

**ANÁLISIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y PROGRAMAS EN LA PREVENCIÓN DEL
SUICIDIO ADOLESCENTE EN TAME, ARAUCA**

Carlos Dario Tonocolia López

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Administrador (a)
Publico (a)

Glynis Lucia Panesso Chaverra
(Tutora)



Programa Académico de Administración Pública Territorial

Escuela Superior de Administración Pública -ESAP-

2026

Resumen

La presente investigación aborda el crítico desafío de salud pública que representa el incremento de los intentos de suicidio en la población adolescente del municipio de Tame, Arauca. El objetivo principal del estudio es analizar la efectividad, el nivel de articulación y la pertinencia territorial de las políticas públicas y programas institucionales implementados actualmente, con el fin de proponer mejoras en la gestión institucional que integren de manera eficaz los factores emocionales, sociales y educativos. Metodológicamente, el estudio se enmarca en un enfoque cualitativo con un diseño descriptivo y exploratorio, empleando el análisis documental de normatividad y registros epidemiológicos, así como la realización de entrevistas semiestructuradas a actores clave, incluyendo docentes, profesionales de la salud, autoridades locales y familias. El hallazgo principal de la investigación revela una desconexión crítica entre los lineamientos nacionales de salud pública y su ejecución local, caracterizada por una gestión institucional predominantemente reactiva y burocrática, más enfocada en el reporte estadístico que en la prevención proactiva. Se evidencia una fragmentación severa en la articulación interinstitucional entre los sectores de salud, educación y comunidad, lo que impide la creación de una red de soporte integral. Asimismo, la investigación concluye que los programas actuales carecen de un enfoque diferencial que considere las realidades de ruralidad y cultura local, excluyendo a las familias de los procesos de cuidado. En consecuencia, se determina la urgencia de transitar hacia un modelo de gestión territorial, continuo y colaborativo que supere la atención aislada y promueva un entorno protector basado en la corresponsabilidad.

Palabras Clave: Políticas públicas, Suicidio adolescente, Salud pública, Prevención, Gestión territorial.

Índice General

1. Introducción	7
1.1 Planteamiento del problema.....	10
1.2 Justificación	14
2. Objetivos	18
2.1 Objetivo general.....	18
2.2 Objetivos específicos	18
3. Marco Referencial.....	19
3.1 Antecedentes	19
3.2 Marco teórico	28
3.3 Marco conceptual.....	40
3.4 Marco Contextual.....	53
3.5 Marco legal	55
4. Metodología	64
4.1 Enfoque de investigación.....	64
4.2 Alcance	64
4.3 Participantes	67
4.4 Población, Muestra o Participantes.....	69
4.5 Técnicas e instrumentos.....	70
4.6 Procedimientos.....	73
4.7 Categorías de análisis.....	78
4.8 Procesamiento de la investigación	84
5. Resultados	87
5.1 Desarrollo Objetivo Específico No. 1	87
5.2 Desarrollo Objetivo Específico No. 2	111

5.3 Desarrollo Objetivo Específico No. 3	125
6 Conclusiones	128
7 Referencias bibliográficas.....	130
8. Anexos	136
8.1 Formato de entrevista.....	136
8.2 Entrevista semiestructurada: transcripción	140

Lista de tablas

Tabla 1.....	25
Tabla 2.....	62
Tabla 3.....	95
Tabla 4.....	125

Lista de ilustraciones

Ilustración 1	29
Ilustración 2	41
Ilustración 3	56
Ilustración 4	84

1. Introducción

El suicidio adolescente ha emergido como una problemática creciente en el municipio de Tame, Arauca, generando una alarma social y educativa en la comunidad local. A pesar de la existencia de programas destinados a la prevención y atención psicológica, las tasas de suicidio y los intentos suicidas continúan en aumento, lo que refleja la falta de eficacia y alcance de estas intervenciones.

El problema radica en que las políticas públicas implementadas hasta el momento no han logrado articular un enfoque integral que aborde adecuadamente tanto los aspectos psicológicos como los sociales del fenómeno. Además, la falta de recursos, formación adecuada de los actores educativos y la insuficiente coordinación entre las instituciones responsables han resultado en una gestión institucional deficiente frente a esta grave problemática.

Este estudio busca explorar las políticas públicas y los programas implementados en el municipio, con el fin de analizar su efectividad y proponer intervenciones que fortalezcan la gestión pública para una prevención más efectiva del suicidio juvenil.

A nivel mundial, el suicidio adolescente se ha reconocido como un problema significativo de salud pública, con estudios que muestran la efectividad de intervenciones educativas y psicológicas basadas en la comunidad escolar (Cusimano & Sameem, 2011; Parra, 2022). Sin embargo, en el contexto de Tame, Arauca, los esfuerzos hasta ahora han sido dispersos y no han logrado una cobertura adecuada. La Gobernación de Arauca (2019) ha implementado algunas estrategias de prevención, pero estas no han sido suficientes ni eficaces para reducir los intentos de suicidio en adolescentes.

Investigaciones previas han identificado la necesidad de un enfoque integral que combine la atención psicológica con el fortalecimiento de redes de apoyo dentro de las instituciones educativas y la comunidad (Dávila & Luna, 2019; González, 2023). A pesar de los esfuerzos, el abordaje fragmentado y la falta de evaluación continua de las políticas y programas actuales en Tame, han limitado su efectividad. Esto subraya la necesidad de repensar las estrategias de intervención y considerar nuevas formas de colaboración interinstitucional para abordar el suicidio adolescente de manera más integral y adaptada al contexto local.

El propósito principal de esta investigación es analizar las políticas públicas y los programas implementados en Tame, Arauca, para prevenir el suicidio adolescente. Se busca evaluar la efectividad de estas intervenciones e identificar las fortalezas y debilidades de la gestión institucional actual. Además, este estudio tiene como objetivo proponer nuevas estrategias y modelos de intervención que integren de manera efectiva las instituciones educativas, las autoridades locales y la comunidad en general. El análisis pretende aportar recomendaciones basadas en evidencia para la mejora de las políticas públicas y las prácticas de intervención, a fin de reducir los índices de suicidio adolescente en el municipio.

La presente monografía se apoya en la necesidad urgente de mejorar la gestión institucional y las políticas públicas en relación con la prevención del suicidio adolescente en Tame. La literatura existente sobre el tema destaca la importancia de enfoques integrales y coordinados que no solo aborden la salud mental desde la perspectiva psicológica, sino también desde el ámbito social y educativo (Soto et al., 2021; González et al., 2024).

En este sentido, la investigación se fundamenta en la necesidad de un modelo de intervención que articule a las instituciones educativas, las familias, los profesionales de la salud

y las autoridades locales, para formar una red de apoyo sólida que sea capaz de ofrecer una respuesta efectiva y continua ante esta crisis. La gestión pública, al ser el motor de las políticas en salud mental y educación, juega un papel importante en la implementación de estrategias preventivas, por lo que este estudio busca contribuir a la creación de políticas públicas más inclusivas y adaptadas a las necesidades específicas del municipio de Tame, Arauca.

La justificación de esta investigación radica en la urgencia de abordar la problemática del suicidio adolescente en Tame, Arauca, donde los intentos suicidas son una de las principales preocupaciones en términos de salud pública. Este estudio busca llenar un vacío en la comprensión de la efectividad de las políticas públicas locales y cómo estas pueden ser mejoradas para prevenir el suicidio juvenil.

La importancia de resolver este problema se refleja en el impacto social que genera el suicidio adolescente, afectando no solo a los adolescentes y sus familias, sino también a la comunidad en general. A través de este trabajo, se pretende proponer alternativas metodológicas y prácticas que puedan servir de modelo para otras regiones que enfrentan problemáticas similares. Además, la investigación tiene un enfoque práctico, buscando generar propuestas concretas para mejorar las estrategias institucionales y las políticas públicas, contribuyendo así al bienestar psico-social de los adolescentes y al fortalecimiento de la comunidad en general.

Este trabajo está organizado en cinco capítulos, cada uno con un enfoque específico. El primer capítulo corresponde a la introducción, donde se presenta el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación de la investigación. El segundo capítulo establece el marco referencial, que incluye los antecedentes, el marco teórico y conceptual, y el marco legal relacionado con la prevención del suicidio adolescente.

En el tercer capítulo se describe la metodología utilizada para la recolección y análisis de datos.

El cuarto capítulo presenta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos en la investigación, evaluando la efectividad de las políticas públicas y los programas implementados. Para finalizar, el quinto capítulo contiene las conclusiones y recomendaciones, las cuales están dirigidas a mejorar la gestión institucional en la prevención del suicidio adolescente en el municipio de Tame, Arauca.

1.1 Planteamiento del problema

A nivel global, el suicidio adolescente se ha consolidado como una de las crisis de salud pública más severas del siglo XXI, afectando de manera desproporcionada a la población joven. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), el suicidio representa la tercera causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años en todo el mundo, con una tendencia preocupante en la que las mujeres jóvenes presentan un mayor grado de predisposición y vulnerabilidad emocional. Esta realidad internacional evidencia que, a pesar de los avances en el reconocimiento de la salud mental, los mecanismos de contención siguen siendo insuficientes ante factores de riesgo globales como el ciberacoso y la inestabilidad social.

En el contexto colombiano, la situación refleja una tendencia al alza que exige una intervención institucional inmediata y técnica. Durante el primer semestre de 2023, el Instituto Nacional de Salud (INS) reportó un incremento significativo en los eventos de intento de suicidio, evidenciando que los jóvenes siguen siendo el grupo etario con mayor incidencia en las notificaciones del sistema de vigilancia (INS, 2023). Estos datos demuestran que el fenómeno no es estático, sino que se ha dinamizado negativamente en el periodo de post-pandemia, superando en muchos casos la capacidad de respuesta de los centros de salud locales.

Para el año 2024, las cifras de suicidio consumado en Colombia han encendido las alarmas de los organismos de control y la academia. Investigaciones recientes de la Universidad de la Sabana indican que la tasa de mortalidad por esta causa continúa fluctuando en niveles críticos, vinculada estrechamente a la falta de redes de apoyo sólidas y al acceso limitado a servicios especializados de psiquiatría (Universidad de la Sabana, 2024). Esta realidad nacional se entrelaza con el incumplimiento parcial de las metas de bienestar emocional trazadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, el cual busca reducir la carga de enfermedad mental en el país.

