



MINSALUD



**TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

**ORIENTACIONES TÉCNICAS CON ENFOQUE  
INTERCULTURAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD  
MENTAL, LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS  
PSICOACTIVAS Y LA CONDUCTA SUICIDA EN POBLACIÓN  
INDÍGENA.**

**DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN  
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES  
GRUPO DE GESTIÓN INTEGRADA PARA LA SALUD MENTAL**

**2016**

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE  
Ministro de Salud y Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL  
Secretario General

CARMEN EUGENIA DÁVILA  
Viceministro de Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA  
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA  
Director de Promoción y Prevención

JOSÉ FERNANDO VALDERRAMA VERGARA  
Subdirector de Enfermedades No Transmisibles.

---

## Coordinación técnica

### **Nubia Esperanza Bautista Bautista**

Médico Psiquiatra

Coordinadora Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

### **Rodrigo Lopera Isaza**

Psicólogo

Profesional Especializado Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

## Elaboración

### **Danny Daniel Herrán Acero**

Antropólogo - Contratista

Convenio 547 de 2015 OIM- MSPS

Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

© Ministerio de Salud y Protección Social

## Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

### Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

Carrera 13 No. 32 76

PBX: (57-1) 330 50 00

FAX: (57-1) 330 50 50

Línea de atención nacional gratuita: 018000 91

00 97 Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m.

Bogotá D.C., Colombia, Septiembre de 2016

---

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento al MSPS como fuente y propietaria del copyright. Toda solicitud para uso público o comercial y derechos de traducción se sugiere contactar al MPSP a través de su portal web [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)

## Tabla De Contenido

**ACRONIMOS 5**

**INTRODUCCIÓN 6**

**1. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS ORIENTACIONES TÉCNICAS CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y LA CONDUCTA SUICIDA EN POBLACIÓN INDÍGENA 8**

**2. ESTRATEGIAS, INTERVENCIONES Y HERRAMIENTAS 13**

- **ESTRATEGIA 1 Favorecer los procesos de autonomía de las organizaciones de grupos y pueblos indígenas – nivel organizativo/territorial 14**
- **ESTRATEGIA 2 Fortalecer los procesos de construcción de sentido y significado en las comunidades de grupos y pueblos indígenas – nivel comunitario 16**
- **ESTRATEGIA 3 Generación de recursos protectores a nivel familiar entre las comunidades de grupos y pueblos indígenas – nivel familiar 19**
- **ESTRATEGIA 4 Brindar cuidado oportuno en Salud Mental en miembros de grupos y pueblos indígenas – nivel individual 21**

**3. RESPONSABILIDADES PARA LA OPERATIVIZACIÓN 24**

**BIBLIOGRAFÍA 32**

## ACRONIMOS

**EAPB:** Empresas Administradoras de Planes de Beneficios en Salud

**AET:** Autoridades Étnico Territoriales

**ETI:** Entidad Territorial Indígena.

**IAP:** Investigación Acción Participativa

**ICBF:** Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

**MIAS:** Modelo Integral de Atención en Salud

**MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social

**OET:** Organizaciones Étnico Territoriales

**OMS:** Organización Mundial de Salud

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

**OIM:** Organización Internacional para las Migraciones

**RBC:** Rehabilitación Basada en Comunidad

**PIC:** Plan de Intervenciones Colectivas.

**PBUPC:** Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación

**SISPI:** Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural

**SMI:** Salud Metal Indígena

**SPA:** Sustancias Psicoactivas

## INTRODUCCIÓN

El siguiente documento, presenta las orientaciones técnicas con enfoque intercultural para la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida en población indígena, concertada y validada en tres territorios del país. Brinda herramientas y orientaciones técnicas para desarrollar procesos orientados a la promoción de la salud mental y prevención de la conducta suicida en este grupo poblacional.

Bajo esta perspectiva, es de resaltar que este producto es resultado de un proceso que inició en el año 2010, en el marco del convenio 485 con Organización Panamericana de la Salud, donde se elaboró a través de la Corporación Casa Amazonía el documento “Revisión crítica a la literatura en Intervenciones en suicidio” y también el documento “Revisión bibliográfica sobre la prevención y atención integral a la conducta suicida en la población indígena colombiana”. Posteriormente en el año 2014 en el marco del convenio de cooperación técnica 310 de 2013 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y Organización Panamericana de la Salud y con la colaboración de Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social se realizó análisis de la información y evidencia disponible sobre esta temática y se focalizaron tres territorios (Córdoba, Vaupés y Chocó) en los cuales se realizaron una serie de encuentros con las instituciones nacionales, departamentales, y organizaciones étnico territoriales y comunidades. Resultado de este proceso se formula el documento “Modelo con enfoque diferencial de etnia e intercultural para las intervenciones en salud mental con énfasis en conducta suicida para grupos y pueblos étnicos indígenas” que incluye el amplio espectro de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas, el cual está constituido por 4 estrategias y 11 intervenciones.

Posteriormente en octubre de año 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social y Organización Internacional para Migraciones, establecen el convenio 547 en el cual se incluye entre sus productos la elaboración de “herramientas metodológicas para la construcción y validación conjunta, con tres comunidades indígenas priorizadas, de la ruta de atención en salud mental con énfasis en suicidio.”

Esta última acción se desarrolló en el marco de la implementación de varios procesos y desarrollos normativos que están orientados a transformar y optimizar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre los cuales se encuentran la Ley que garantiza atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas<sup>1</sup>, el Plan Decenal de 2012-2021<sup>2</sup>, Plan Nacional de Desarrollo<sup>3</sup>, El Plan Nacional de Promoción de la Salud y Prevención y Atención al Consumo de SPA, Ley Estatutaria de Salud<sup>4</sup>, la Política de Atención Integral en Salud<sup>5</sup>, el

---

<sup>1</sup> Ley 1566 de 2012.

<sup>2</sup> Resolución 1841 de 2013.

<sup>3</sup> Ley 1753 de 2015.

<sup>4</sup> Ley 1751 de 2015.

<sup>5</sup> Resolución 429 de 2016.

Modelo de Integral de Atención en Salud,<sup>6</sup> la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud,<sup>7</sup> la Ley Nacional de Salud Mental<sup>8</sup> y la formulación del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural.<sup>9</sup>

Se espera que este documento sirva de insumo en la reglamentación del SIPSI y para su implementación en las Entidades Territoriales Indígenas, así como al Plan de Intervenciones Colectivas y a las actividades de promoción y prevención contempladas en el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación que se presten a población indígenas.

A través de la Subdirección de Enfermedades No Trasmisibles y su Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental se lideró la validación operativa del “modelo con enfoque diferencial de etnia e intercultural para las intervenciones de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas para grupos o pueblos indígenas en las comunidades Pamiva (Cubeo) de Camutí, Mitú - Vaupés; Embera Katío de Caña Fina y Pawarando, Tierralta -Córdoba y Embera Dobidá de Catrú Central, Alto Baudó – Chocó; este trabajo se desarrolló desde el mes de enero hasta el mes de septiembre del año 2016, con profesionales indígenas que lideraron la investigación de los conocimientos comunitarios para la promoción, prevención y atención de la salud mental entendida desde cada una de las cosmovisiones de los pueblos acompañados.

---

<sup>6</sup> Resolución 429 de 2016.

<sup>7</sup> Resolución 3202 de 2016

<sup>8</sup> Ley 1616 de 2013.

<sup>9</sup> Decreto 1953 de 2014.

## **1. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS ORIENTACIONES TÉCNICAS CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y LA CONDUCTA SUICIDA EN POBLACIÓN INDÍGENA.**

A continuación se describen brevemente los enfoques que sustentan el proceso de validación operativa de estas orientaciones técnicas.

### **Derechos humanos**

Estas orientaciones de atención apropiada los derechos humanos, acorde con los lineamientos establecidos por la Organización de Naciones Unidas en el año 2003. En este sentido, se afirma como una opción para la realización de los derechos humanos, en este caso, el derecho a la salud, y específicamente el derecho a la salud mental.

Un segundo elemento del cual se apropia, es de la orientación hacia el fortalecimiento de las capacidades de los titulares, en este caso los miembros de los grupos y pueblos indígenas, para cumplir con los deberes y reclamar los derechos establecidos por la Constitución Política de 1991, por el bloque de constitucionalidad ratificado por Colombia a la fecha, y demás jurisprudencia exequible referida a esta población.

Finalmente, este documento se halla inscrita en los esfuerzos de normas, procedimientos e instrumentos internacionales, regionales y nacionales de derechos humanos orientados a un logro superior de las capacidades, y por ende del desarrollo humano, por parte de los grupos y pueblos indígenas.

