

Prevención del suicidio en personas adolescentes indígenas y migrantes.

Suicide prevention in indigenous and immigrant adolescents.

Belén Vargas ^{a,1,2,3}

INTRODUCCIÓN

Las personas adolescentes migrantes y quienes pertenecen a pueblos indígenas son dos grupos en condiciones de desventaja y vulnerabilidad a nivel social. Si bien sus experiencias y características no son equiparables, suelen compartir una posición de minoría en la cultura dominante y hegemónica que les expone a experiencias de estigmatización, discriminación y marginación, que a su vez incrementan el riesgo de presentar conductas suicidas [1-3].

Al analizar la presencia de conductas suicidas en estos grupos, en primer lugar es necesario reconocer el suicidio como un hecho social y colectivo que, por tanto, no se restringe a características o experiencias individuales. El suicidio en personas en una situación de minoría, da cuenta del desequilibrio de procesos sociales protectores y de riesgo, con diferencias en su manifestación de acuerdo con la posición demográfica, sociohistórica y económica donde se sitúan socialmente las personas, que

las deja en una posición de intensa desventaja [4].

Desde la perspectiva de salud global, diversas investigaciones han demostrado que existen variaciones culturales en cómo se presenta la conducta suicida.

Esta variabilidad se observa en las explicaciones causales, las atribuciones dadas, y en la búsqueda y la aceptación de ayuda, entre otras; todas diferencias que impactan en las posibilidades de acceder y recibir una atención de salud mental apropiada [1,5].

En la investigación sobre factores de riesgo y protección para el suicidio en personas adolescentes pertenecientes a estos grupos minoritarios, se observa escasa evidencia que informe el diseño de estrategias de prevención, así como también que dé cuenta de los resultados de las intervenciones que han sido diseñadas y evaluadas específicamente para estos grupos [6].

a. Psicóloga. Magíster en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil.

1. Doctorado en Psicoterapia, Universidad de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

2. Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes, Imhay, Santiago, Chile.

3. Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad, MIDAP, Santiago, Chile.

Correspondencia: Belén Vargas, ana.vargas.g@ug.uchile.cl

Fuente de apoyo financiero: Este trabajo fue financiado por ANID/BECA NACIONAL DOCTORADO/2021-21212114

En este marco, se realiza una revisión de literatura enfocada en factores de riesgo y de protección para el suicidio en personas adolescentes indígenas y migrantes, distinguiendo tres niveles: el nivel individual, describiendo procesos que impactan en la conformación de una identidad cultural estando en una posición de minoría cultural; el nivel familiar, revisando aspectos asociados al impacto de la minoría cultural en las relaciones familiares; y el nivel comunitario, identificando las diferencias culturales en actitudes y creencias sobre el suicidio. En la revisión se realiza un breve ejercicio de aplicación de la evidencia recopilada en estrategias preventivas que apuntan a los factores revisados, para finalmente, incluir recomendaciones generales para la implementación de acciones preventivas.

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN

Nivel individual

Los choques culturales pueden ser estresantes y provocar problemas de autoestima y salud mental. Crecer y desarrollarse en contacto con una cultura dominante que no es la propia, produce una serie de choques culturales, los cuales pueden ser mayores mientras más hegemónica es la cultura mayoritaria, como es el caso de la cultura occidental para adolescentes indígenas y migrantes [2], la cual puede incurrir en acciones de deslegitimación en diferentes contextos sociales.

El conflicto cultural se puede presentar como estrés aculturativo, originado por el desafío que implica el adaptarse a normas, valores, patrones y roles culturales distintas a las presentes en la familia. En otros casos este estrés pue-

de ser experimentado como un duelo cultural ante la sensación de pérdida de la cultura de origen o de añoranza por los modos de vida que se van perdiendo. La expresión de este duelo también está mediada por la cultura, y añade un ingrediente más de estrés si existe incompreensión respecto a cómo se manifiesta, o inclusive, se le aplican criterios diagnósticos occidentales que terminan patologizando expresiones culturales, siendo estas situaciones mucho más frecuentes cuando la lengua materna es distinta a la dominante [5].