La vigilancia epidemiológica actual, registrada a través del SIVIGILA, permite observar una tensión institucional clara entre la normativa vigente y la ejecución presupuestal para la prevención. En el boletín epidemiológico de la semana 36 de 2025, se identifica que el intento de suicidio sigue siendo un evento de notificación obligatoria con una prevalencia marcada en regiones con baja presencia institucional (INS, 2025). Esta disparidad entre lo que dictan las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y la realidad de los territorios genera un vacío en la atención primaria, dejando a los adolescentes en un estado de desprotección administrativa.

Específicamente en el municipio de Tame, Arauca, la problemática adquiere una dimensión territorial crítica debido a su naturaleza rural y su historial de vulnerabilidad social. Aunque se han implementado esfuerzos locales, la falta de una contrastación de datos específicos entre la Secretaría de Salud municipal y la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca (UAESA) impide una lectura precisa de las dinámicas de riesgo juvenil en la zona (Alcaldía de Arauca, 2023). La ausencia de evidencia territorial local robusta ha llevado a que las estrategias de prevención sean genéricas y no respondan a las tensiones de convivencia y salud mental particulares de los jóvenes tameños.

El problema central radica en que, a pesar de existir el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, su implementación en territorios como Tame no ha logrado la integración intersectorial necesaria. Las instituciones educativas y los centros de salud operan de manera fragmentada, lo que se traduce en una gestión institucional superficial que no aborda las causas estructurales del suicidio adolescente (MinSalud, 2025). Esta falta de coordinación vulnera el derecho fundamental a la salud mental, convirtiendo a la prevención en un ejercicio meramente administrativo en lugar de una intervención comunitaria efectiva.

Las tensiones institucionales se agravan al analizar la capacidad de respuesta de los equipos psicosociales en el ámbito local. En Tame, la escasez de recursos y la formación insuficiente de los actores educativos para detectar señales de alerta temprana contrastan con la obligatoriedad de los protocolos nacionales de atención (Tovar, 2025). Mientras el SIVIGILA reporta el evento, la respuesta institucional suele ser reactiva y no preventiva, limitándose a la atención del intento consumado en lugar de mitigar los factores de riesgo en el entorno escolar y familiar.

Este estudio surge de la necesidad de robustecer el análisis con datos concretos que permitan superar la superficialidad en el abordaje del fenómeno. No es suficiente identificar que los jóvenes se intentan suicidar; se requiere contrastar la efectividad de los programas de Promoción y Prevención (PyP) frente a las cifras reales de reincidencia reportadas por el INS en el periodo 2024-2025 (INS, 2025). Solo a través de esta contrastación científica será posible proponer mejoras en la gestión pública que sean congruentes con la realidad presupuestal y social de Arauca.

La investigación se orienta entonces a identificar cómo las políticas de salud pública se materializan en el nivel micro-territorial de Tame. El análisis de los boletines epidemiológicos

recientes muestra que los factores desencadenantes en zonas rurales suelen estar vinculados a la falta de oportunidades y a la ruptura de vínculos familiares, elementos que a menudo son ignorados en las políticas nacionales estandarizadas. Por ello, profundizar en la "mirada local" es imperativo para que la administración municipal pueda rediseñar sus planes de seguridad y convivencia ciudadana.

El planteamiento de este problema busca resolver la pregunta sobre la efectividad de la gestión institucional actual en Tame ante un panorama epidemiológico nacional desafiante. La integración de fuentes de la OMS, SIVIGILA y el Ministerio de Salud permitirá construir un diagnóstico que no solo describa el fenómeno, sino que denuncie las tensiones entre la norma y la práctica. De este modo, la monografía aportará recomendaciones basadas en evidencia para que el municipio de Tame logre una verdadera cobertura integral y coordinada de sus adolescentes en riesgo.

La particularidad del problema en Tame radica en que el suicidio adolescente no se configura únicamente como una expresión individual de sufrimiento emocional, sino como el resultado de una acumulación de vulnerabilidades territoriales que dificultan la prevención oportuna. En este municipio, la ruralidad dispersa, las limitaciones de acceso a servicios especializados, la débil continuidad de los programas psicosociales, la presión sobre las instituciones educativas como primeros espacios de detección y la insuficiente lectura diferenciada de las realidades juveniles generan un escenario distinto al de los centros urbanos. Por ello, la problemática exige ser abordada desde una perspectiva territorial que reconozca que las políticas nacionales, aunque necesarias, pierden efectividad cuando no se ajustan a las condiciones sociales, culturales e institucionales del municipio. En consecuencia, el vacío central no se encuentra solo en la existencia de programas de prevención, sino en su capacidad real para

articularse, sostenerse, evaluarse y responder a las necesidades concretas de los adolescentes tameños, quienes requieren una intervención pública más cercana, preventiva y contextualizada.

Pregunta de investigación:

La pregunta de investigación que guía este estudio es: ¿Cómo pueden mejorarse las políticas públicas y las estrategias de gestión institucional para prevenir el suicidio adolescente en el municipio de Tame, Arauca, integrando los factores emocionales, sociales y educativos en un modelo de intervención más efectivo y coordinado?

Este problema es relevante desde una perspectiva científica y social, ya que el suicidio adolescente representa una crisis de salud pública que afecta profundamente a la comunidad. El estudio no solo busca evaluar las políticas públicas existentes, sino también proponer innovaciones en los enfoques y procedimientos actuales, con el fin de aportar nuevas aplicaciones y soluciones que puedan ser replicadas en otros contextos rurales similares. Las variables clave de interés son las políticas públicas implementadas, la coordinación interinstitucional, los programas de prevención del suicidio, y el impacto de estas intervenciones en la comunidad educativa y las familias.

1.2 Justificación

La presente investigación es de vital importancia tanto en el plano conceptual como en el práctico, debido a la alarmante persistencia de intentos de suicidio entre adolescentes en el municipio de Tame, Arauca. Este fenómeno no puede entenderse únicamente como una crisis de salud individual, sino como una problemática multifactorial que se agudiza por las dinámicas sociales y culturales de esta región llanera. Tame, al ser un territorio con una marcada identidad rural y un historial de vulnerabilidad socioeconómica, presenta retos únicos en la gestión de salud mental que difieren sustancialmente de los contextos urbanos tradicionales de Colombia.

Por tanto, esta monografía se justifica en la necesidad de analizar cómo la gestión institucional actual responde a la idiosincrasia del joven tameño, cuya realidad está atravesada por la ruralidad, la limitada oferta recreativa y las tensiones propias de un entorno con presencia de actores sociales complejos.

Desde una dimensión científica y técnica, el valor de este estudio radica en su capacidad para generar conocimiento situado sobre la efectividad de las intervenciones preventivas en zonas rurales. Mientras que la literatura nacional suele generalizar las causas y soluciones del suicidio juvenil basándose en capitales como Bogotá o Medellín, este trabajo aporta una perspectiva única sobre Tame. En este sentido, la investigación se define metodológicamente como un estudio de alcance descriptivo con un enfoque cualitativo, basado en un análisis documental y de contraste de datos epidemiológicos del periodo 2024-2025. Al evitar generalizaciones, el alcance metodológico se delimita estrictamente a la evaluación de la gestión pública local, permitiendo identificar si los protocolos de atención vigentes son realmente pertinentes para la cultura y las necesidades del municipio.

En cuanto a la relevancia institucional y de formación, la investigación aborda las brechas en la articulación entre el sector educativo y el sanitario en el nivel territorial. La justificación de este análisis reside en la identificación de vacíos en la capacitación de los actores clave (docentes, enfermeros y líderes comunitarios) quienes, en el contexto de Tame, constituyen la primera línea de defensa. Al precisar el alcance metodológico hacia la revisión de procesos administrativos y de atención, el estudio proporciona las bases técnicas para diseñar programas de formación de talento humano que no solo sigan lineamientos nacionales, sino que posean la sensibilidad cultural necesaria para generar confianza en la juventud de la región.

Desde la aplicación práctica, los resultados de este estudio ofrecen una utilidad inmediata para las autoridades municipales y la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca (UAESA). Al destacar las particularidades institucionales de Tame —como la capacidad instalada de sus centros de salud y la cobertura de sus instituciones educativas rurales—, la monografía permite ajustar las políticas públicas locales bajo un modelo de gestión más integral. No se busca simplemente proponer más burocracia, sino fortalecer la red de apoyo interinstitucional para que la prevención deje de ser un trámite de oficina y se convierta en una intervención territorial efectiva que involucre activamente a la familia y a la comunidad educativa.

En efecto, el impacto social y económico de esta investigación es profundo. La prevención del suicidio juvenil en Tame tiene el potencial de mitigar el doloroso costo emocional de las familias y reducir la carga económica que representan las urgencias médicas por intentos autolíticos para el sistema de salud local. Al mejorar la gestión institucional mediante un estudio con rigor metodológico y pertinencia territorial, se contribuye a la cohesión social de un municipio que busca proyectar a sus jóvenes hacia un futuro de bienestar. En suma, este trabajo no solo describe una problemática, sino que se posiciona como una herramienta técnica para transformar la realidad administrativa y social de la prevención del suicidio en el corazón de Arauca.

Metodológicamente, la investigación se enmarca en un paradigma interpretativo-sociocrítico y adopta un enfoque cualitativo, con diseño descriptivo y exploratorio, que permite comprender en profundidad la complejidad del fenómeno del suicidio adolescente en Tame. La recolección de información combina análisis documental, contraste de datos epidemiológicos del periodo 2024-2025 y entrevistas en profundidad con actores clave, incluyendo docentes,

psicólogos, autoridades locales y familias. Este enfoque posibilita identificar cómo se implementan, articulan y perciben en la práctica las políticas públicas y los programas de prevención, detectando vacíos en la coordinación interinstitucional y limitaciones en la pertinencia de los protocolos vigentes. Así, la investigación no solo describe la problemática, sino que aporta evidencia contextualizada para diseñar propuestas de gestión pública más integrales, sostenibles y adaptadas a la realidad local, fortaleciendo la efectividad de la prevención del suicidio adolescente en territorios rurales como Tame.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Analizar las estrategias de prevención del suicidio adolescente implementadas por las instituciones educativas y de salud del municipio de Tame, Arauca, evaluando su efectividad, nivel de articulación y pertinencia territorial, para proponer mejoras en la gestión institucional que integre los factores emocionales, sociales y educativos.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar las políticas públicas, programas y estrategias actualmente implementadas en Tame para la prevención del suicidio adolescente, considerando su cobertura y orientación.
- Determinar la efectividad de las intervenciones institucionales existentes en términos de resultados, continuidad, pertinencia territorial y adaptación a la realidad socio-cultural de los adolescentes.
- Analizar el nivel de articulación interinstitucional entre educación, salud y comunidad en la prevención del suicidio adolescente.