### **La salud como derecho fundamental**

Los derechos fundamentales, son aquellos derechos inherentes al ser humano y a su dignidad, pertenecen a toda persona sin distinción o discriminación por motivos de raza, sexo, nacionalidad, religión, opiniones políticas o de otra índole. (ONU, 1948) En este sentido, la Ley 1751 de 2015, “por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud” En el artículo 2, determina que la salud como derecho fundamental es “autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo”, por lo que comprende la adopción de políticas por parte del estado para asegurar que las personas accedan al servicio de salud de manera oportuna, con calidad e igualdad de trato y oportunidades. En el marco de la Ley se define el Sistema de Salud como: “El conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud”.



Dentro de los principios del derecho fundamental a la salud, establecidos por la Ley se encuentran la:

**Universalidad:** cubre a todos los residentes en el país quienes gozaran del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.

**Equidad:** adopción de políticas públicas por parte de estado dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección.

**Continuidad:** se recibirá el servicio de salud de manera continua, sin ser interrumpido por razones administrativas o económicas.

**Prevalencia de derechos:** se garantizara la atención integral a niñas, niños y adolescentes.

**Libre elección:** de sus entidades de salud dentro de la oferta disponible.

**Interculturalidad:** respeto por las diferencias culturales y esfuerzo por construir mecanismos que las integren, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de saberes, prácticas y medios tradicionales.

**Protección a los pueblos indígenas:** se garantiza el derecho fundamental a la salud integral de los pueblos indígenas, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos.

**Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras:** garantizando el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres. (Ley 1751 de 2015).

### Salud Mental

La Ley 1616 de 2013 la define como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”

En el caso particular de los pueblos y grupos indígenas el escenario del despliegue de sus recursos emocionales, cognitivos y colectivos, corresponde a su cosmovisión o “visión del mundo”, la cual se expresa en un conjunto de saberes conocidos como ancestrales y/o tradicionales. De tal manera, la salud mental de estos grupos y pueblos corresponde a una expresión acorde con dicha cosmovisión, y existirán tantas definiciones posibles como grupos y pueblos que modularán la operación de las presentes lineamientos de atención.

Es importante recalcar que en la actualidad estas cosmovisiones se encuentran permeadas por elementos de la cultura occidental, por lo cual se pueden presentar hibridación, mestizaje o sincretismos, los cuales deben ser entendidos como una posibilidad para la interculturalidad y el diálogo de saberes, y no como un obstáculo para el desarrollo de las acciones.

**Prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas:** Brinda un abordaje estructural e integral enfocado a la reducción de la magnitud del uso de drogas y sus consecuencias a través de la implementación del Plan Nacional de promoción de la salud, prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas 2014 – 2021, donde se reconoce el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas como un asunto de salud pública, y el abuso y adicción como una enfermedad que requiere atención integral desde una perspectiva basada en los derechos humanos.

### Atención Primaria en Salud

La Ley 1438 de 2011 la define como “la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles

de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

Esta misma Ley establece que esta estrategia “hace uso de conceptos, metodologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo-efectividad de los servicios de salud”. Para el caso específico de estos lineamientos, los saberes tradicionales y/o ancestrales como conceptos, metodologías y prácticas socialmente aceptadas, deberán hacer parte de las acciones acordes con los límites trazados en el proceso de adecuación sociocultural.

### **Atención Integral e Integrada**

La Atención Integral en Salud Mental es definida en la Ley 1616 de 2013 como “la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social”.

Este concepto, se relaciona con la Atención Integrada, la cual corresponde a “la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades”. La integridad, al igual que la integralidad, será acorde con los procesos establecidos con el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural. Buscando el fortalecimiento y asistencia de los recursos propios de las comunidades y pueblos indígenas en la complementación con el modelo alopático de salud y según la autonomía y determinación de cada pueblo.

### **Interculturalidad en salud**

La Constitución Política de Colombia de 1991 establece que el país “reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana”. Con ello, se establece que en el territorio nacional coexisten múltiples grupos y pueblos étnicos con igual número de manifestaciones culturales, lo cual hace de este un territorio multicultural.

El reconocimiento de esta realidad, lleva necesariamente a conceptualizar la posibilidad de relaciones entre dicha diversidad, lo cual se expresa a través de la noción de interculturalidad. De tal manera, podemos definir la interculturalidad como las diferentes formas de relacionarse que tienen los grupos humanos con identidades étnicas o culturales, las cuales promueven el mutuo reconocimiento y respeto.

La interculturalidad en la Salud Mental se expresa en las relaciones existentes entre las cosmovisiones de los grupos y pueblos indígenas, así como con otros grupos y pueblos étnicos, incluso aquellos que podemos considerar como occidentalizados. De estos distintos modos de vida, se desprenden de igual manera distintos sistemas de cuidado de la salud.

Estos lineamientos reconocen la existencia de dichos sistemas de cuidado de la salud, la necesidad de su reconocimiento mutuo, y la posibilidad de trabajar conjuntamente estableciendo unos mínimos de ese reconocimiento mediante y la adecuación sociocultural. Donde la salud mental es abordada desde la cosmovisión de cada pueblo y se tiende puentes de entendimiento y dialogo mutuo con la salud alopática, este ejercicio demanda la apertura y comprensión del otro desde su condición de sujeto culturalmente distinto, que ordena y evalúa su mundo de maneras distintas, ese reconocimiento de la diferencia cultural y el dialogo de entendimiento que demanda la interacción de estas, se constituye en la interculturalidad.

El reconocimiento y respeto de la cosmovisión de los pueblos indígenas permite entender y comprender la salud mental vista desde cada uno de sus miradas particulares, y permitiendo establecer un diálogo e interacción con la sociedad occidental; Por tanto la intervenciones en salud mental, prevención del consumo de Sustancias Psicoactivas -SPA y la prevención de la conducta suicida están basadas en este entendimiento y dialogo de saberes interculturales desde las cosmovisiones de cada pueblo indígena.

### **Participación social, ciudadana y comunitaria en salud**

Esta orientación técnica reconoce las diferentes instancias de participación en salud establecidas normativamente podrán ser ejercida por parte de individuos y colectivos de los grupos y pueblos indígenas a través de los mecanismos de:

1. “Participación social en salud: es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social.
  2. Participación ciudadana en salud: es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.
  3. Participación comunitaria en salud: es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud”.
- (DECRETO 1757 DE 1994)

### **Acción sin daño**

Se reconoce la importancia que reviste este enfoque ético basado en el antiguo principio hipocrático de la medicina de “no hacer daño”. Hipócrates señala que la primera consideración al optar por un tratamiento es la de evitar el daño (“Primum non nocere”). (Diplomado Acción Sin Daño, Universidad Nacional de Colombia, 2007) Se desprende de allí una obligación moral y, en general, la demanda por una continua reflexión y crítica sobre lo que se va a hacer y sobre “lo actuado” en tanto sus principios, consecuencias e impactos”, una de las labores de las ciencias humanas busca el favorecimiento de la capacidad de resiliencia de los pueblos intervenidos, sin ir en detrimento de sus condiciones actuales, teniendo por ello que articular su accionar al carácter del impacto de sus intervenciones en las comunidades y pueblos acompañados. La acción sin daño buscara generar alternativas de acción desde las propias capacidades comunitarias calculando y evaluando sus efectos e impactos dentro de las mismas. por tanto se hace preponderante que en el trabajo de implementación se realice bajo esta premisa en aras de mitigar cualquier posible daño a las cosmovisiones y pervivencias ancestrales de las comunidades acompañadas en este proceso de implementación, dado los antecedentes históricos de las intervenciones en salud y salud mental realizado en las poblaciones indígenas.

### **Rehabilitación Basada en Comunidad - RBC**

Así mismo se deben propiciar estrategias que promuevan la exigibilidad de derechos, liderazgo, gestión y movilización social, para ello la Rehabilitación Basada en Comunidad, entendida como una “estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la equiparación de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidades” (OIT, UNESCO y OMS).

Por medio de ésta se abren posibilidades para fortalecer procesos participativos en salud mental, comprendiendo que el “fortalecimiento es un proceso que incluye cosas como la toma de conciencia y desarrollo de capacidades que llevan a una participación mayor, a un mayor poder

y control de la toma de decisiones y acciones para el cambio”(OMS, 2012). La RBC se define según la Resolución 518 de 2015 como una “estrategia intersectorial de inclusión social y desarrollo comunitario que permite la generación de oportunidades para la población que presenta una condición de discapacidad, problemas o trastornos mentales y/o afectaciones psicosociales, sus familias y cuidadores”.

