural	Ahorcados	Emberas y Wounnan	Revista Antipoda Uniandes Julio de 2008
6	Sonia. 16 años Familia suicida: 3 adolescentes, dos mujeres y un hombre	2005	Riosucio, Chocó	Adversidad: discriminación, violencia directa, socio espacial y estructural	Ahorcados	Embera	Revista Antipoda Uniandes Julio de 2008
1	Armando Arrieta-22 años	14 de noviembre de 2008	Arauca, comunidad Cocorito		Ahorcado	Embera	Llano.com, 14 de noviembre de 2008
3 jóvenes		6 de febrero de 2009	Alto Guayabal			Embrea	ONIC, 6 de febrero de 2009
3 jóvenes		2005	Alto Guayabal	Minería		Embera Katio	El Mundo, Febrero 20 de 2009
25 2 casos en 2005 3 casos en 2006 5 casos en 2007 5 casos de 2008 9 casos en 2009		2005-2009	Mitú		Ahorcados	Tucanos, desanos, cubeos y curripacos	El Tiempo, 5 de agosto de 2009
9		2009	Mitú		Ahorcados	Awás	El Tiempo, 5 de agosto de 2009
2 jóvenes (una mujer de 14 años y un hombre)		17 de agosto de 2009	Acaricuara y Mitú				El Tiempo, 17 de agosto de 2009
8 mujeres		30 de enero de 2010	Alto Guayabal, resguardo Uradú Jiguaminando	Bombardeo		Emberas Katio	Observatorio por la autonomía de los pueblos por 30 de enero de 2010

1	Oliverio Conquista Puchicama	2010	Marcial, Bajo Atrato		Ahorcado	Embera	El Tiempo, 5 de febrero de 2011
1	Recaurte Puchima	2012	Marcial, Bajo Atrato		Ahorcado	Embera	El Tiempo, 5 de febrero de 2011
1	Yesid Fortich Agamez – 36 años	29 de junio de 2011	Municipio Soledad, Atlántico	Desplazado	Ahorcado	Wayuu	Elpilon.com.co, 29 de junio de 2011
3		2009	Comunidad Catrú	Conflicto Armado, pobreza, desesperanza, perdida del territorio y Jais		Embera Dobia	Territorio chocuano.com 3 de septiembre 2011
2		2010	Docasina	Conflicto Armado, pobreza, desesperanza, perdida del territorio y Jais		Embera	Territorio chocuano.com 3 de septiembre 2011
12		2011	Comunidades Iruto, Nuncidó, Playita, Campo Bonito y Villa Miriam	Conflicto Armado, pobreza, desesperanza, perdida del territorio y Jais		Emberas	Territorio chocuano.com 3 de septiembre 2011
15 jóvenes		2003-2004				Emberas Katio y Chami, Wounnan,	El Universal, 16 de enero de 2012
80		1992-2012				Emberas	La Pluma.net 25 de Julio de 2012
15		2006	Murindó			Emberas	La Pluma.net 25 de Julio de 2012
1	Virgilio Volveras – 45 años (Exgobernador)	30 de julio de 2012	Cajibío, Cauca	Problemas personales	envenenado	Paez	Periodicovirtual.com, 30 de julio de 2012
1	Carlos Domicó Domicó	14 de agosto de 2012	Municipio de Tierralta, procedente del resguardo Karedó en Franquilla		Ahorcado	Embera Katio	El Universal.com, 14 de agosto de 2012
1	Torrita Bailarín	2012	Cordoba	celos		Embera Katio	El Universal.com, 14 de agosto de 2012
55		2000-2012				Embera	Orewa.org noviembre de 2012

*Varios ahorcamientos de mujeres Embera fueron hechos con sus faldas tradicionales llamadas Paruma

INTENTO DE SUICIDIO

Numero de suicidios	Nombres y Edad	Fecha	Sitio	Posible causa	Modo de muerte	Comunidad	Fuente
1	Alver Antonio Bugamá – 16 años		Riosucio	Poseido	Ahorcado	Emebera Katio	El Tiempo 27 de Junio de 2004
1	Gabrielito Moña Polpare – 19 años (vecino de Recaurte Puchima y Oliverio Puchicama)	5 de febrero de 2011	Marcial, Bajo Atrato	Jai (espíritu)	2 intentos de Ahorcamiento y un intento de hundir hoja afilada en el centro de su vientre	Embera	El Tiempo, 5 de febrero de 2011
24		2010	Marcial, Bajo Atrato			Embera	El Tiempo, 5 de febrero de 2011
30		2010	Careperro			Embera	El Tiempo, 5 de febrero de 2011
20		2011	Comunidades Iruto, Nuncidó, Playita, Campo Bonito y Villa Miriam	Conflicto Armado, pobreza, desesperanza, pérdida del territorio y Jais		Emberas	Territorio chocuano.com 3 de septiembre 2011
139		2000-2012				Embera	Orewa.org noviembre de 2012

AMENAZAS DE SUICIDIO COLECTIVO

Fecha	Sitio	Posible causa	Comunidad	Fuente
20 de abril de 1995	Cubará, Boyacá	Exploración petrolera por parte de la OXY	Uwa	El Tiempo
23 de septiembre de 1999	Boyacá	Licencia Ambiental para petrolera en territorio Samoré	Uwa	El Tiempo
6 junio de 2005	Boyacá	Protesta por incursión de Ecopetrol (Ayuno de tres meses)	Uwa	El Tiempo
18 de agosto de 2007	Cerro Careperro, entre Antioquia y Chocó	Explotación de cobre, molibdeno u oro	Embera	El Tiempo
5 de mayo de 2011	Territorio Embera	Incumplimiento de acuerdo con grupos armados de respetar su territorio	Embera	El Tiempo