3. Marco Referencial

El marco referencial de esta investigación tiene como propósito contextualizar el fenómeno del suicidio adolescente a través del análisis de estudios previos a nivel internacional, nacional y local. Este apartado permite identificar los principales enfoques teóricos, hallazgos empíricos y vacíos existentes en la literatura, los cuales fundamentan la pertinencia y el desarrollo de la presente monografía.

3.1 Antecedentes

Al explorar los antecedentes, se evidencia que el suicidio en adolescentes es una problemática creciente que afecta de manera significativa a diversas comunidades, especialmente en contextos rurales donde factores sociales, culturales y económicos pueden amplificar los riesgos. La revisión de investigaciones previas demuestra que, si bien las intervenciones preventivas en el ámbito escolar constituyen uno de los mecanismos más eficaces para reducir los intentos de suicidio, su implementación y ejecución presentan desafíos que limitan su efectividad. Este análisis proporciona un marco de referencia sólido para comprender las estrategias existentes, sus fortalezas y limitaciones, y para orientar la propuesta de mejoras en la gestión institucional y la coordinación interinstitucional en el municipio de Tame, Arauca.

En este contexto, Hernández, De la Hoz y Cogollo (2024) realizaron una revisión sistemática para identificar y analizar las intervenciones preventivas de la conducta suicida en adolescentes y jóvenes estudiantes, con el objetivo de evaluar su eficacia y sostenibilidad en entornos escolares y universitarios. La metodología consistió en revisar literatura científica internacional publicada entre 2015 y 2023, aplicando criterios estrictos de inclusión y exclusión para garantizar la relevancia y validez de los estudios seleccionados. Los resultados evidenciaron diversas modalidades de intervención educativa, incluyendo programas de formación docente,

talleres de habilidades socioemocionales, campañas de sensibilización en salud mental y protocolos de detección temprana de riesgo suicida, mostrando que las estrategias basadas en evidencia científica y con implementación continua presentan mayores niveles de efectividad y sostenibilidad. No obstante, los autores concluyen que persisten desafíos importantes relacionados con la implementación institucional y la articulación de estas estrategias, destacando la necesidad de fortalecer la formación del personal educativo y la continuidad de los programas. Este estudio aporta a la presente monografía un marco de referencia sólido, sirviendo como guía para identificar y fortalecer componentes educativos y psicosociales que puedan adaptarse al contexto local de Tame, Arauca, con el fin de desarrollar una intervención integral que considere los factores emocionales, sociales y educativos de los adolescentes en riesgo.

Por otro lado, Parpio et al. (2025) realizaron una revisión scoping con el propósito de evaluar la efectividad de los programas de prevención del suicidio en adolescentes y de identificar brechas en la investigación y en la implementación de estas estrategias. La metodología consistió en una revisión sistemática de estudios publicados entre 2010 y 2024, centrados en programas preventivos aplicados en contextos escolares y comunitarios, considerando aspectos de diseño, ejecución y resultados de las intervenciones. Los resultados evidenciaron vacíos importantes en la investigación, así como una limitada adaptación de los programas a las características específicas de cada contexto local, lo que reduce la eficacia de las estrategias implementadas.

Los autores concluyen que, para incrementar la efectividad de los programas de prevención, es fundamental contextualizar las intervenciones según las necesidades culturales, sociales y territoriales de cada comunidad. Este estudio aporta a la presente monografía una perspectiva crítica sobre la pertinencia y adaptación de los programas existentes, resaltando la

necesidad de diseñar estrategias de prevención del suicidio adolescente que sean sensibles al contexto local de Tame, Arauca, e integren de manera simultánea los factores emocionales, sociales y educativos, con el fin de desarrollar un modelo de intervención más efectivo, sostenible y coherente con las particularidades de la población adolescente rural.

Parra (2022) realizó un análisis de las acciones educativas más efectivas para la prevención del suicidio juvenil en Colombia, con el objetivo de identificar estrategias que integren de manera efectiva la educación y la atención psicosocial. Su estudio se basó en una revisión de experiencias educativas y programas implementados en instituciones escolares, evaluando su diseño, alcance y resultados en la reducción de conductas suicidas. Los resultados evidenciaron que un enfoque integral, que combine información sobre salud mental con contención emocional y psicológica, es fundamental para atender de manera efectiva a los jóvenes en riesgo. El autor concluye que la educación no solo debe informar sobre los factores de riesgo y prevención, sino también fortalecer la capacidad de las instituciones para brindar apoyo emocional continuo a los estudiantes. Este estudio aporta a la presente monografía evidencia clave sobre la importancia de integrar la dimensión educativa y psicosocial en los programas de prevención del suicidio adolescente, resaltando la necesidad de adaptar estas estrategias al contexto local de Tame, Arauca, de manera que garanticen pertinencia territorial, eficacia y sostenibilidad en la población adolescente rural.

Cañón et al. (2018) desarrollaron una intervención educativa en Manizales orientada a la prevención de la conducta suicida en adolescentes, con el objetivo de evaluar el impacto de estrategias educativas sobre la reducción de intentos suicidas en el entorno escolar. La metodología consistió en implementar un programa educativo integral en instituciones de secundaria, que incluyó talleres de habilidades socioemocionales, formación docente y

seguimiento de los estudiantes en riesgo durante un período determinado. Los resultados mostraron un impacto positivo significativo, evidenciando la eficacia de la educación como herramienta preventiva, al fortalecer la resiliencia emocional y la detección temprana de señales de riesgo.

Los autores concluyen que las intervenciones educativas estructuradas, continuas y contextualizadas constituyen un componente esencial en la prevención del suicidio adolescente. Este estudio aporta a la presente monografía evidencia práctica sobre la efectividad de la educación como estrategia preventiva, reforzando la necesidad de implementar programas similares adaptados al contexto local de Tame, Arauca, articulados con la comunidad educativa y las instituciones de salud, con el fin de desarrollar un modelo de intervención integral, sostenible y contextualizado para la prevención del suicidio en la población adolescente.

Moreno Murcia (2025) realizó un estudio enfocado en la prevención del suicidio adolescente desde un enfoque intersectorial, con el objetivo de analizar la participación conjunta de diversos actores, incluyendo profesionales de la salud, autoridades políticas, comunicadores sociales y la comunidad en general. La metodología consistió en la revisión de programas y estrategias de prevención implementadas en distintos contextos, evaluando su diseño, coordinación interinstitucional y adaptación a las necesidades locales. Los resultados evidenciaron que, aunque las estrategias de prevención han avanzado en su implementación, persisten vacíos importantes en la evaluación continua y en la adecuación al contexto específico de cada comunidad, lo que limita su efectividad.

La autora concluye que para lograr una prevención efectiva del suicidio adolescente es indispensable fortalecer la colaboración intersectorial y adaptar las intervenciones a las particularidades sociales, culturales y territoriales de cada región. Este estudio aporta a la

presente monografía evidencia sobre la relevancia de la coordinación entre múltiples actores y la adaptación contextual de las estrategias, reforzando la necesidad de diseñar un modelo de intervención integral para Tame, Arauca, que articule los factores emocionales, sociales y educativos, y que mejore la gestión institucional en la prevención del suicidio adolescente.

En conjunto, los antecedentes revisados evidencian que la prevención del suicidio adolescente requiere un enfoque integral, que combine educación, atención psicosocial y participación intersectorial, adaptado a las particularidades locales. Los estudios de Hernández, De la Hoz y Cogollo (2024) y Parpio et al. (2025) destacan la importancia de basar las intervenciones en evidencia científica, enfatizando que su efectividad depende tanto del diseño de los programas como de la capacidad de implementación y articulación institucional. Estas investigaciones muestran que, si bien existen estrategias con resultados positivos, persisten desafíos en su ejecución, continuidad y pertinencia territorial, especialmente en comunidades rurales como Tame, Arauca, donde la dispersión geográfica, las limitaciones de recursos y las dinámicas sociales propias del territorio generan barreras adicionales.

Parra (2022) y Cañón et al. (2018) aportan evidencia concreta sobre la efectividad de intervenciones educativas integrales, señalando que la combinación de información sobre salud mental, contención emocional y desarrollo de habilidades socioemocionales es clave para atender a adolescentes en riesgo. Además, los programas educativos no solo facilitan la detección temprana de señales de alerta, sino que fortalecen la resiliencia emocional y promueven entornos escolares más seguros y protectores. Esto subraya la necesidad de que las estrategias locales de Tame incorporen estos componentes de manera sostenida y contextualizada, asegurando que la prevención del suicidio trascienda la teoría y se materialice en acciones concretas en la comunidad.

Para finalizar, Moreno Murcia (2025) evidencia que la coordinación intersectorial es un elemento crítico para la prevención efectiva del suicidio adolescente, destacando la participación conjunta de instituciones de salud, educativas, autoridades locales y la comunidad. La integración de estos actores permite desarrollar un modelo de intervención integral, capaz de abordar simultáneamente los factores emocionales, sociales y educativos, y de fortalecer la gestión institucional local para la prevención del suicidio en Tame, Arauca.