Los estrategia RBC incluye los siguientes procesos:

1. Definición del grupo de riesgo con el cual se implementará la estrategia y priorización de Municipios.
2. Coordinación de la Estrategia RBC.
3. Identificación de las personas que pertenecen al grupo de riesgo previamente definido en el municipio o comunidad priorizada.
4. Visitas domiciliarias: para caracterización y canalización de la persona identificada, su familia y cuidador primario; seguimiento durante la implementación de la estrategia con el fin de evaluar el acceso efectivo a servicios a los cuales se canalizó y vista final para verificar el mejoramiento de la calidad de vida mediante el control de riesgos identificados en salud mental.
5. Acompañar las actividades implementadas por otros sectores favorecer la rehabilitación integral y los procesos de inclusión de las personas vinculadas a la estrategia.
6. Gestión de la prestación de servicios de salud individuales.
7. Sensibilización, formación y entrenamiento a: Equipos básicos de salud, líderes comunitarios, personas con trastornos mentales estabilizados, familiares y a cuidadores; representantes de otros sectores involucrados de manera relevante en la implementación de la estrategia, según el grupo de riesgo definido.
8. Conformación y/o fortalecimiento de redes/grupos de apoyo y ayuda mutua con usuarios, cuidadores y familiares del grupo de riesgo.
9. Planeación participativa Con las personas del grupo de riesgo y representantes de los sectores involucrados de manera significativa (Educación, trabajo, cultura, deportes, EAPB, IPS, etc.).
10. Coordinación intersectorial: que incluye Construcción y operación de rutas de atención; Armonización de programas de reducción de barreras de acceso a servicios; Conformación y dinamización de redes institucionales, sociales y comunitarias.
11. Organización y Participación social de las personas del grupo de riesgo intervenidas para la conformación de asociaciones.

(Lineamientos nacionales para implementación de RBC en Salud Mental; MSPS;2015)

### **Investigación, Acción y Participación - IAP**

El método de IAP entrelaza dos técnicas, la de conocer y la de actuar, involucrando en los dos a la comunidad en la que se trabaja. Al igual que otros enfoques participativos, este facilita a las comunidades y a los involucrados analizar y comprender desde otra perspectiva la realidad de las comunidades (sus problemas, necesidades, capacidades, recursos), y les permite proyectar acciones y medidas para modificarla y optimizarla. Este es un ejercicio que armoniza la teoría y la praxis, y que posibilita el aprendizaje, la toma de conciencia crítica de la comunidad sobre su realidad, su empoderamiento, el refuerzo y ampliación de sus redes, su movilización colectiva y su acción transformadora de sus condiciones de vulnerabilidad. (Fals Borda, Orlando, 2008)

Esta metodología permite generar un trabajo de autogestión y empoderamiento de las comunidades en la resolución de sus problemáticas, los convierte en actores y coparticipes de las soluciones, además pone en el centro de su desarrollo sus conocimientos y principios para el aporte constructivo de alternativas a las situaciones estudiadas.

## 2. ESTRATEGIAS, INTERVENCIONES Y HERRAMIENTAS

Las orientaciones técnicas aquí planteadas son resultado de la sistematización de la validación operativa del documento base formulado anteriormente, realizada en tres territorios del país entre los meses de enero a septiembre de 2016. Producto de este proceso territorial se reorganizan, complementan y amplían las estrategias e intervenciones de la siguiente forma:

### **-Intervención 0. Aprestamiento institucional y comunitario.**

Las acciones a desarrollar denotan un grado de preparación previa para encontrar caminos adecuados e idóneos en las intervenciones; reconociendo los aprendizajes, desarrollos y procesos previos en la zonas a intervenir; buscan la optimización de recursos y una acción coordinada de las instituciones involucradas en la región.

Es importante resaltar que de esta intervención se derivaran las indicaciones y orientaciones para ejecutar las acciones subsiguientes, y darán cabida a la efectividad y éxito del proceso, puesto que de estas tareas iniciales de reconocimiento, caracterización territorial, sensibilización, acercamiento, coordinación, priorización y alistamiento, depende la intervención propiamente dicha.

Las acciones de esta intervención se deben realizar de manera concertada con la entidad territorial (salud, asuntos étnicos y otros relacionados), las organizaciones étnico territoriales, las EAPB, ESE/IPS de la localidad y demás actores que favorezcan la salud mental de las poblaciones indígenas.

Esta intervención contempla las siguientes acciones:

- Revisión de material de trabajo: donde se hará una revisión y análisis de lineamientos e investigaciones nacionales e internacionales sobre SMI.
- Caracterización territorial: en cual tendrá la identificación de situación de problemática de salud mental y consumo de SPA de pueblos y comunidades indígenas del territorio mediante la revisión y el análisis de diferentes fuentes de información, recopilación de antecedentes de intervenciones en el territorio y entrevistas o reportes de diferentes actores sociales.
- Mapeo y georeferenciación de actores y elaboración del respectivo directorio que explicita los programas y proyectos presentes en el territorio.
- Sensibilización institucional y comunitaria: a través de visitas y reuniones para socializar propuesta de intervención a diversos actores (salud, educación, ICBF, ministerio público, iglesias, ONG, médicos tradicionales, cabildo indígena, docentes, promotores rurales de salud, auxiliares de salud pública o coordinador de salud indígena).

- Acuerdos de cooperación: se deben plasmar por escrito compromisos interinstitucionales y con actores presentes en el territorio para definir los mecanismos, rutas y productos de la articulación entre sus ofertas de servicios.
- Reuniones con autoridades étnico territoriales para acordar el ingreso a las comunidades. Se definirán aspectos logísticos, se determinaran aspectos y elementos operativos (distancias, costos, seguridad y de recursos e insumos requeridos para la intervención en las comunidades propuestas).
- Definir una ruta de atención en salud mental de emergencia en caso de presentarse un caso durante la intervención, para definirla se requiere contar con el apoyo de las EAPB, IPS y ESEs articuladas por las secretarías territoriales de salud.
- Se deberán atender orientaciones espirituales de los médicos ancestrales o líderes religiosos tradicionales según lo contemplen, este contacto con autoridades espirituales se hará para gestionar la autorización y recomendaciones para el ingreso a territorio.

## ESTRATEGIAS

Las estrategias están enfocadas de lo macro a lo micro, de las organizaciones e instituciones a la comunidad, de la comunidad a la familia, y de la familia al individuo; sin que este orden sea excluyente. Cabe anotar que la primera estrategia será indispensable realizarla al inicio del proceso para lograr el arranque efectivo y adecuado de las acciones y las demás estrategias pueden ejecutarse de forma simultánea de acuerdo a los recursos y las intervenciones concertadas con las comunidades y las instituciones participantes.

### **Estrategia 1. Favorecer los procesos de autonomía de las organizaciones de grupos y pueblos indígenas – nivel organizativo/territorial.**

La autonomía como derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación de sus destinos, es un proceso garantizado bajo normatividad internacional y nacional. Esta se debe de favorecer en el marco de sus representantes, organizaciones tradicionales y organizaciones legalmente constituidas para este fin. Así mismo propender por un acercamiento y relacionamiento con las instituciones regionales y locales que tenga competencia en los aspectos relevantes de la salud mental de las poblaciones indígenas que serán acompañadas en el proceso.

La evidencia a nivel mundial, regional y nacional recomienda la realización de intervenciones en una dimensión territorial, dado que la cosmovisión como referente para el despliegue de los recursos emocionales, cognitivos y mentales, se encuentra estrechamente ligado a una noción territorial – cosmogonía -, la cual se puede expresar en las prácticas de la vida cotidiana y rituales manejadas desde un saber ancestral y/o tradicional. La pérdida de este referente en algunos de los grupos y pueblos indígenas del país, implica una vulnerabilidad en su salud mental por la pérdida de un escenario para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad como cuerpo social.

### **-Intervención 1. Garantía de Diálogos y Acuerdos para la Adecuación Sociocultural de las Acciones en Salud Mental.**

Las acciones en Salud Mental, incluidas las expresadas en este documento, deberán pasar por el proceso de Diálogos y Acuerdos, el cual deberá estar asociado a las organizaciones étnico territoriales que estén presentes en la zona y que sea de su competencia jurisdiccional, igualmente de las comunidades directamente participes del proceso, habrá que tener en cuenta el consentimiento y aprobación de las autoridades espirituales tradicionales según lo estime conveniente cada pueblo indígena. Este proceso deberá guardar las garantías del respeto y la interculturalidad, atendiendo las pautas culturales establecidas por cada pueblo para tal fin, igualmente procurando se realice en la lengua propia del pueblo indígena, para lo cual, de ser necesario puede asistirse de un traductor idóneo.

Se llevara en los espacios comunitarios de la comunidad priorizada y con sus autoridades tradicionales pertinentes, acompañados de las instituciones involucradas en el favorecimiento de la salud mental. En estos encuentros se realizara la Presentación de los lineamientos técnicos y metodología de trabajo (Investigación Acción Participación con enfoque etnográfico), Acogerse al proceso propio de construcción de acuerdos favoreciendo la escucha activa, comunicando la propuesta desde lo vivencial, explicando y adaptando los términos y conceptos desde lo experiencial. También se definirán los mecanismos y recursos de apoyo por parte de la comunidad y autoridad étnico territorial al proceso (personas contacto, participación en espacios propios, acompañamiento al proceso por miembros de la comunidad); estos procesos permiten la apropiación de la problemática, el análisis territorial, la identificación de necesidades de atención, entre otros, lo cual favorece los ejercicios de autonomía de los grupos y pueblos indígenas.