En algunos casos, la respuesta frente al conflicto cultural se expresa como el alejamiento de la cultura de origen o el aferrarse más a ella. En el caso del primero, se asocia a procesos de pérdida de la identidad cultural, donde el más conocido es la aculturación, donde la persona comienza a integrar los elementos y patrones culturales de su nuevo contexto, y se genera una asimilación en búsqueda de la integración social; la aculturación puede ser un proceso voluntario o forzado, en el que la identidad cultural de un individuo puede perderse a medida que se mueve dentro de la cultura mayoritaria [7]. También se pueden generar procesos mucho más complejos, como el rechazo cultural, que implica experiencia de total distanciamiento de la cultura de origen, o la deculturación, donde se obliga a abandonar la identidad cultural. En contraste, se pueden dar un proceso de enculturación, que implica ir encontrando, o reencontrando, los patrones y normas culturales de origen, para ir configurando una identidad etnocultural, referida a la identificación y la importancia otorgada a la herencia cultural originaria [1,8].

Ya sea que exista un alejamiento o acercamiento a la cultura de origen, lo llamativo de estos procesos es que ambos pueden tener efectos protectores o de riesgo para la salud mental y la conducta suicida. Por ejemplo, ante la presencia de alto estrés aculturativo o conflicto cultural, los procesos de aculturación generan un sentido de mayor aceptación e integración al entorno, lo que ayuda a disminuir malestar. Por otra parte, también se ha encontrado una relación entre altos grados de identidad étnica y bajos síntomas de depresión, ideación suicida e historial de intentos de suicidio; en esta relación la valoración del origen cultural podría equipar de mejor manera a los adolescentes en situación de minoría cultural para resistir el estrés aculturativo y la discriminación [6]. Específicamente para los pueblos indígenas, la recuperación de la identidad cultural es vista, a nivel individual como colectivo, como actos curativos y terapéuticos [9].

De miras a la prevención de las conductas suicidas en personas adolescentes indígenas y migrantes, es importante acompañar el desarrollo de una identidad en relación con la cultura de origen como factor protector de su salud mental. En esto son de gran relevancia las experiencias de aceptación en la cultura mayoritaria, las posibilidades de conocimiento de su cultura de origen, y de sentirse parte de una comunidad de referencia y soporte.

Nivel familiar

El conflicto entre la cultura de origen y cultura mayoritaria, también tiene su expresión en las relaciones entre adolescentes y su familia. Tanto para adolescentes indígenas como migrantes, la presencia de tensiones familiares se ha

asociado a mayor riesgo de suicidio y menor acceso a servicios de apoyo [2]. La disonancia cultural intergeneracional y el conflicto cultural que pueda presentarse a nivel familiar, se asocia a las diferentes velocidades con que los integrantes de la familia vivencian procesos de aculturación. A diferencia de los adultos, los adolescentes generalmente asimilan mucho más rápido nuevas formas culturales, generándose un desbalance en los niveles de aculturación al interior de una misma familia. Con frecuencia se presentan conflictos intergeneracionales asociados a expectativas culturales y familiares incongruentes, generando alta tensión familiar. Estos conflictos suelen ser secundarios a la presión que sienten los jóvenes, quienes se ven forzados a interactuar con el mundo occidental, adquiriendo costumbres que generan conflicto ante la realidad de la comunidad que habitan, generalmente en territorios con escasos recursos y oportunidades [10].

Otro aspecto de tensión es la amenaza a la cohesión familiar. Frente al proceso de asimilación a una nueva cultura, puede ocurrir un distanciamiento familiar. Se genera un mayor deseo de independencia y autonomía de la persona adolescente, que es atribuido por parte de las madres, padres y figuras de cuidado, al mal influjo de la cultura ajena. Así se describe, por ejemplo, en comunidades pehuenches chilenas donde se atribuye el mayor riesgo suicida a una pérdida del diálogo, la confianza y espacios de encuentro entre adolescentes, padres y abuelos [11]. Una característica muy particular de sociedades y culturas que son más bien colectivas es el familismo, donde la familia en el centro de la organización social y también personal, el punto de

referencia para las elecciones y propósitos de vida, implicando obligaciones mutuas de apoyo al grupo familiar, tanto a nivel económico como emocional, y que se opone al patrón occidental individualista [1,12].