Tabla 1.*Resumen de Antecedentes*

Autor y Año	Estudio	Objetivo	Metodología	Resultados	Conclusión	Aporte a la Monografía
Hernández, De la Hoz & Cogollo (2024)	Revisión sistemática de intervenciones preventivas de la conducta suicida en adolescentes y jóvenes	Evaluar la eficacia y sostenibilidad de intervenciones educativas en entornos escolares y universitarios	Revisión de literatura científica internacional (2015-2023), con criterios estrictos de inclusión y exclusión	Diversas modalidades de intervención educativa: formación docente, talleres socioemocionales, campañas de sensibilización, protocolos de detección temprana; estrategias basadas en evidencia y continuas presentan mayor efectividad	Persisten desafíos en implementación y articulación institucional; se requiere fortalecer formación del personal y continuidad de programas	Proporciona un marco de referencia sólido, resaltando la necesidad de fundamentar las estrategias en evidencia científica y adaptarlas al contexto local de Tame, Arauca, para un modelo integral que considere factores emocionales, sociales y educativos
Parpio et al. (2025)	Revisión scoping de programas de prevención del	Evaluar efectividad de programas y detectar brechas	Revisión sistemática de estudios (2010-2024) sobre programas	Identificación de vacíos en investigación y falta de adaptación al contexto local;	Contextualización según necesidades culturales, sociales y territoriales es	Aporta perspectiva crítica sobre pertinencia y adaptación de programas,

	suicidio adolescente	en investigación e implementación	escolares y comunitarios	limitada eficacia de estrategias	clave para la efectividad	destacando la necesidad de diseñar estrategias sensibles al contexto local de Tame, Arauca.
Parra (2022)	Análisis de acciones educativas más efectivas para prevención del suicidio juvenil en Colombia	Identificar estrategias que integren educación y atención psicosocial	Revisión de experiencias y programas educativos en instituciones escolares	Enfoque integral combinando información sobre salud mental y contención emocional; fortalece capacidad institucional para apoyar a estudiantes	La educación debe informar y brindar apoyo emocional continuo	Evidencia la importancia de integrar dimensión educativa y psicosocial en programas de prevención, adaptándolos al contexto local de Tame, Arauca
Cañón et al. (2018)	Intervención educativa en Manizales para prevenir conducta suicida en adolescentes	Evaluar impacto de estrategias educativas en la reducción de intentos suicidas	Implementación de programa integral en secundaria: talleres socioemocionales, formación docente, seguimiento de	Impacto positivo significativo; educación fortalece resiliencia emocional y detección temprana de riesgo	Intervenciones educativas estructuradas y contextualizadas son esenciales para prevención	Refuerza necesidad de implementar programas educativos adaptados al contexto local y articulados con comunidad e instituciones de salud en Tame, Arauca

			estudiantes en riesgo			
Moreno Murcia (2025)	Estudio sobre prevención del suicidio adolescente desde enfoque intersectorial	Analizar participación conjunta de actores: salud, autoridades, comunicadores y comunidad	Revisión de programas y estrategias de prevención en distintos contextos, evaluando diseño, coordinación y adaptación	Persisten vacíos en evaluación y adecuación al contexto; coordinación intersectorial limitada	Fortalecer colaboración intersectorial y adaptar intervenciones a características locales es indispensable	Evidencia la relevancia de coordinación y adaptación contextual, reforzando necesidad de modelo integral en Tame, Arauca, que articule factores emocionales, sociales y educativos

Nota. Elaboración propia a partir de los autores ¹

¹ La información de esta tabla se basa en la revisión de antecedentes académicos sobre prevención del suicidio adolescente, destacando objetivos, metodologías y aportes relevantes para el contexto del municipio de Tame, Arauca. Las referencias completas se incluyen en la bibliografía.

3.2 Marco teórico

El presente marco teórico se centra en los enfoques, teorías y modelos que sustentan la prevención del suicidio adolescente, integrando perspectivas de salud pública, educación, derechos humanos y gestión institucional. Se busca proporcionar un fundamento conceptual que permita comprender los factores que influyen en la conducta suicida y las estrategias más efectivas para su prevención, considerando tanto los aspectos individuales como los contextuales y sociales. Este análisis es particularmente relevante para el municipio de Tame, Arauca, dado que su población adolescente enfrenta riesgos derivados de factores culturales, socioeconómicos y educativos específicos, lo que exige la implementación de programas adaptados a la realidad local.

Para ello, se incluyen enfoques de salud pública, que contemplan la prevención primaria, secundaria y terciaria, así como el enfoque poblacional y la identificación de factores de riesgo y de protección. Se integran además teorías que explican el desarrollo humano y los determinantes sociales de la salud, modelos de acción pública y gestión institucional, y el modelo de prevención del suicidio propuesto por la OMS. También se revisan las intervenciones preventivas en el contexto escolar y las estrategias intersectoriales, destacando la importancia de adaptar las políticas y programas a las características culturales y sociales de los adolescentes. Este marco teórico, en conjunto, proporciona

los fundamentos necesarios para el análisis y diseño de intervenciones efectivas, pertinentes y sostenibles que contribuyan a la reducción del riesgo suicida en la población juvenil de Tame, Arauca.

Ilustración 1

Marco teórico del proyecto



Nota. Elaboración propia.

Enfoque de salud pública: Prevención primaria, secundaria y terciaria

El enfoque de salud pública busca la promoción del bienestar y la prevención de enfermedades en toda la población. La prevención primaria se centra en reducir la incidencia de problemas de salud antes de que aparezcan, promoviendo hábitos saludables y creando entornos protectores. La prevención secundaria implica la detección temprana de riesgos o enfermedades para intervenir antes de que se agraven, mientras que la prevención terciaria se orienta a reducir las consecuencias y complicaciones de enfermedades o condiciones ya establecidas (PHS, 2026).

Aplicado al suicidio adolescente, este enfoque permite diseñar estrategias que van desde la promoción de la salud mental en la escuela, pasando por la identificación temprana de señales de riesgo, hasta la atención y seguimiento de jóvenes que han presentado intentos de suicidio, contribuyendo a disminuir tanto la incidencia como la recurrencia de estos eventos.

Enfoque poblacional

El enfoque poblacional considera la salud y el bienestar de grupos o comunidades completas, más allá de la atención individual. Busca identificar patrones, riesgos y factores protectores que afectan a distintos segmentos de la población, permitiendo diseñar intervenciones más eficaces y equitativas (García S. , 2013).

En la prevención del suicidio adolescente, este enfoque facilita la planificación de programas que contemplen características culturales, socioeconómicas y territoriales de los jóvenes, garantizando que las estrategias no solo sean efectivas para individuos aislados, sino también para la comunidad escolar y el entorno social en general.

Identificación de factores de riesgo y de protección

Los factores de riesgo son condiciones o situaciones que aumentan la probabilidad de que una persona intente suicidarse, tales como depresión, bullying o problemas familiares. Por el contrario, los factores de protección son aquellos que disminuyen esta probabilidad, como la resiliencia, el apoyo familiar y la integración social (MinSalud, 2017).

Identificar estos factores es clave para diseñar estrategias de prevención del suicidio, ya que permite focalizar intervenciones en quienes presentan mayor vulnerabilidad y fortalecer los elementos protectores en el entorno del adolescente, generando un impacto positivo en la reducción de conductas suicidas.

Enfoque de derechos humanos (Derecho a la vida, Derecho a la salud mental, Obligación del Estado de proteger a niños, niñas y adolescentes)

Este enfoque reconoce que la vida y la salud mental son derechos fundamentales de todos los individuos, especialmente de niños, niñas y adolescentes. Implica la obligación del Estado de garantizar su protección y de implementar políticas que aseguren el acceso a servicios de salud mental adecuados y a programas de prevención del suicidio (UNICEF, 2022).

En el ámbito de la prevención del suicidio adolescente, aplicar un enfoque de derechos humanos asegura que las intervenciones no sean meramente administrativas, sino que respeten la dignidad, integridad y bienestar de los jóvenes, fortaleciendo la equidad y la justicia social en las estrategias de salud pública.

Teoría ecológica del desarrollo humano (Bronfenbrenner)

La teoría ecológica de Bronfenbrenner plantea que el desarrollo humano está influenciado por múltiples sistemas interrelacionados: microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema. Cada nivel representa distintos entornos y relaciones que afectan el bienestar y la conducta de los individuos (McLeod, 2025).

Aplicada al suicidio adolescente, esta teoría permite comprender cómo la familia, la escuela, la comunidad y las políticas sociales influyen en los riesgos y protecciones de los jóvenes, facilitando el diseño de intervenciones integrales que actúen simultáneamente sobre distintos niveles del entorno del adolescente.

Teoría de los determinantes sociales de la salud

Esta teoría sostiene que la salud no depende únicamente de factores biológicos, sino también de las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales en las que viven las personas. Aspectos como la pobreza, la educación, el acceso a servicios y la cohesión social influyen directamente en el bienestar y en la aparición de conductas de riesgo (OMS, 2025).

En prevención del suicidio adolescente, considerar los determinantes sociales permite identificar contextos de vulnerabilidad y diseñar estrategias que mitiguen estos factores, promoviendo entornos más protectores y equitativos para los jóvenes.

Teoría de la acción pública (políticas públicas)

La teoría de la acción pública analiza cómo se diseñan, implementan y evalúan las políticas para responder a problemas sociales. Considera la interacción entre el Estado, la sociedad civil y los actores privados, así como la eficacia de las políticas en la resolución de necesidades públicas (Thoenig, 1997).

Aplicada a la prevención del suicidio adolescente, esta teoría permite estructurar políticas públicas efectivas que articulen salud, educación y comunidad, garantizando la coherencia, la sostenibilidad y la pertinencia territorial de las estrategias preventivas.

Modelo de prevención del suicidio (OMS)

El modelo de la OMS plantea la prevención del suicidio mediante estrategias universales, selectivas e indicadas. Las estrategias universales buscan la promoción de la salud mental en toda la población, las selectivas se enfocan en grupos con mayor riesgo, y las indicadas están dirigidas a individuos que ya presentan conductas suicidas (OMS, 2025).

Este modelo proporciona un marco estructurado para diseñar programas integrales de prevención del suicidio adolescente, asegurando que las intervenciones sean proporcionales al nivel de riesgo y que aborden tanto la promoción de la salud mental como la atención a los jóvenes en situación de vulnerabilidad.

Modelo de gestión pública orientada a resultados

Este modelo promueve que la gestión institucional se enfoque en el logro de objetivos concretos y medibles, optimizando recursos y evaluando continuamente el impacto de las acciones

implementadas. Busca eficiencia, eficacia y responsabilidad en la implementación de políticas y programas (MinCiencias, 2018).

En la prevención del suicidio adolescente, aplicar este modelo permite que las instituciones educativas y de salud planifiquen, ejecuten y supervisen programas de manera coordinada, garantizando resultados efectivos y sostenibles en la reducción de conductas suicidas.