En la normatividad nacional se reconoce la existencia de las Entidades Territoriales Indígenas, las cuales corresponden a un ordenamiento territorial autónomo, acorde con los usos y costumbres de los grupos y pueblos indígenas. Por lo anterior, las intervenciones en esta estrategia constituyen un aporte a la construcción de los insumos pertinentes para la creación, fortalecimiento y sostenibilidad de estas formas organizativas, mediante la incidencia sobre Planes Integrales de Vida, Planes de Salvaguarda y Planes de Acción Territorial.

### **-Intervención 2. Generación de datos, información y conocimiento pertinente para procesos de planeación y ejercicio de autonomía.**

Las acciones en salud mental desarrolladas en/con grupos y pueblos indígenas deberán estar enmarcadas en un proceso de gestión de conocimiento, el cual será acordado durante el proceso de Diálogos y Acuerdos para la Adecuación Sociocultural. Dicho proceso establecerá unas definiciones comunes que permitan la generación, adaptación o adopción de instrumentos apropiados para la recolección de datos, el procesamiento de estos, y la conversión de este en conocimiento para la población y el sector salud. Teniendo especial énfasis por la protección legal de los conocimientos propios y el manejo de los mismos, así mismo las formas de recuperar la información con sus herramientas metodológicas.

En este proceso se realizara la revisión de herramientas metodológicas propuestas para la recolección de información, tales como: diario de campo, entrevistas a profundidad, historias de vida, recorridos por el territorio, participación en las actividades cotidianas, participación en espacios comunitarios de diálogo, etc. Igualmente se visibilizarán las formas de transmisión propias del conocimiento y se acordara con la comunidad los mecanismos para que la ellos salvaguarden la información producto del proceso de investigación. (Anexo 1 Formatos herramientas metodológicas).

Este conocimiento favorecerá y serán un elemento relevante para la toma de decisiones, puesto que de una parte, servirá a la construcción de insumos tanto para los grupos y pueblos indígenas como para la institucionalidad – Análisis de Situación de Salud ASIS -, que optimizará los procesos de planeación evidenciados en Planes Territoriales de Salud o componentes de salud de los Planes Integrales de Vida. Pero de otra, facilitará los ejercicios de priorización de acciones para la información, educación, comunicación y movilización social en salud mental.

### **-Intervención 3. Apoyo a la función de la Gestión en Salud Pública de los grupos y pueblos indígenas e instituciones sectoriales.**

Las Autoridades Étnico Territoriales – AET-, o quienes hagan a su vez, cumplen con una función de Gestión en Salud Pública para su respectiva Entidad Territorial Indígena – ETI-. Corresponde a los vinculados a las acciones en Salud Mental apoyar el desarrollo de esta, mediante el posicionamiento de la temática y la difusión de las problemáticas y necesidades, promocionando la formación y adecuación de las tecnologías en salud mental del plan de intervenciones colectivas – PIC y de los procesos de la Gestión de la salud Pública; por lo cual se deberá identificar el estado o nivel de asunción de estos en cada territorio.

Este proceso es de carácter progresivo, y va de la mano con el fortalecimiento de estas organizaciones, así como de las capacidades del talento humano vinculado a salud mental. En aquellos lugares donde las formas organizativas se encuentren en estado incipiente, el talento humano sectorial deberá servir de dinamizador y motivador de este ejercicio.

Para lograr este objetivo será necesario establecer un cronograma de asistencia y apoyo técnico por parte del nivel territorial superior – municipal en el caso de las ETIs, departamental en el caso de los municipios, donde se favorezca la capacitación en procesos y estrategias en salud pública y en salud mental ( protocolo de vigilancia epidemiológica del intentos de suicidio, violencia intrafamiliar y de género, y de consumo de SPA, Estrategia de vigilancia epidemiológica comunitaria, tamizajes en salud mental, intervenciones breves en salud mental, guías de práctica clínica o protocolos y guías de manejo en salud mental) e igualmente la socialización de información epidemiológica disponible sobre conducta suicida y de consumo de SPA en población indígena y generación de espacios para el análisis de la misma (salas situacionales y comités de vigilancia epidemiológica), lo cual permita brindar los insumos adecuados, generar las competencias apropiadas, el desarrollo del conocimiento y la habilidades por parte del talento humano de las instituciones y de las Autoridades Étnico Territoriales – AET-.

### **Estrategia 2. Fortalecer los procesos de construcción de sentido y significado en las comunidades de grupos y pueblos indígenas – nivel comunitario.**

Esta estrategia propenderá por el fortalecimiento del tejido social comunitario, revitalizando desde su cosmovisión, los procesos de comprensión y compartir colectivo tales como la minga, mano cambiada, convite, entre otras. Reafirmando la importancia de los médicos ancestrales, parteras, sobanderos, cantadores, danzadores y demás miembros que atienden la salud de la comunidad.

Los estudios de salud mental y conducta suicida en grupos y pueblos indígenas, afirman de manera recurrente que las manifestaciones de estas cobran sentido y significado acorde con el ámbito sociocultural de la población, los cuales suelen estructurarse alrededor de las



cosmovisiones. De tal manera, se sugiere la hacer uso de procesos de mediación que permitan la comprensión de los fenómenos de manera contextualizada.

Una de las grandes dificultades a la cual se ha visto sometida esta población es una desestructuración del ámbito sociocultural debido a gran cantidad de fenómenos – conflicto armado, desplazamiento forzado, programas del Estado, explotaciones minero-energéticas, condiciones extremas de pobreza, etc. -, lo cual dificulta la generación de alternativas apropiadas a los problemas de la vida cotidiana. Por lo cual se propone el desarrollo de capacidades en las comunidades y pueblos indígenas para la investigación propia, la cual permitirá establecer las particularidades de cada uno de ellos. Sobre dichos resultados, de manera concertada y adecuada, la institucionalidad y las comunidades generarán las formas más adecuadas para el desarrollo de las intervenciones.

#### **-Intervención 4. Promover la recuperación de los mecanismos de resolución adecuada de conflictos en un marco ético e intercultural apropiado a grupos y pueblos indígenas.**

Desde el proceso de IAP se facilitara el proceso de recuperación de las formas propias de resolución de conflictos a nivel comunitario, familiar e individual, acentuando la identificación de las problemáticas generadoras de la conflictividad. Diferentes cosmovisiones resaltan el conflicto y la ruptura de las normas ancestrales/tradicionales como generadoras de cambios en individuos y colectivos, susceptibles de interpretar como problemas de Salud Mental. Así mismo, las consecuencias del contacto con la sociedad occidentalizada, han constituido un generador de diferentes grados de vulnerabilidad en los grupos y pueblos indígenas.

Esta intervención desarrollará la Identificación de las situaciones causales internas y externas de conflictos, mediante reuniones grupales, donde se buscará favorecer espacios comunitarios propios de conversación (asambleas comunitarias, espacios rituales, actividades cotidianas de ambos sexos), igualmente se realizarán actividades colectivas para Identificar las causas de pérdida de mecanismos propios de resolución de conflictos personales, familiares, comunitarios e interpueblos y acompañar acciones para la recuperación de los mismos. Esta tarea se dinamizara con un análisis comunitario sobre la efectividad de mecanismos propios para la resolución de conflictos empleando el recuento histórico del pasado al presente, apoyados con relatorías (textos escritos sobre la discusión grupal) que permita retomar el ejercicio en sesiones posteriores. Adicionalmente, se buscará promover la retoma de actividades cotidianas propias que favorecen la comunicación. Todas estas actividades se apoyaran en entidades pertinentes para la solución de conflictos generados por agentes externos (Organizaciones Indígenas regionales, Comisaría de Familia, Policía, Personería, Defensoría del Pueblo, Corporación autónoma Regional, etc.)

Por esta razón, se hace necesario el trabajo con las AETs, así como con los respectivos líderes de las comunidades y asentamientos colectivos, en el desarrollo de espacios de diálogo de saberes que permitan la formulación de alternativas para la resolución de los mismos, en un marco ético e intercultural apropiado. Estos espacios harán parte de los procesos de adecuación sociocultural, definidos en la estrategia anterior, así como favorecerán la autonomía de esta población.

Los conflictos y la ruptura de normas puede tener distintas causas, por lo cual es esencial que en el marco de la generación de datos, información y conocimiento, se establezca por las AETs, los líderes locales y la población en general aquellos a trabajar.

Un elemento que se debe considerar y trabajar en conjunto con la comunidad, las AET y las organizaciones indígenas es la posible tensión entre los mecanismos tradicionales de resolución de conflictos y el respeto por los derechos humanos (por ejemplo: el castigo físico, el pago a través de la sangre o ajuste de cuentas a través de la violencia), para lo cual se recomienda realizar actividades para la reflexión y análisis colectivo de las causas de dichos conflictos y los potenciales efectos nocivos para la misma comunidad al aplicar mecanismos que generen daño o violencia.