Existen tensiones familiares relacionadas con consultar a los servicios de salud mental, y que originan barreras de acceso para que adolescentes en riesgo de suicidio puedan recibir intervenciones preventivas y tratamiento. Las familias pueden desconfiar del sistema médico que no comparte valores y creencias, para hablar de problemas y necesidades que tradicionalmente se hablan sólo en la familia o comunidad, o que inclusive para algunas culturas, implica exhibir problemas de la esfera de la intimidad personal que no se comparten con otros. Además, para muchas culturas, especialmente las indígenas, la separación cartesiana entre salud física y mental no es concebida [13]. Padres de origen cultural distinto pueden ser menos propensos a percibir la necesidad de intervenciones de salud mental o ser más reacios a interactuar con los servicios de salud una vez que se identifican las dificultades [14,15].

Fortalecer la mutualidad y las relaciones familiares como factor protector, y disminuir los focos de conflictos intergeneracionales entre padres e hijos debería ser un foco de la intervención con adolescentes indígenas y pertenecientes a culturas colectivistas [2], a diferencia de intervenciones centradas en la individuación y la diferenciación de los padres. De igual forma, son recomendables intervenciones que apunten a la participación activa de las familias, al mantenimiento de prácticas familiares culturales y resolución colectiva de las

dificultades, permitiendo a su vez mejor apreciación del contexto cultural de los adolescentes.

Nivel comunitario

Se han encontrado diferencias culturales entre adolescentes respecto a las creencias sobre si es posible prevenir y detectar señales de alerta de suicidio, y recuperarse tras la presencia de conductas suicidas; las actitudes hacia las personas con conductas suicidas; la disponibilidad de ofrecer apoyo y preguntar ante señales de alerta; y las creencias religiosas que enjuician moralmente el suicidio, o incluso lo castiga. También existen diferencias culturales en cuanto a las causas atribuidas al suicidio, donde por ejemplo en algunas culturas se considera como una anomalía estructural de la persona; la normalización en algunas culturas de las conductas suicidas, donde se considera que es una elección personal válida e incluso un derecho personal [2,16,17]. Por ejemplo, un estudio en Chile encontró que adolescentes migrantes atribuyen conductas suicidas a debilidad, sentimentalismo y ausencia de los padres en el hogar por largas jornadas laborales [18].

La cultura influencia las actitudes y creencias de las personas jóvenes hacia las conductas suicidas. Un componente usual en las intervenciones preventivas, es el trabajo respecto a creencias y actitudes que generen barreras de acceso a la ayuda, y la sensibilización respecto a mitos y estigma asociado [1], el cual debe realizarse con sensibilidad cultural, en cuanto se resguarde disminuir el riesgo sin incurrir en prácticas de devaluación o crítica a la cultura de origen.

CONSIDERACIONES Y RECOMENDACIONES PARA ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

A partir de la revisión de literatura, se identifican consideraciones y recomendaciones que indican la relevancia de incorporar una perspectiva intercultural en las estrategias preventivas, de manera tal de entregar intervenciones culturalmente seguras y competentes.

Como primer punto, se recomienda potenciar en los equipos intervinientes el reconocimiento y comprensión de las influencias del propio sistema cultural en la manera en que se diseñan y ejecutan las intervenciones, y reconocer también las diferentes dimensiones de las dolencias de las personas: individual, familiar y social. De igual forma, el reconocimiento de que la interacción y las relaciones, suceden siempre dentro de las culturas de referencia, que, por tanto, se requiere la contextualización de las enfermedades y aflicciones en un mundo social, otorgando legitimidad del modelo de salud y enfermedad de la persona y su familia [13].

Un segundo punto, es dar cuenta del potencial de las intervenciones preventivas escolares para reducir disparidades culturales y favorecer el acceso a los servicios, dado que personas adolescentes indígenas y migrantes tienen muchas más probabilidades de acceder a la atención de salud mental en contextos escolares en comparación con los servicios de salud [19]. No obstante, para que esto efectivamente suceda, se requiere que los programas escolares respondan a las necesidades culturales de los adolescentes, siendo sensibles a los factores de riesgo relacionados específicamente con grupos culturales específicos, la instalación

de intervenciones culturalmente sensibles que se basen en las fortalezas y los factores protectores de una cultura, y mostrar activamente comprensión y respeto por las culturas de los estudiantes y sus familias [20].