Intervenciones preventivas en el contexto escolar

Las intervenciones en las escuelas son fundamentales en la prevención del suicidio adolescente. Hernández, De la Hoz y Cogollo (2024), en una revisión sistemática sobre intervenciones preventivas realizadas en entornos escolares, concluyen que existen múltiples intervenciones que buscan prevenir la ideación suicida en adolescentes y jóvenes estudiantes. Sin embargo, el desarrollo e implementación de iniciativas basadas en evidencia sigue siendo uno de los principales desafíos. A pesar de los esfuerzos de las estrategias existentes, no se ha podido abarcar el fenómeno de manera exhaustiva. Se requiere una profundización en la formación de los docentes y la estructuración de programas más integrales y eficaces desde los colegios.

Por otra parte, este trabajo enfatiza que las intervenciones deben ajustarse al contexto, a la cultura y a las características específicas de cada comunidad escolar. En el caso del municipio de Tame,

Arauca, esto sugiere la necesidad de diseñar programas pedagógicos interinstitucionales que fomenten no solo el conocimiento sino también las habilidades para afrontar situaciones críticas respecto al cuidado de la salud mental.

Programas de prevención del suicidio en adolescentes: evaluación y efectividad

Se ha investigado ampliamente el enfoque de programas como estrategia de prevención. Parpio et al. (2025) realizaron una revisión scoping de los programas de prevención del suicidio adolescente y su efectividad, según su contexto.

Señalan que la estrategia programa ha mostrado resultados positivos en algunos lugares y que una combinación con estrategias de detección e intervención temprana (identificación de señales de riesgo, acompañamiento psicológico) tiene buenos resultados. Declaran como limitación la escasa adaptación con las características del contexto local, lo que puede perjudicar su desarrollo e implementación.

Este dato es relevante para Tame, donde sus características culturales y su infraestructura de protección social pueden requerir intervenciones específicas para asegurar el acceso y la continuidad de los programas.

Estrategias educativas y psicosociales para la prevención del suicidio

Los programas de prevención sobre la conducta suicida en adolescentes de secundaria y media secundaria tienen un efecto positivo. Los programas de intervención muestran que los programas educativos emocionales y de habilidades para la vida tienen un efecto positivo en el suicidio adolescente cuando se aplican de forma continua.

Se necesita educar para detectar comportamiento suicida, pero también se necesita una educación que promueva el bienestar emocional y el manejo del estrés en los adolescentes (Cusimano & Sameem, 2011). Esto va acorde con la necesidad que tienen las instituciones educativas del municipio de Tame, Arauca; ya que lo planteado no sólo se basa en contenidos académicos sino también en espacios para el desarrollo emocional de los estudiantes.

El enfoque intersectorial en la prevención del suicidio

Otro punto importante a tener en cuenta en cuanto a la prevención del suicidio en adolescentes es la estrategia intersectorial, que consiste en una intervención conjunta entre diferentes sectores y entidades. Soto et al., (2021), mencionan que para la eficacia de los programas de prevención resulta fundamental la articulación del sector educativo con los servicios de salud y las instituciones locales.

Esto se debe a que el suicidio adolescente no es únicamente un problema escolar o psicológico; se manifiesta como un fenómeno social de múltiples determinaciones que exige el compromiso y la participación activa de la comunidad en su conjunto.

La gobernanza institucional para el caso de Tame, debería tener en cuenta este enfoque intersectorial, planteando una colaboración efectiva entre colegios, padres de familia e instituciones municipales, generando un sistema de soporte integral que satisfaga las necesidades individuales, sociales y ambientales que presentan los adolescentes en riesgo.

La necesidad de evaluación y adaptación de los programas

González et al. (2024) enfatizan la importancia de monitorear y adaptar los programas de prevención al contexto particular de cada comunidad, dado que muchos no cuentan con una evaluación rigurosa, lo que limita evaluar su efectividad y en qué se deben mejorar. Además, las intervenciones deben adecuarse a las características e idiosincrasias locales, como el nivel socioeconómico, factores culturales y creencias, o la estructura familiar. Esto es relevante para el municipio de Tame, Arauca; ya que es posible que sus características sociales y culturales influyan en el grado de aceptación y en los resultados que puedan tener las estrategias de prevención implementadas.

El suicidio en adolescentes tiene causas multifactoriales o determinantes interrelacionados, por lo que requiere un abordaje integral y coordinado de diferentes sectores. Realizar intervenciones desde el ámbito educativo, promover un enfoque intersectorial e implementar programas adaptados a la realidad local son algunas estrategias claves para reducir el riesgo suicida en los adolescentes.

Lo anterior debe ser considerado por la administración municipal en Tame, Arauca, para generar intervenciones ajustadas desde las instituciones educativas con el apoyo de las familias y la comunidad. La ejecución de programas basados en evidencia, seguidos de una evaluación permanente y una adaptación adecuada a las particularidades locales, pueden representar un avance significativo en la prevención del suicidio en esta región.

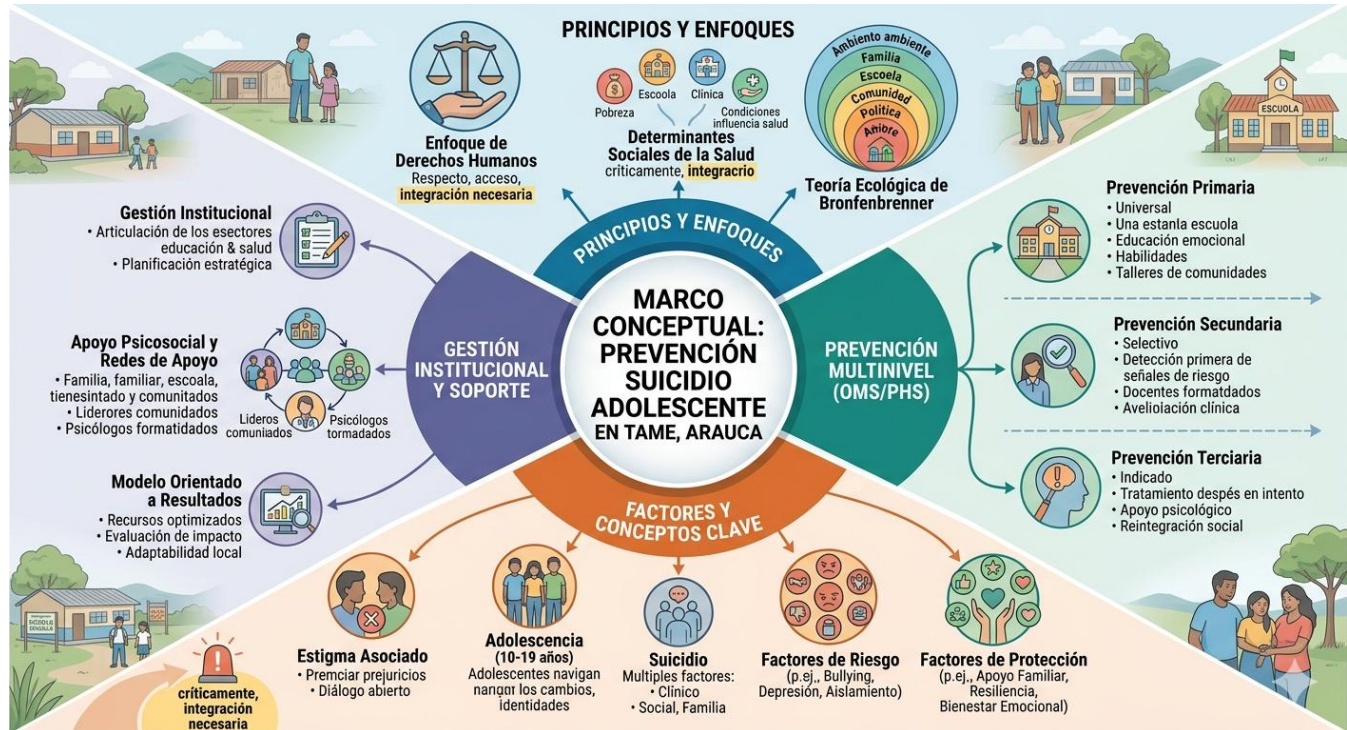
3.3 Marco conceptual

El marco conceptual de esta investigación tiene como propósito definir y clarificar los términos esenciales que guiarán el análisis y la interpretación de la prevención del suicidio adolescente en el municipio de Tame, Arauca. La construcción de este marco permite identificar los factores individuales, sociales, familiares y educativos que inciden en la conducta suicida, así como los enfoques, teorías y modelos que sustentan las estrategias de intervención. Asimismo, proporciona un lenguaje común y coherente que orienta la aplicación de políticas, programas y acciones preventivas en el contexto local.

En este marco, se integran conceptos fundamentales como suicidio, adolescencia, factores de riesgo y de protección, salud mental, bienestar emocional y bullying; así como teorías y modelos que fundamentan la acción institucional, educativa y psicosocial, incluyendo la teoría ecológica del desarrollo humano, los determinantes sociales de la salud, los enfoques de derechos humanos y los modelos de prevención del suicidio propuestos por la OMS. Esta conceptualización permite que las estrategias de prevención sean comprendidas, aplicadas y evaluadas de manera efectiva, garantizando que las intervenciones estén contextualizadas a la realidad social, cultural y educativa de los adolescentes en Tame, Arauca.

Ilustración 2

Marco conceptual



Nota. Elaboración propia.

Suicidio: es el acto intencional mediante el cual una persona se causa la muerte, producto de la interacción de múltiples factores psicológicos, sociales, emocionales, culturales y biológicos (OMS, 2025). Este fenómeno no puede entenderse únicamente como un evento individual, sino como un

resultado de la combinación de vulnerabilidades personales, conflictos emocionales, presiones sociales, problemas familiares, situaciones de acoso escolar o violencia, así como enfermedades mentales como la depresión o la ansiedad.

El suicidio representa un problema complejo de salud pública, ya que afecta tanto a la persona como a su entorno, generando impactos significativos en la familia, la comunidad y las instituciones educativas y de salud. Además, su comprensión requiere un enfoque multidimensional que considere las interacciones entre el individuo y su contexto social, económico y cultural, permitiendo la identificación de estrategias preventivas efectivas y la intervención oportuna para reducir su incidencia y consecuencias (OMS, 2025).