### **-Intervención 5. Favorecimiento y fortalecimiento de la actividad ritual protectora de la Salud Mental en grupos y pueblos indígenas.**

Esta intervención constituye el punto central y articulador de estos lineamientos, donde se reconoce al médico tradicional como gran demiurgo de las cosmovisiones de los pueblos indígenas, en su doble papel de médico tradicional y sacerdote ancestral, detenta los principios organizadores de la sociedad indígena, orienta sus destinos y es medio de intercesión entre la madre naturaleza y los miembros de la comunidad, es el armonizador de las relaciones con el entorno y territorio, por tanto es crucial su involucramiento en todo el proceso de implementación de la acciones en SMI.

La intervención, apoyándose en las indicaciones del líder espiritual - medico tradicional, deberá identificar el contexto histórico del ejercicio de la actividad ritual, identificación de actividades rituales individuales y grupales en la comunidad, el reconocimiento de las prácticas ancestrales y lugares sagrados. La actividad ritual estará de acuerdo a la cosmovisión, usos y costumbres de cada una de las comunidades y pueblos indígenas priorizados, podrán ser como ejemplo: jornadas de canto, jornadas de rezo, rituales armonización, rituales de sanación, entre otras.

Se coadyudará mediante la actividad ritual al fortalecimiento del tejido social a través de la participación en los espacios comunitarios de ayuda mutua (minga, mano cambiada, convite, entre otras) y se favorecerán la transmisión de saberes ancestrales, resaltando el papel del médico tradicional dentro de la comunidad. Se apoyará apuestas locales y regionales para el fortalecimiento de la medicina tradicional, teniendo en cuenta la actividad ritual de otros actores (cantadoras, pulseadores, sobanderos, sabedores, parteras, etc.), estos equipos de salud propia indígena serán convocados a facilitar espacios de intercambio de saberes mutuos sobre aspectos resolutivos de conflictos, pautas de crianza y actividades favorecedoras de la salud mental atendiendo a las pautas y normas culturales.

Se deberán articular estos procesos con Autoridades Étnico Territoriales, organizaciones indígenas y entidades que promueven el fortalecimiento y recuperación de la cultura propia de pueblos indígenas (secretarías municipales, departamentales y Ministerio de Cultura).

Un eje de la intervención requiere articularse con el sector educativo para el fortalecimiento de la etnoeducación orientada a la enseñanza de la cultura propia.

Dado que muchas actividades rituales podrán estar ligadas al territorio y a los espacios considerados sagrados desde la cosmovisión de los pueblos indígenas, es importante comprender que su favorecimiento no reñirá con la competencia del sector salud, y serán apoyadas en el marco de sus competencias, entendidas como favorecimiento de los factores protectores de la SMI en los territorios priorizados y para lo cual se hará contacto con entidades de otros sectores que posibiliten la conservación del medio ambiente y cultura. Un insumo para estas acciones es el lineamiento técnico del MSPS denominado "Orientaciones para la

Intersectorialidad” que brinda pautas para la gestión participativa de los determinantes sociales de la salud.<sup>10</sup>

Igualmente en ausencia de espacios físicos rituales ancestrales, se propenderá por la construcción o adecuación de los mismos, se socializaran mecanismos para la gestión de proyectos como la construcción de espacios de actividad ritual y se facilitará la construcción participativa de mecanismos para la sustentabilidad del funcionamiento de los mismos, entre otros aspectos relacionados con su funcionamiento.

La experiencia a nivel mundial, regional y nacional en diferentes procesos de Diálogos y Acuerdos para la Adecuación Sociocultural ha dejado en evidencia la importancia de que las diferentes acciones en salud sean acordes a la cosmovisión de los grupos y pueblos indígenas. En dichas cosmovisiones los saberes ancestrales/tradicionales cumplen un papel esencial, el cual encuentra su manifestación principal en el ejercicio de la ritualidad. Corresponde a las AETs, los líderes locales y la población en general, definir, establecer responsabilidades y planear acorde con sus usos y costumbres, el ejercicio de los rituales acorde a su cosmovisión, los cuales favorecen un entorno propicio para la Salud Mental.

#### **-Intervención 6. Favorecimiento y fortalecimiento de la actividad deportiva, artística y lúdica por parte de los grupos y pueblos indígenas.**

El juego, los deportes, la actividad artística y la participación en actividades lúdicas permite además del entretenimiento y el uso del tiempo libre, aprender valores y normas de la comunidad, así como el desarrollo de capacidades para explorar, comparar, abstraer, reflexionar, analizar, crear y solucionar problemas. Cabe anotar que para muchos pueblos indígenas no hay establecido el concepto y concepción de tiempo libre, deporte, lúdica o arte.

Las AETs, apoyadas por las instituciones sectoriales e intersectoriales, deberán favorecer las iniciativas orientadas a la actividad deportiva, artística y lúdica tradicional, para ello se realizara la identificación de las prácticas propias en estas áreas, en articulación con el sector educación para favorecer en el marco del proceso etnoeducativo, y en particular la participación de los NNA en las actividades cotidianas que forman en la adquisición de la valores y conocimientos en la cultura propia.

Esta intervención debe ejecutarse en articulación con entidades cuya función misional sea la promoción de la actividad deportiva, artística y lúdica, siempre con enfoque étnico diferencial.

Las acciones tradicionales comprenden torneos de caza, tiro con cerbatana, tiro con arco, carreras de caballos, apnea o resistencia bajo el agua, entre otras; para la actividades artísticas y lúdicas tradicionales se favorecerá lo que se conoce como la elaboración de artesanías, tales como alfarería, cestería, bisutería, tejidos, talla en madera, pintura, entre otras.

Las actividades lúdicas y artísticas deberán estar acordes con los usos y costumbres de los diferentes grupos y pueblos. Estas serán definidas en el marco de los procesos de fortalecimiento de la autonomía de las AETs o las organizaciones con funciones semejantes, y pueden estar asociados a los ejercicios de ritualidad establecidos por los saberes ancestrales/tradicionales.

---

<sup>10</sup> Disponible en el Repositorio Institucional Digital del MSPS: [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)

Los recursos y dinámicas de estos, deberán ser definidos de forma independiente a la institucionalidad, y ésta última deberá adoptar los mecanismos para necesarios para no generar conflicto con los procesos comunitarios. Algunas actividades deportivas, artísticas y lúdicas podrán constituir fuentes importantes de recursos, por lo cual será la gestión intersectorial para lograr su consolidación, una actividad importante para la institucionalidad.

### **Estrategia 3. Generación de recursos protectores a nivel familiar entre las comunidades de grupos y pueblos indígenas – nivel familiar.**

Las familias, y la red social que de ella parte, constituyen un factor protector para los problemas en la Salud Mental, el consumo problemático de SPA y la Conducta Suicida. Esto se ha corroborado, de la misma manera, en los grupos y pueblos indígenas.<sup>11</sup>

Sin embargo, las diferencias socioculturales que se desprenden desde las cosmovisiones particulares de esta población, exigen un trabajo de contextualización de recursos, lo cual implica un compromiso muy fuerte en la investigación, el diálogo de saberes y la generación de alternativas de forma intercultural, las cuales deberán ir de la mano al desarrollado en la estrategia anterior. Dado que habitualmente los modelos de familia son nucleares extensos y responden a patrones particulares de cada pueblo indígena, se propiciara espacios de reflexión sobre los aspectos culturales relevantes que se emplean en la comunicación y pautas de crianza.

#### **-Intervención 7. Promover la recuperación y fortalecimiento de las pautas de crianza, cuidado y educación familiar protectoras de la Salud Mental de grupos y pueblos indígenas.**

Las pautas de crianza, cuidado y educación familiar han mostrado a nivel mundial, regional y nacional, ser un factor crucial en la construcción de individuos, colectivos y poblaciones con Salud Mental.<sup>12</sup> Por ello, se hace necesario que los grupos y pueblos indígenas cualifiquen estas actividades.

Esto implica que las AETs u organizaciones semejantes, los líderes locales y la población en general, apoyada por la institucionalidad del sector salud y otros sectores, desarrollen procesos de investigación propia e intercultural orientados a dicha cualificación. Esta investigación se centrará sobre los modelos culturales de familia pertenecientes a cada grupo, utilizando la IAP y apoyados en herramienta como las historias de vida y entrevistas, que den cuenta de la “línea de vida” de cada pueblo indígena, la cual determine los roles y función de cada miembro de la comunidad, en el proceso de formación cultural de los nuevos miembros. Para esto es necesario despojarse de los prejuicios sobre la constitución, pautas y relaciones familiares; y disponerse a escuchar activamente y genere confianza, para una posterior reflexión.