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Goldston DB, Molock SD, Whitbeck LB, Murakami JL, Zayas LH, Hall GC. Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *Am Psychol.* 2008;63(1):14-31. doi:10.1037/0003-066X.63.1.14
2. Lai DWL, Li L, Daoust GD. Factors Influencing Suicide Behaviours in Immigrant and Ethno-Cultural Minority Groups: A Systematic Review. *J Immigr Minor Health.* Jun 2017;19(3):755-768. doi:10.1007/s10903-016-0490-3
3. UNICEF. Suicidio adolescente en pueblos indígenas: Tres estudios de caso. UNICEF; 2012. https://www.iwgia.org/images/publications/0575_suicidios-unicef.pdf
4. Vargas-Espíndola A, Villamizar-Guerrero JC, Puerto-López JS, Rojas-Villamizar MR, Ramírez-Montes OS, Urrego-Mendoza ZC. Conducta suicida en pueblos indígenas: una revisión del estado del arte. *Rev Fac Med.* 2017;65:129-135.
5. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand.* Apr 2004;109(4):243-258. doi:10.1046/j.0001-690X.2003.00246.x
6. Tereucán Angulo J, Briceño Olivera C, Gálvez-Nieto JL, Hauri Opazo S. Identidad étnica e ideación suicida en adolescentes indígenas. *Salud Pública Méx.* 2017;59:7-8. doi:10.21149/7980
7. Bhugra D, Becker MA. Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World psychiatry.*

- 2005;4(1):18-24.
8. Bhugra D, Gupta S, Bhui K, et al. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry*. Feb 2011;10(1):2-10. doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00002.x.
 9. Kirmayer L, Simpson C, Cargo M. Healing traditions: Culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples. Conference Paper. *Australasian Psychiatry*. 2003;11(SUPPL. 1):S15-S23. doi:10.1046/j.1038-5282.2003.02010.x
 10. Chenhall R, Senior K. Those Young People All Crankybella: Indigenous youth mental health and globalization. *Int J Ment Health*. 2009;38(3):28-43. doi:10.2753/IMH0020-7411380302
 11. González C, Simon J, Jara E (2017). Etiologías del suicidio pehueche: trauma territorial y fuerzas negativas en Alto Bío Bío, Chile. In: Guajardo G, ed. *Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales*. FLACSO-Chile, pp 133-152. <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/69695/1/LFLACSO-Guajardo-ED-145481-PUB-COM.pdf>
 12. Mascayano F, Irrazabal M, D Emilia W, et al. Suicide in Latin America: a growing public health issue. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*. 2015;72(4):295-303.
 13. MINSAL. Orientaciones Técnicas para la atención de salud mental con Pueblos Indígenas: hacia un enfoque intercultural. 2016. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/028.MINSAL-salud-mental-indigena-2016.pdf>
 14. Kataoka S, Stein BD, Nadeem E, Wong M. Who gets care? Mental health service use following a school-based suicide prevention program. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(10):1341-1348. doi:10.1097/chi.0b013e31813761fd
 15. Kim JJ, Kodish T, Bear L, El-Hendi T, Duong J, Lau AS. Disparities in follow-up care for Asian American youth assessed for suicide risk in schools. *Asian Am J Psychol*. 2018;9(4):308-317. doi:10.1037/aap0000136
 16. Colucci E, Martin G. Ethnocultural aspects of suicide in young people: A systematic literature review Part 2: Risk factors, precipitating agents, and attitudes toward suicide. *Suicide Life Threat Behav*. Apr 2007;37(2):222-237. doi:10.1521/suli.2007.37.2.222
 17. Eskin M, Kujan O, Voracek M, et al. Cross-national comparisons of attitudes towards suicide and suicidal persons in university students from 12 countries. *Scand J Psychol*. Dec 2016;57(6):554-563. doi:10.1111/sjop.12318
 18. MINSAL. Informe de Sistematización 1er Encuentro participativo de adolescentes y jóvenes migrantes en salud. 2019. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/ENCUENTRO-ADOLESCENTES-Y-JO%CC%81VENES-MIGRANTES-final.pdf>
 19. Cummings JR, Ponce NA, Mays VM. Comparing Racial/Ethnic Differences in Mental Health Service Use Among High-Need Subpopulations Across Clinical and School-Based Settings. *J Adolesc Health*. 2010;46(6):603-606. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.11.221
 20. SAMHSA. Preventing Suicide: A Toolkit for High Schools. 2012. <https://store.samhsa.gov/product/Preventing-Suicide-A-Toolkit-for-High-Schools/SMA12-4669>