Autores como Durkheim (1897) y Joiner (2005) aportan perspectivas complementarias. Durkheim conceptualiza el suicidio como un fenómeno social, ligado a la integración y regulación de los individuos en la comunidad, sugiriendo que la falta de cohesión social y de vínculos comunitarios incrementa el riesgo. Por su parte, Joiner propone la teoría de la “triple amenaza” (percepción de ser una carga, falta de pertenencia y capacidad adquirida para autolesionarse), integrando factores psicológicos y sociales en un marco explicativo más amplio. Estas perspectivas permiten contrastar la definición de

la OMS al mostrar que, además de los factores individuales y biológicos, las estructuras sociales y los vínculos afectivos son determinantes críticos en el riesgo suicida.

Desde una visión crítica, se puede argumentar que la mayoría de definiciones oficiales, incluida la OMS, tienden a centrarse en los aspectos clínicos y biológicos, mientras que la prevención efectiva requiere una integración de dimensiones sociales, educativas y culturales. En el contexto del municipio de Tame, Arauca, donde los adolescentes enfrentan particularidades de ruralidad, aislamiento social y limitaciones en servicios de salud mental, esta integración es indispensable para diseñar intervenciones que sean pertinentes y sostenibles, y que no solo mitiguen la conducta autolítica, sino que fortalezcan los factores de protección a nivel familiar, escolar y comunitario.

Adolescencia: Etapa del desarrollo humano comprendida entre los 10 y 19 años, caracterizada por cambios físicos, psicológicos y sociales que influyen en la toma de decisiones y la vulnerabilidad emocional (González, 2023).

Autores como Piaget (1972) y Erikson (1968) amplían esta definición al destacar que la adolescencia no solo implica cambios físicos y cognitivos, sino también un desarrollo identitario y moral, donde los jóvenes construyen su autonomía y sentido de pertenencia. Piaget enfatiza el desarrollo del pensamiento formal y la capacidad de razonamiento abstracto, mientras que Erikson

señala que el logro de la identidad versus confusión de roles es crítico para la consolidación del autoconcepto y la adaptación social. Estas perspectivas muestran que la adolescencia es un periodo de alta plasticidad y vulnerabilidad, lo que hace que los adolescentes sean especialmente sensibles a factores de riesgo como la presión social, el bullying o conflictos familiares.

Suicidio Adolescente: Manifestación específica del suicidio en jóvenes de 10 a 19 años, influenciada por factores familiares, escolares, sociales y emocionales (González, 2023).

Autores como Hawton y James (2005) destacan que el suicidio adolescente no solo refleja vulnerabilidades individuales, sino también la interacción de factores contextuales, como problemas familiares, acoso escolar, presión de pares y factores socioeconómicos. Según estos autores, la combinación de factores de riesgo personales (depresión, ansiedad, impulsividad) y ambientales (aislamiento social, violencia, falta de apoyo) explica por qué los adolescentes presentan una alta sensibilidad frente a situaciones de crisis, diferenciándose de otras etapas del ciclo vital.

Desde una perspectiva crítica, aunque muchas definiciones incluyen los factores familiares y sociales, a menudo se omite la dimensión territorial y cultural en contextos rurales. En Tame, Arauca, por ejemplo, los adolescentes enfrentan escasez de recursos de salud mental, limitaciones educativas y aislamiento comunitario, lo que aumenta la vulnerabilidad y dificulta la detección temprana de señales

de riesgo. Por ello, comprender el suicidio adolescente requiere un enfoque integral y contextualizado, que considere simultáneamente los factores emocionales, sociales, culturales y educativos, y que sirva de base para diseñar estrategias de prevención efectivas y sostenibles en el municipio.

Prevención del Suicidio: Conjunto de medidas y estrategias orientadas a reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección, buscando disminuir la incidencia de intentos suicidas (MinSalud, 2025).

Autores como Wasserman et al. (2012) y Gould et al. (2013) enfatizan que la prevención del suicidio debe ser multinivel e integral, combinando estrategias universales, selectivas e indicadas. Las estrategias universales se dirigen a toda la población adolescente para promover la salud mental; las selectivas se enfocan en grupos con mayor riesgo, y las indicadas se aplican a jóvenes que ya presentan conductas suicidas. Según estos autores, la eficacia de la prevención depende de articular programas educativos, psicosociales y comunitarios, así como de garantizar seguimiento y evaluación constante de los resultados.

Desde una perspectiva crítica, aunque la definición oficial de MinSalud reconoce la reducción de factores de riesgo y el fortalecimiento de factores protectores, a menudo subestima la importancia del contexto cultural, social y territorial, especialmente en zonas rurales. En Tame, Arauca, la prevención

requiere adaptarse a las particularidades del territorio, incluyendo limitaciones en infraestructura educativa, acceso restringido a servicios de salud mental y dinámicas familiares y comunitarias específicas. Por ello, diseñar estrategias preventivas efectivas implica no solo aplicar medidas generales, sino integrarlas de manera contextualizada, considerando los factores emocionales, sociales y educativos que influyen en la conducta suicida de los adolescentes locales.

Prevención Primaria: Estrategias dirigidas a toda la población para promover la salud mental y evitar la aparición de conductas suicidas (PHS, 2026). Autores como Mann et al. (2005) y Wasserman et al. (2012) señalan que la prevención primaria debe enfocarse en promover entornos protectores, incluyendo educación emocional, habilidades para la vida y sensibilización en salud mental en escuelas y comunidades. Esto permite fortalecer factores de protección en adolescentes que aún no presentan señales de riesgo.

Desde un enfoque crítico, en Tame, Arauca, la prevención primaria enfrenta desafíos propios de la ruralidad, como la escasa cobertura educativa, limitaciones en infraestructura y acceso restringido a programas de salud mental. Por ello, las estrategias deben ser adaptadas al contexto local, priorizando la participación comunitaria, la integración con familias y la disponibilidad de recursos locales, para que la promoción de la salud mental sea efectiva y sostenible.

Prevención Secundaria: Identificación temprana de jóvenes en riesgo y aplicación de intervenciones para prevenir intentos de suicidio (PHS, 2026). Según Gould et al. (2013) y Asarnow et al. (2011), la prevención secundaria requiere detección oportuna de factores de riesgo, evaluación clínica y seguimiento cercano de los adolescentes en situación vulnerable. Esto permite intervenir antes de que ocurra un intento de suicidio, minimizando las consecuencias negativas.

Críticamente, en Tame, la detección temprana se ve limitada por la falta de personal capacitado en escuelas y centros de salud, así como por la baja conciencia sobre señales de riesgo entre docentes y familias. Adaptar la prevención secundaria implica formación continua, protocolos claros y redes de apoyo interinstitucional, garantizando que los jóvenes identificados reciban atención efectiva y seguimiento constante.

Prevención Terciaria: Intervenciones dirigidas a individuos que han intentado suicidarse para reducir recurrencias y complicaciones (PHS, 2026). Autores como Michel et al. (2017) enfatizan que la prevención terciaria requiere tratamiento psicológico y social integral, seguimiento clínico y reintegración social del adolescente, con el fin de disminuir la reincidencia y promover resiliencia.

En un contexto rural como Tame, Arauca, los desafíos incluyen limitaciones en acceso a servicios especializados, continuidad en la atención y apoyo familiar insuficiente. Por ello, la

prevención terciaria debe ser contextualizada, integrando atención clínica, apoyo educativo y comunitario, y estrategias de posvención que fortalezcan los vínculos familiares y escolares.

Gestión Institucional: Se refiere a los mecanismos mediante los cuales las instituciones educativas y de salud implementan políticas y programas para la prevención del suicidio adolescente, coordinando recursos y profesionales (García, 2022).

Peters (2015) complementa este concepto al señalar que una gestión institucional efectiva requiere planificación estratégica, articulación intersectorial y seguimiento de resultados. Críticamente, en Tame, Arauca, la gestión institucional enfrenta limitaciones de recursos y coordinación, lo que evidencia la necesidad de fortalecer capacidades locales y protocolos de actuación contextualizados para lograr intervenciones más efectivas.

Apoyo Psicosocial: Son intervenciones técnicas y emocionales dirigidas a jóvenes en crisis, incluyendo asistencia psicológica, social y comunitaria (OPS, 2025). Allen et al. (2018) destacan la importancia de integrar familia, escuela y comunidad en estos apoyos. Desde un enfoque crítico, en Tame, la escasa presencia de psicólogos y la dispersión geográfica obligan a desarrollar estrategias comunitarias complementarias, fortaleciendo los vínculos familiares y educativos.

Salud y Salud Mental: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social (OMS, 2025), y la salud mental permite a los adolescentes afrontar la vida y tomar decisiones saludables. Keyes (2002) señala que la salud mental incluye dimensiones sociales y emocionales, no solo biológicas. Críticamente, en Tame, el acceso limitado a servicios y la falta de espacios educativos y recreativos aumentan la vulnerabilidad adolescente, reforzando la necesidad de intervenciones preventivas integrales.

Factores de Riesgo y Protección: Los factores de riesgo incrementan la probabilidad de suicidio, como depresión, bullying o abuso de sustancias (OMS, 2025; UNICEF, 2019), mientras que los factores de protección la disminuyen, incluyendo apoyo familiar y habilidades socioemocionales (Cañón et al., 2018). Resnick et al. (1997) destacan que la prevención efectiva requiere potenciar los factores protectores y reducir los riesgos. En Tame, la limitada red de apoyo hace prioritario fortalecer estas intervenciones para reducir vulnerabilidades locales.

Red de Apoyo e Intervención Temprana: La red de apoyo comprende relaciones familiares, escolares y comunitarias que brindan soporte (Cañón et al., 2018), y la intervención temprana identifica y trata problemas de salud mental antes de que se conviertan en crisis (Euseche & Muñoz, 2024). Contrario a enfoques aislados, la evidencia muestra que la combinación de detección temprana y redes

de apoyo incrementa la efectividad preventiva (WHO, 2014). En Tame, esto requiere protocolos claros y capacitación de docentes y líderes comunitarios.

Enfoque de Derechos Humanos: Reconoce la vida y la salud mental como derechos fundamentales, obligando al Estado a garantizar acceso a servicios (ONU, 2025; UNICEF, 2022). Mann et al. (2005) señalan que la prevención efectiva debe respetar la dignidad y la equidad. En Tame, integrar este enfoque es crítico para que las estrategias locales sean culturalmente pertinentes y respetuosas de los derechos de los adolescentes.

Teoría Ecológica del Desarrollo Humano (Bronfenbrenner): Considera los sistemas interrelacionados que influyen en el desarrollo del adolescente (McLeod, 2025). Esta teoría muestra cómo familia, escuela y comunidad afectan la conducta suicida. Críticamente, en Tame, la teoría permite adaptar las intervenciones a la realidad rural, considerando la interacción de los distintos niveles del entorno social.