Esta intervención, debe estar articulada a aquellas orientadas al mejoramiento de la salud infantil, deberá caracterizar las pautas de crianza, cuidado y educación familiar apropiadas, así

---

<sup>11</sup> Revisión bibliográfica sobre prevención y atención integral a la conducta suicida en población indígena colombiana. Disponible en el Repositorio Institucional Digital del MSPS: [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)

<sup>12</sup> Ibid.

como las principales dificultades en torno a ellas, promoviendo la toma de conciencia por parte de la comunidad; Identificar las formas empleadas por la misma población para resolver dichas problemáticas, y favorecer la cooperación interfamiliar; y deberá promover que las autoridades tradicionales en cooperación con el sector educativo participen del proceso.

Con el apoyo del sector educativo, particularmente de los docentes, se realizarán encuentros de diálogo de saberes entre padres, madres y otros adultos cuidadores primarios de los grupos y pueblos indígenas, favoreciendo el compartir las experiencias de crianza, las percepciones, las emociones, las dificultades y logros, con el propósito de mejorar y optimizar las formas de actuar en la cotidianidad, igualmente favoreciendo el refuerzo de estas prácticas de crianza desde la escuela y fomentando la reflexión colectiva sobre su función protectora; para lo cual se recomienda al facilitador participar en el comité de convivencia escolar local.

Es importante generar articulación con instituciones como el ICBF, Defensoría del Pueblo, Comisarias de Familia y demás instituciones que promuevan el fortalecimiento y cuidado de la familia y en especial de los niños, niñas, jóvenes y adolescentes. En caso de ser necesario se recomienda promover la reflexión en torno a las prácticas o pautas nocivas que vulneren los derechos humanos, siempre en el marco del respeto por la diversidad cultural.

Esta actividad debe estar complementada con acciones que se realicen en las visitas domiciliarias en un marco de Cuidado Primario de la Salud por parte de los promotores o gestores de salud, personal de salud que ingrese al territorio a realizar actividades de control de crecimiento y desarrollo, campañas de prevención, entre otras actividades.

### **-Intervención 8. Fortalecer y recuperar las habilidades para la comunicación personal, familiar y colectiva de grupos y pueblos indígenas.**

El estado de salud mental se puede expresar algunas veces a través de pensamientos, emociones, percepciones, interacciones, conductas observables y cambios corporales, que en el caso de los grupos y pueblos indígenas, adquieren su significado y sentido en la cosmovisión cultural propia. Estas se adquieren a través de las interacciones interpersonales, particularmente con familiares, adultos cercanos y pares. La lengua nativa es el principal canal de comunicación de los pueblos indígenas, por lo cual se debe realizar un trabajo por facilitar su utilización y fortalecimiento desde los espacios cotidianos como el hogar y la escuela.

Se hace necesario fortalecer las habilidades para la comunicación de dichas expresiones, para lo cual se propone: caracterizar las formas de comunicación actualmente empleadas por parte de la población; identificar aquellas que familiar y colectivamente se consideran apropiadas e inapropiadas desde lo individual, familiar y comunitario; y generar las acciones pertinentes para promover la recuperación de las mismas e intervenir las inapropiadas, al igual que la promoción de los espacios de utilización tradicional de la lengua, por ejemplo: la chagra – huerta - conuco, lugares de lavado de ropa, mambeaderos, kankuruas, tambos o lugares de encuentro y diálogo, lugares de pesca, entre otros.

Para lograr lo anterior se propone un trabajo de investigación propia de los grupos y pueblos indígenas, apoyados por el talento humano de salud mental, orientado a identificar en las diferentes narraciones derivadas de la cosmovisión, las maneras como se dan dichas expresiones, los lugares donde se emplean y transmiten, las enseñanzas que de ella se derivan, y el diseño de acciones orientadas a la promoción de estas enseñanzas. Este trabajo deberá

permitir la generación de material didáctico para las familias y los colectivos, el cual podrá articularse tanto a las actividades lúdicas expresadas en la Estrategia 2, así como a la generación de datos, información y conocimiento inscrito en la Estrategia 1.

#### **Estrategia 4. Brindar cuidado oportuno en Salud Mental en miembros de grupos y pueblos indígenas – nivel individual.**

Hoy en día se reconoce la inequidad en salud como una realidad cotidiana entre algunos grupos étnicos<sup>13</sup>.

En términos acceso efectivo a servicios de salud, adecuados culturalmente, oportunos y de calidad, los grupos y pueblos indígenas de Colombia, aún presentan un saldo pendiente por parte del Estado.

Por otra parte la Ley 1616 de 2013 determina que las personas en el ámbito de la salud mental tienen derecho a: “Recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental, recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental, a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente, a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para, obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida, a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado”.

Adicionalmente, la Ley 1566 de 2012 plantea en su Artículo 1º que “el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto”

Complementario a lo anterior, la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud) dicta en su Artículo 2º que “El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas”.

En lo relacionado a la salud mental (en su sentido positivo) y en presencia de problemas y trastornos mentales, consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas y conducta suicida, se debe avanzar hacia un cuidado oportuno basado en la Atención Primaria en Salud con Integralidad, Integridad e Interculturalidad. Esta estrategia promueve la interrelación

---

<sup>13</sup> Análisis de la Situación en Salud en Colombia 2002- 2007. Tomo VI. Análisis de desigualdades e inequidades en Salud en Colombia. Disponible en el Repositorio Institucional Digital del MSPS: [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)

de los modelos de salud propia indígena y el modelo alopático occidental, basados en la autonomía y autodeterminación de cada pueblo indígena se construirá la forma, alcances, canales y carácter de esta. Todo esto orientado a apoyar la construcción de los modelos de salud propia, en el marco del desarrollo del SISPI.

### **-Intervención 9. Acción efectiva sobre factores de riesgo instaurados en individuos de grupos y pueblos indígenas.**

Los hechos coyunturales territoriales – falta de autonomía organizativa -, colectivos – pérdida de significado y sentido cultural -, y familiares – escasez de recursos protectores-, generan una vulnerabilidad mayor en los individuos y poblaciones indígenas. La acción efectiva en salud mental deberá partir del reconocimiento de estos elementos y su expresión como factores de riesgo en cada individuo.

También se puede aprovechar el rol de la mujer dentro de las comunidades indígenas, fortaleciendo sus destrezas para la identificación de los síntomas, dado que junto al docente, son las personas que mayor contacto tienen con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

Se debe hacer especial énfasis en dos aspectos: en la conducta suicida y en la posible presencia de un trastorno mental en algún miembro de la comunidad. Por tanto, se identificarán los síntomas indicativos de afectaciones de la salud mental a nivel individual tales como aislamiento social, el mutismo, la no participación en actividades comunitarias o rituales, llanto, alteración del estado de consciencia, alteración del sueño y otras alteraciones del comportamiento habitual y a nivel colectivo como crisis compartidas por varios miembros, sensación de miedo, tristeza o preocupación generalizada al interior de la comunidad.

Adicionalmente, la verbalización de desesperanza, de ideación o planes suicidas, los mensajes de despedida y la distribución intempestiva de posesiones, son comportamientos indicadores de alto riesgo suicida.

En respuesta a todo lo anterior, se procede a la identificación de las prácticas tradicionales para la intervención de los síntomas y factores de riesgo instaurados, y de los mecanismos para su aplicación por parte de líderes espirituales, médicos tradicionales u otro miembro de la comunidad.

Establecida la ruta de atención propia y los alcances de la misma, se favorecerá y apoyará la gestión de estas orientaciones técnicas con enfoque intercultural, teniendo en cuenta los avances propios de cada territorio, se procederá a la identificación de mecanismos de remisión desde las intervenciones propias hacia los servicios de salud alopáticos occidentales.

En las afectaciones colectivas se promoverá la articulación interinstitucional e intersectorial para la gestión sobre riesgos instaurados y modificar los determinantes sociales que influyen en la salud mental, con la participación en espacios como el Consejo Municipal de Política Social - COMPOS, comité de convivencia escolar, entre otros.

Es necesario generar articulación de los recursos de las múltiples formas del cuidado de la salud existentes en la población: autocuidado, ayuda mutua, autogestión, saber tradicional/ancestral y biomédico occidental. La manera como estos se utilicen deberá ser objeto de los procesos de Adecuación Sociocultural establecidos en la Estrategia 1, y podrán ser documentados como

guías, protocolos interculturales y rutas de atención que serán insumo para el SISPI y correspondientes a cada modelo de salud del pueblo indígena.

Ante la presencia de Conductas Suicidas es esencial la limitación a métodos letales, y en el caso de enfermedad mental deberá propenderse por su manejo óptimo por parte del talento humano adecuado.