Determinantes Sociales de la Salud: Condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales que influyen en la salud mental (OMS, 2025). Marmot (2005) enfatiza que la desigualdad y pobreza son determinantes críticos. En Tame, la vulnerabilidad socioeconómica y la dispersión territorial requieren que las estrategias de prevención incorporen estas condiciones para ser efectivas.

Teoría de la Acción Pública: Estudia cómo se diseñan, implementan y evalúan políticas para abordar problemas sociales (Thoenig, 1997). Su aplicación indica que la coordinación institucional y la adecuación territorial son clave para la prevención del suicidio. En Tame, la acción pública debe articular educación, salud y comunidad para garantizar la efectividad de los programas.

Modelo de Prevención del Suicidio (OMS): Divide las intervenciones en universales, selectivas e indicadas según el nivel de riesgo (OMS, 2025). En Tame, implica diseñar estrategias diferenciadas según la vulnerabilidad de cada adolescente.

Modelo de Gestión Pública Orientada a Resultados: Centra la acción institucional en objetivos medibles, optimizando recursos y evaluando impacto (MinCiencias, 2018). En Tame, permite mejorar la eficiencia y pertinencia de los programas de prevención, garantizando seguimiento y evaluación de resultados.

Estigma Asociado a la Salud Mental: Se refiere a las actitudes negativas, prejuicios y discriminación hacia personas que padecen enfermedades mentales (Mascayano & Castro, 2015). La literatura evidencia que el estigma reduce la probabilidad de búsqueda de ayuda, retrasa la intervención temprana y aumenta la vulnerabilidad de los adolescentes frente a conductas autolíticas (Corrigan, 2004). Desde una perspectiva crítica, las campañas educativas y programas de sensibilización deben ir

más allá de la información general, incorporando enfoques participativos que involucren a docentes, familias y líderes comunitarios. En Tame, Arauca, donde las normas culturales y la baja conciencia sobre salud mental pueden reforzar prejuicios, la prevención efectiva requiere estrategias de educación comunitaria contextualizadas, que reduzcan barreras sociales y promuevan un entorno de confianza y apoyo para los jóvenes.

Bienestar Emocional: Se define como el estado en el que los individuos son capaces de manejar eficazmente las tensiones diarias, trabajar de manera productiva y contribuir a su comunidad (García, 2022). Estudios como los de Keyes (2002) destacan que un alto nivel de bienestar emocional funciona como factor protector frente a la ideación y conducta suicida, fortaleciendo la resiliencia y la capacidad de resolución de conflictos.

Críticamente, muchas intervenciones se enfocan en la detección de problemas, pero no en el fortalecimiento activo de competencias emocionales. En Tame, promover el bienestar emocional implica implementar programas educativos y comunitarios adaptados al contexto rural, integrando talleres de habilidades socioemocionales, espacios de escucha y acompañamiento psicológico, así como actividades comunitarias que fomenten la integración social y la autoestima.

Bullying: Se entiende como comportamientos de intimidación, exclusión o abuso físico y emocional hacia un estudiante por parte de sus pares (UNICEF, 2019). La evidencia muestra que el bullying es un factor de riesgo significativo para el suicidio adolescente, al afectar la autoestima, generar aislamiento social y aumentar la vulnerabilidad emocional (Holt et al., 2015).

Desde un enfoque crítico, la prevención no puede limitarse a sanciones disciplinarias, sino que debe incluir programas educativos, sensibilización familiar y estrategias comunitarias que promuevan relaciones de respeto y soporte entre los jóvenes. En Tame, Arauca, la prevención del bullying debe integrarse dentro de un modelo territorial de intervención, coordinando escuelas, familias y autoridades locales, para garantizar entornos seguros, protectores y coherentes con la realidad cultural y social del municipio.

3.4 Marco Contextual

La presente investigación se desarrolla en el municipio de Tame, del departamento de Arauca, territorio oriental colombiano. Tame ha tenido problemáticas sociales, estructurales y de servicios públicos que influyen el estado de salud mental y el aumento en la tasa de suicidio entre la población adolescente del municipio; Tame cuenta con una población aproximada de 40.000 habitantes, caracterizándose por la economía agropecuaria y la explotación de recursos naturales; aunque cuenta

con una infraestructura básica en los programas de educación y salud la insuficiencia de recursos para el manejo adecuado de la salud mental y prevención del suicidio vulnera a los adolescentes frente a situaciones de estrés, aislamiento social y problemas emocionales.

El suicidio adolescente es un problema creciente en el municipio; no hay datos específicos sobre la prevalencia del suicidio en Tame, pero los intentos han aumentado en la población joven expuesta a situaciones de pobreza, violencia intrafamiliar, problemas familiares y bullying.

Lo anterior aunado a la falta de acceso a servicios de apoyo psicólogos y al poco interés por parte de los adolescentes sobre el cuidado Psicoemocional aumenta el grado riesgo por suicidio en esta población. Las instituciones educativas son el contexto ideal para la detección oportuna e intervención debido a que los adolescentes pasan gran parte del día en ellas, sin embargo, las escuelas no cuentan con programas específicos y estructurados para prevenir el suicidio.

Por consiguiente, es necesario fortalecer la gestión institucional frente a esta problemática. En este sentido se analizará cómo las instituciones educativas del municipio implementan sus programas para prevenir el suicidio adolescente realizando un diagnóstico sobre factores psicosociales propios del entorno escolar, familiar o social que pueden ser determinantes en la manifestación del comportamiento suicida; se proponen estrategias que fortalezcan los programas existentes e implementados en las

instituciones y se contempla crear una propuesta planteando un modelo integral de prevención que involucre a las familias, comunidad educativa y autoridades locales según las características sociales y culturales del municipio.

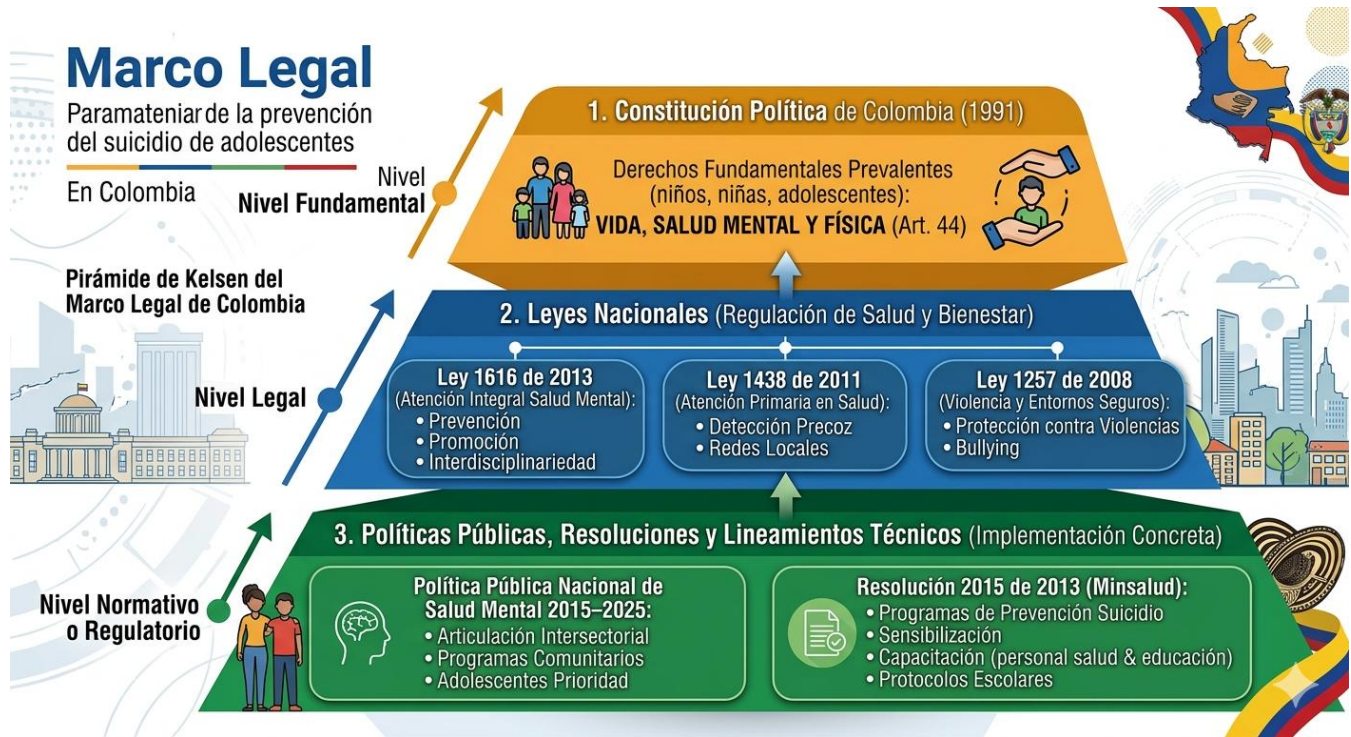
3.5 Marco legal

El marco legal que orienta la prevención del suicidio adolescente en Colombia se estructura según los niveles jerárquicos de la Pirámide de Kelsen, que organiza las normas de acuerdo con su jerarquía y obligatoriedad.

En la base se encuentran normas individuales y reglamentos secundarios, en el nivel intermedio las leyes nacionales y locales, y en la cúspide, los principios fundamentales contenidos en la Constitución y tratados internacionales de derechos humanos.

Ilustración 3

Parámetros del marco legal nacional



Nota. Elaboración propia.

Nivel Fundamental: está conformado por la Constitución Política de Colombia de 1991, que funge como norma suprema o “norma de normas” y establece los principios y derechos fundamentales que orientan todo el sistema jurídico y la actuación del Estado (Asamblea Nacional Constituyente,

1991). En este nivel se consagran los derechos esenciales como la vida, la igualdad, la dignidad humana, la salud y la protección de los grupos poblacionales más vulnerables, incluyendo niños y adolescentes, estableciendo obligaciones claras para el Estado, la sociedad y la familia.

El artículo 44 reconoce expresamente que los derechos fundamentales de los niños —entre ellos, la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social— deben ser protegidos de manera inmediata y prevalente respecto a otros derechos. Este mandato constitucional obliga a que todas las políticas y acciones públicas garanticen el bienestar integral de la niñez y adolescencia, lo cual incluye la protección de su salud mental y física, así como medidas que prevengan situaciones de riesgo como el suicidio adolescente.