### **-Intervención 10. Intervención en crisis y primeros auxilios mentales para individuos de grupos y pueblos indígenas.**

La intervención en crisis es una intervención puntual en tiempo con el objetivo de disminuir la intensidad y la duración de la afectación aguda de la salud mental. Está indicada ante la presencia de ideación y comportamiento asociado al suicidio o de alteración emocional reactiva a la vivencia de un suceso potencialmente traumático o exposición a evento estresante o síntomas prodrómicos de un trastorno mental.

Se identificaran actividades de atención en salud propia en situaciones de crisis en salud mental, se realizara la promoción de la intervención desde la cultura propia en situaciones de crisis, con especial énfasis por los tratamientos y atenciones de la medicina ancestral, estos serán determinados por los médicos tradicionales, sabedores, rezadores, danzantes u otro miembro del ámbito de la salud de la medicina tradicional; el diseño de estas rutas de atención propia serán determinadas desde la autonomía de cada pueblo, donde se generara un punto de articulación con el sistema biomédico occidental, según criterio de los pueblos indígenas.

En caso que así lo determinen las comunidades y los pueblos indígenas, se gestionará la capacitación en primeros auxilios en salud mental alopática occidental. Ligado a ello se gestionara la operación de mecanismos de remisión y canalización de casos que superen la capacidad de respuesta de la medicina tradicional.

Para lo cual se requiere que el talento humano, bien sea comunitario o institucional, esté al tanto de las herramientas ya señaladas para la identificación de síntomas e intervención en crisis e intervención breve. Así este mismo deberá tener las competencias adecuadas para: asegurar el entorno del individuo; seguir la conducta pertinente acorde con la situación de cada individuo; realizar la intervención pertinente acorde con lo definido en Guías, Protocolos Interculturales y Rutas de Atención Propias.

### **-Intervención 11. Seguimiento y Rehabilitación Basada en la Comunidad a sobrevivientes de grupos y pueblos indígenas.**

El seguimiento es la intervención continua, posterior a la crisis, que se mantiene a través de un periodo de tiempo. Dicho seguimiento deberá estar inscrito en las diferentes estrategias mencionadas previamente, con el fin de garantizar una adecuada incorporación familiar, comunitaria y territorial. Atendiendo las indicaciones y recomendaciones del médico tradicional.

Se sensibilizara a las AETs sobre las problemáticas en salud mental, aprovechando las estructuras que están en funcionamiento y apoyando a estas a realizar el proceso de seguimiento e inclusión de los miembros de la comunidad que han visto afectada su salud mental.

Esta intervención contará con la identificación de prácticas propias de apoyo comunitario y familiar a personas con problemas y trastornos mentales, al igual que identificará y fortalecerá la



ruta de atención para el tratamiento tradicional y/o occidental de los problemas y trastornos mentales, el consumo problemático de alcohol y otras SPA.

El facilitador deberá apropiarse de las orientaciones de RBC en Salud Mental del Ministerio de Salud y Protección Social<sup>14</sup> y estar en articulación con Secretaría de Salud Municipal y Departamental para la implementación de dicha estrategia en el territorio.

Al igual que en la intervención en crisis, se requiere que el talento humano, bien sea comunitario o institucional, esté al tanto de las herramientas ya señaladas. Pero por otra parte, deberá estar preparado para fomentar los procesos de RBC, en un marco de continuidad cultural e intercultural, acorde con lo establecido en los procesos de Adecuación Sociocultural.<sup>15</sup>

### 3. RESPONSABILIDADES PARA LA OPERATIVIZACIÓN

#### **Ministerio de Salud y Protección Social**

En cumplimiento de la misión institucional que consiste en “dirigir el sistema de salud y protección social, a través de políticas de promoción de la salud, la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y el aseguramiento, así como la coordinación intersectorial para el desarrollo de políticas sobre los determinantes en salud; bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, equidad, sostenibilidad y calidad, con el fin de contribuir al mejoramiento de la salud de los habitantes de Colombia”, para las orientaciones técnicas con enfoque intercultural para la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida en población indígena, son sus responsabilidades:

1. Formular los lineamientos y orientaciones técnicas que permitan a los diferentes actores de SGSSS incidir en concurrencia con otros actores y sectores de la sociedad en los determinantes sociales que afectan el estado de salud mental individual y colectiva de la población indígena en el país.
2. Desarrollo de capacidades en de las entidades territoriales y otros actores del SGSSS para la implementación de los lineamientos técnicos.
3. Realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación de la aplicación de los lineamientos técnicos a nivel nacional.
4. Dirigir los procesos de cooperación con entidades del orden nacional e internacional que permitan aunar esfuerzos para la aplicación de los lineamientos técnicos.

#### **Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y Municipales**

Corresponderá a ellas en el cumplimiento de las funciones de su competencia, tales como:

1. Liderar el proceso de diálogo y acuerdos de las orientaciones técnicas con enfoque intercultural para la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida en población indígena con los representantes de las organizaciones de grupos y pueblos indígenas a nivel territorial.
2. Coordinar junto a las Asociaciones Étnico Territoriales la planeación, implementación, evaluación y seguimiento requeridas por estos lineamientos.

<sup>14</sup> Lineamientos nacionales para la implementación de RBC en Salud Mental, 2015. Disponible en el Repositorio Institucional Digital del MSPS: [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)

<sup>15</sup> Caja de Herramientas para la Adecuación Técnica y Cultural de los Programas y Servicios de Salud Ofertados a los Grupos Étnicos. Disponible en el Repositorio Institucional Digital del MSPS: [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)

3. Favorecer el desarrollo de las capacidades de Gestión en Salud Pública y para la implementación de los presentes lineamientos en diversos actores del SGSSS y de otros sectores y actores sociales (educación, protección, cultura, organizaciones y autoridades étnicoterritoriales, entre otros) que puedan implementarlos.
4. Establecer los mecanismos de coordinación sectorial e intersectorial necesarios para la planeación, implementación, evaluación y seguimiento requeridas para su implementación..
5. Desarrollar las estrategias, intervenciones y herramientas pertinentes para el desarrollo de competencias para la planeación, implementación, evaluación y seguimiento de los lineamientos.
6. Propender por la armonización de las diferentes políticas de salud, con estos lineamientos técnicos en salud mental indígena así como con el Sistema Indígena de Salud Propios e Intercultural.
7. Garantizar que se realicen las adecuaciones socioculturales pertinentes al Plan de Intervenciones Colectivas en la temática de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas dirigidas a población indígena.
8. Incorporar a la autoridades étnicoterritoriales, a las organizaciones y población indígena en el proceso de planeación integral para la salud, para garantizar la incorporación de enfoque étnico diferencial en el plan territorial de salud.
9. Realizar análisis de situación de salud mental de las poblaciones indígenas del territorio y definir las acciones correspondientes para su mejoramiento.

### **Instituto Nacional de Salud**

Tiene por misión contribuir a la protección de la salud en Colombia mediante la gestión del conocimiento, el seguimiento al estado de la salud de la población y la provisión de bienes y servicios de interés en salud pública. Para el caso del presente lineamiento, son sus responsabilidades:

1. Garantizar la operación y desarrollo de un Sistema de Vigilancia en Salud Pública que contenga indicadores de Salud Mental en territorios con grupos y pueblos indígenas.
2. Fortalecer las capacidades para el análisis de situación de salud por parte de las Entidades Territoriales y otros actores del SGSSS, Asociaciones de Autoridades Étnico Territoriales, líderes locales y población de grupos y pueblos indígenas.
3. Fortalecer las capacidades de investigación propia de las Asociaciones de Autoridades Étnico Territoriales, líderes locales y población de grupos y pueblos indígenas.

### **Superintendencia Nacional de Salud**

Tiene por misión proteger los derechos de los usuarios en salud mediante mecanismos de inspección, vigilancia y control transparentes y oportunos. Para el caso del presente lineamiento de Atención en Salud Mental con énfasis en Conducta Suicida para grupos y pueblos indígenas, son sus competencias:

1. Velar por el cumplimiento de lo establecido en estas orientaciones técnicas mediante mecanismos de inspección, vigilancia y control transparente y oportuno, de manera sistemática.

2. Velar por el cumplimiento de lo establecido durante el proceso de Adecuación Sociocultural mediante mecanismos de inspección, vigilancia y control transparente y oportuno.

### **Empresas Administradoras de Planes de Beneficio**

Tienen la función de organizar y garantizar la prestación del Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la UPC - PBSUPC a sus afiliados, para lo cual cumplen con funciones auxiliares de recaudo, administración y giro de recursos en el marco establecido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el caso del presente lineamiento, son sus responsabilidades:

1. Garantizar la prestación de los servicios en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas establecidas en el PBSUPC a la población de los grupos y pueblos indígenas.
2. Realizar las Adecuaciones Socioculturales pertinentes a las acciones en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y conducta suicida para la intervención a la población de grupos y pueblos indígenas.
3. Conformar la red de prestación de servicios en Salud Mental y consumo de sustancias psicoactivas acorde a lo establecido en la normatividad e integrando aquellas producto de la Adecuación Sociocultural.
4. Garantizar el cumplimiento de las estrategias e intervenciones establecidas en la presente orientación técnica.

### **Instituciones Prestadoras de Planes de Beneficio**

Tienen la función de prestar servicios de salud definidos en los Planes de Beneficio. Para la prestación de aquellos servicios establecidos en el PBSUPC deberán contar con una serie de requisitos – Habilitación -, mientras para aquellos del Plan de Intervenciones Colectivas será acorde con las características expresamente solicitadas por la autoridad territorial – Secretaría de Salud. Desarrollan acciones en niveles de complejidad diferentes, y entre ellas establecen redes de referencia y contrarreferencia. Para el caso de SMI en el marco de estos lineamientos, son sus responsabilidades:

1. Garantizar la prestación de servicios oportuna en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, consumo de sustancias psicoactivas y conducta suicida acorde a lo establecido en la normatividad y estos lineamientos.
2. Realizar las Adecuaciones Socioculturales necesarias a la prestación de servicios de salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y conducta suicida.
3. Establecer los procesos de generación de competencias en el talento humano para la prestación de servicios enmarcados en la este documento.

### **Asociación de Autoridades Étnico Territoriales Indígenas**

Estas asociaciones tienen por objeto propender por el desarrollo integral de las comunidades de grupos y pueblos indígenas. . Para el caso de la Atención en Salud Mental con énfasis en Conducta Suicida para grupos y pueblos indígenas, son sus responsabilidades:

1. Velar por el cumplimiento de los procesos de Diálogos y Acuerdos bajo los criterios establecidos.
2. Apoyar los procesos de Adecuación Sociocultural necesarios para el desarrollo de esta estos lineamientos.
3. Apoyar las acciones establecidas en la presente en este documento.

4. Apoyar las acciones de inspección, vigilancia y control transparente y oportuno sobre el desempeño de las orientaciones técnicas en SMI.

### **Población de grupos y pueblos indígenas**

Son el actor principal de este compendio de orientaciones. Desde esta se generan las necesidades sentidas, los datos, la información, el conocimiento y gran parte de las respuestas, de manera conjunta con los actores sectoriales. En ella también se encuentra el saber ancestral/tradicional, por lo cual será esencial en distintas intervenciones propuestas. Entre sus responsabilidades más relevantes está:

1. Hacer ejercicio del derecho y el deber a la participación social, ciudadana y comunitaria, en salud en el marco de la SMI.
2. Favorecer el entorno propicio para el desarrollo de las intervenciones y estrategias enunciadas en el presente lineamiento.
3. Establecer canales de comunicación adecuados tanto con líderes locales y Asociación de Autoridades Étnico Territoriales Indígenas, como con las instituciones sector salud y de otros sectores que participen en la implementación de estas orientaciones.
4. Identificar los recursos propios, articularlos en forma de redes y generar continuidad con la oferta sectorial en Salud Mental.

## Anexo 1 – Formatos de Herramientas metodológicas

## Formato bitácora

BITÁCORA DE TRABAJO					
Nombre:		Lugar:			
DIA	HORA	GRUPO O INDIVIDUO	ACTIVIDAD	APORTES RELEVANTES	RECOMENDACIONES

Formato diario de campo.

DIARIO DE CAMPO					
DÍA	HORA	TÉCNICA EMPLEADA/PERSONA O GRUPO	DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD	CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	ELEMENTOS SIGNIFICATIVOS

Formato de historia de vida.

<b>HISTORIA DE VIDA</b>	
<b>I. Hablar de la infancia. Se pueden tomar como puntos clave:</b>	
Fecha de nacimiento	
Lugar de nacimiento	
Descripción de los padres	
Mención de hermanos y hermanas	
Circunstancias del nacimiento: familiares y externas	
Juegos, tradiciones familiares, espacio físico.	
<b>II. Hablar de la infancia-adolescencia. Se pueden tomar como puntos clave:</b>	
Cambios en el paso de una etapa a otra: cambios físicos, afectivos, cambios externos al protagonista (mudanza, cambio de colegio, cambios en la comunidad o municipio).	
Juegos, gustos, amistades, amores.	

Relación con los adultos: padres, familia, profesores.	
Anécdotas.	
<b>III. Hablar del comienzo de la adultez:</b>	
Trabajo: relaciones actividades laborales, lugar del primer trabajo o actividad principal, trabajo más importante, problemas, y aciertos	
Relaciones amorosas: pareja, matrimonio, hijos.	
La sociedad: época, cambios políticos, cambios sociales, cambios físicos de las comunidades o municipios más importantes para el protagonista	
<b>IV. Hablar de la vida en general:</b>	
Acontecimientos más importantes de la vida personal.	
Grandes y pequeños logros significativos en nuestra vida.	
Éxitos y fracasos, pérdidas de seres queridos.	
El día de hoy.	



## Formato entrevista

ENTREVISTA	
PREGUNTAS ORIENTADORAS	
TEMA	PREGUNTA

## BIBLIOGRAFÍA

Calderón, Javier y López Cardona, Diana. noviembre de 2013 . Orlando Fals Borda y la investigación acción participativa: aportes en el proceso de formación para la transformación”. I Encuentro hacia una Pedagogía Emancipatoria en Nuestra América, Publicación Anual - Nº 1, 3-7, consultado el 13 de febrero en: <http://www.javeriana.edu.co/blogs/boviedo/files/pedagogc3adas-eman-lc3b3pez-cardona-y-calderc3b3n.pdf>

Cifuentes, R. 2011. Diseño de proyectos de investigación cualitativa. Buenos Aires. Argentina: Noveduc.

Colmenares E., Ana Mercedes. 30 junio 2012. Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción. Voces y Silencios: Revista Latinoamericana de Educación,, Vol. 3, No. 1, 102-115.

Departamento de Evaluación de Operaciones del Banco Mundial. Otoño 2003. Intercambiar conocimientos para alcanzar objetivos de desarrollo. Revista Preci, Numero 234. Consultado el 24 febrero en : [http://lnweb90.worldbank.org/oed/oeddoclib.nsf/interpname/ksprecises/\\$file/precis234es.pdf](http://lnweb90.worldbank.org/oed/oeddoclib.nsf/interpname/ksprecises/$file/precis234es.pdf)

Díaz-Bravo, Laura; Torruco-García, Uri; Martínez-Hernández, Mildred y Varela-Ruiz, Margarita. Enero - Marzo 2016. La entrevista, recurso flexible y dinámico. Revista Investigación en Educación Médica, Año. 5 Núm 17 , 162-167. Consultado el 24 de febrero en: <http://riem.facmed.unam.mx/node/47>

Eizagirre, M. y Zabala, N. 2011. Investigación-Acción Participativa. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Consultado el 13 de febrero en: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/132>

Fals Borda, Orlando y Rodríguez Brandao C. 1987. Investigación Participativa. Montevideo: La Banda Oriental.

Fals Borda, Orlando y MD. ANISUR 1991. Acción y conocimiento: Rompiendo el monopolio con la IAP. Bogotá: Rahman.

Fals Borda, Orlando. 2008. Orígenes universales y retos actuales de la IAP (Investigación- Acción Participativa). Peripecias.

Minuta Convenio No. 547 MSPS y OIM del 14 de octubre de 2015.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2012). Guías para la RBC Componente de fortalecimiento. 19

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2012). *Guías para la RBC, Folleto introducción*. Obtenido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44809/42/9789243548050\\_Introducci%C3%B3n\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44809/42/9789243548050_Introducci%C3%B3n_spa.pdf)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2012). *Guías para la RBC: Componente de fortalecimiento*. Obtenido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44809/2/9789243548050\\_Fortalecimiento\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44809/2/9789243548050_Fortalecimiento_spa.pdf)

Ortiz, Marielsa; Borjas, Beatriz La Investigación Acción Participativa: aporte de Fals Borda a la educación popular Espacio Abierto, vol. 17, núm. 4, octubre-diciembre, 2008, pp. 615-627 Universidad del Zulia Maracaibo, Venezuela. Consultado el 10 de febrero de 2016 en:

<http://www.redalyc.org/pdf/122/12217404.pdf>

Salazar, M. C. 2006. (Comp.). La investigación-acción participativa. Inicios y desarrollos. Madrid. Popular.

Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social documento para MSPS y OPS. 2014. Modelo con enfoque diferencial de etnia e intercultural para las intervenciones en salud mental con énfasis en conducta suicida para grupos y pueblos étnicos indígenas. Bogotá.

Universidad Tecnológica de Pereira. 2011. Instrumentos de investigación. Consultado el 10 de febrero 2016 en:

<https://instrumentos-investigacion.wikispaces.com/home>

Veras, E. 2010. Historia de Vida: ¿Un método para las ciencias sociales? Cinta moebio 39: 142-152. Consultado el 22 de febrero en: [www.moebio.uchile.cl/39/veras.html](http://www.moebio.uchile.cl/39/veras.html)