Asimismo, el artículo 44 establece una obligación tripartita: la familia, la sociedad y el Estado deben asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral. Esta disposición implica que la protección de la salud, la prevención del riesgo y la promoción del bienestar deben articularse desde distintos ámbitos de la vida social y comunitaria, apuntando a la intervención temprana y la atención continua de las necesidades de los adolescentes.

El artículo 49 es otro pilar constitucional para el derecho a la salud en Colombia. Establece que la atención de la salud, entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social —no

simplemente la ausencia de enfermedad— es un derecho fundamental y un servicio público a cargo del Estado. Esto obliga a que las autoridades organicen, dirijan y reglamenten la prestación de servicios de salud con principios de universalidad, eficiencia y solidaridad, garantizando el acceso a promociones, protección y recuperación de la salud para todos los habitantes.

En este sentido, la protección de la salud mental de los adolescentes se encuentra respaldada constitucionalmente por el artículo 49, ya que la atención de la salud incluye explícitamente el bienestar mental. Esto tiene especial relevancia en el diseño e implementación de programas de prevención del suicidio, pues obliga al Estado a garantizar servicios de salud mental accesibles, de calidad y articulados con entornos educativos, comunitarios y familiares.

Nivel Legal: Agrupa las leyes de la República que desarrollan y materializan los principios y derechos consagrados en la Constitución Política. Estas leyes establecen obligaciones específicas del Estado, las instituciones públicas y los particulares para garantizar la protección de la salud, la vida y el bienestar de la población, incluyendo medidas orientadas a la prevención del suicidio adolescente y la atención de la salud mental. Este nivel es fundamental porque traduce los mandatos constitucionales en normas concretas de acción y regulación sectorial.

La Ley 1616 de 2013 constituye el principal cuerpo normativo en Colombia que regula la atención en salud mental. Esta ley reconoce expresamente la salud mental como un derecho público de carácter general y establece que todas las personas tienen derecho a acceder a servicios integrales en este campo, con un enfoque de promoción, prevención, atención, rehabilitación y recuperación. La Ley 1616 promueve un abordaje interdisciplinario e intersectorial que articula los sistemas de salud, educación, justicia y protección social con la finalidad de prevenir trastornos mentales y conductas de riesgo, entre ellas el suicidio en adolescentes.

Un aspecto clave de la Ley 1616 es su énfasis en la prevención y la promoción de la salud mental, no solo en la atención de la enfermedad. Esta norma exige el diseño e implementación de programas que identifiquen factores de riesgo, fortalezcan factores de protección y desarrollen capacidades emocionales desde edades tempranas. Esto implica que las entidades territoriales y las instituciones del sistema de salud deben priorizar estrategias educativas y comunitarias que reduzcan la vulnerabilidad de los adolescentes frente a la ideación suicida y otros problemas de salud mental.

La Ley 1257 de 2008 también contribuye al marco legal de la prevención indirectamente al establecer políticas para la prevención de la violencia y la protección de las víctimas. Aunque esta norma se centra en la promoción de la igualdad de género y la protección contra violencias específicas, incluye disposiciones sobre entornos seguros y libres de violencia que pueden ser articuladas con

programas de prevención del suicidio adolescente. Por ejemplo, al abordar el bullying, el maltrato familiar o la violencia de género, esta ley ayuda a disminuir factores de riesgo asociados con la ideación suicida en jóvenes.

La Ley 1438 de 2011 regula la atención primaria en salud, un componente estratégico del sistema de salud que busca garantizar el acceso temprano y continuo a servicios de salud, especialmente para la promoción y prevención. Esta ley incorpora la salud mental como parte de la atención primaria, obligando a que las redes de atención sanitaria incluyan la identificación de necesidades psicosociales y la provisión de servicios básicos que atiendan los primeros signos de deterioro de salud emocional. Esto es relevante para la prevención del suicidio adolescente, ya que facilita la detección precoz de factores de riesgo y la intervención oportuna en los entornos locales.

Nivel Normativo o Regulatorio: este nivel del marco legal colombiano está constituido por las normas de carácter reglamentario, políticas públicas, resoluciones y lineamientos técnicos que desarrollan y operativizan las leyes relacionadas con la salud mental y la prevención del suicidio. Estas normas permiten la implementación concreta de programas, protocolos y acciones específicas en los distintos contextos institucionales, especialmente en los servicios de salud, educativos y comunitarios. Aunque no tienen el mismo rango jerárquico que las leyes, son de carácter obligatorio y obligatorio para las instituciones que implementan políticas de salud y bienestar social.

La Política Pública Nacional de Salud Mental 2015–2025 es uno de los instrumentos normativos más importantes en este nivel, pues establece los lineamientos estratégicos para la promoción, prevención, atención, rehabilitación y recuperación de la salud mental en todo el país. Esta política reconoce que la salud mental es un componente integral de la salud general y que los adolescentes constituyen un grupo poblacional prioritario para la prevención de conductas de riesgo como el suicidio. A través de esta política se promueve la articulación intersectorial entre educación, salud, familia y comunidad, la implementación de programas comunitarios de apoyo psicosocial y la capacitación de profesionales y agentes educativos para la detección temprana de señales de alerta.

La Resolución 2015 de 2013, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, que establece las directrices para la implementación de programas de prevención del suicidio en el país, con énfasis en la sensibilización comunitaria, la identificación de factores de riesgo y la capacitación de personal institucional (incluyendo docentes y personal de salud). Esta resolución recomienda la creación de protocolos de intervención temprana en entornos escolares y comunitarios, mecanismos de atención y derivación, y la integración de las instituciones educativas en la promoción de la salud mental. La existencia de estos protocolos y directrices regulatorias facilita que las políticas de alto nivel se traduzcan en acciones concretas y prácticas dentro de las instituciones encargadas de atender y prevenir el suicidio adolescente.

Normas Internacionales: Incluyen la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y estándares internacionales de la ONU, que obligan al Estado colombiano a garantizar la protección integral, salud y bienestar de los niños y adolescentes, incluyendo la prevención de conductas suicidas.

Tabla 2.

Normatividad Internacional sobre el suicidio

N°	Norma Internacional	Descripción	Obligación para Colombia	Referencia / Año
1	Convención sobre los Derechos del Niño	Establece la protección de los derechos de los niños y adolescentes, incluyendo salud, vida y protección frente a daño físico o psicológico	Garantizar la protección integral y la salud mental de los niños y adolescentes	ONU, 1989
2	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)	Reconoce el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental	Asegurar acceso a servicios de salud mental y condiciones de bienestar	ONU, 1966
3	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)	Protege el derecho a la vida y prohíbe la arbitrariedad	Implementar medidas de prevención del suicidio y protección de la vida	ONU, 1966
4	Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)	Establece el derecho a la vida y obligaciones estatales de protección	Garantizar la vida y bienestar integral de niños y adolescentes	OEA, 1969

5	Declaración Universal de Derechos Humanos	Reconoce el derecho a la vida, seguridad y dignidad	Integrar políticas de protección social y salud	ONU, 1948
6	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)	Busca igualdad de género y protección frente a violencia	Promover entornos saludables libres de violencia que prevengan riesgos en adolescentes	ONU, 1979
7	Convención de Belém do Pará	Prevención, sanción y erradicación de la violencia contra la mujer	Implementar medidas de protección y prevención de riesgos psicosociales	OEA, 1994
8	Normas OMS sobre Salud Mental y Prevención del Suicidio	Lineamientos técnicos para salud mental y prevención del suicidio	Desarrollar políticas, programas y estrategias efectivas para la salud mental juvenil	OMS, 2025
9	Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030 – ODS 3 Salud y Bienestar	Meta global de bienestar y salud integral, incluyendo salud mental	Implementar programas de salud y bienestar integral para adolescentes	ONU, 2015

Nota. Elaboración propia a partir de los autores.

4. Metodología

4.1 Enfoque de investigación

La presente investigación se enmarca en un enfoque cualitativo, debido a que busca comprender, interpretar y analizar la forma en que se implementan las políticas públicas, programas y estrategias de prevención del suicidio adolescente en el municipio de Tame, Arauca. De acuerdo con Hernández-Sampieri (2014), la investigación cualitativa permite estudiar los fenómenos sociales desde su contexto natural, considerando las percepciones, experiencias, prácticas institucionales y dinámicas de los actores involucrados. En este caso, dicho enfoque resulta pertinente porque el suicidio adolescente no se aborda únicamente como un indicador epidemiológico, sino como una problemática social, educativa, emocional e institucional que requiere ser comprendida desde las condiciones particulares del territorio.

4.2 Alcance

La investigación tiene un alcance descriptivo y exploratorio. Es descriptivo porque pretende caracterizar las políticas públicas, programas, acciones institucionales y estrategias preventivas desarrolladas en Tame frente al suicidio adolescente, identificando su cobertura, continuidad, orientación, pertinencia territorial y formas de articulación entre los sectores de salud, educación, familia y comunidad. Asimismo, es exploratorio porque la problemática, aunque reconocida en el ámbito nacional y departamental, presenta vacíos de análisis en el contexto local del municipio,

especialmente en relación con la efectividad de las intervenciones, la coordinación interinstitucional y la adaptación de los protocolos nacionales a las condiciones rurales, sociales y culturales de la población adolescente tameña.

En coherencia con los objetivos planteados, la investigación adopta un paradigma interpretativo con orientación sociocrítica, ya que no se limita a describir la existencia de programas o políticas, sino que busca analizar sus alcances, limitaciones y posibilidades de mejora. Desde esta perspectiva, se pretende comprender cómo los actores institucionales perciben y ejecutan las estrategias de prevención, qué dificultades enfrentan en su aplicación y de qué manera pueden fortalecerse los procesos de gestión pública para ofrecer una respuesta más contextualizada, preventiva y articulada.

El diseño metodológico corresponde a un estudio de caso de carácter documental y de campo, centrado en el municipio de Tame, Arauca, el cual es conceptualizado desde una fundamentación de literatura especializada. El estudio de caso permite analizar una realidad territorial específica, teniendo en cuenta sus particularidades institucionales, educativas, sociales y culturales. La dimensión documental se desarrollará mediante la revisión de políticas públicas, normatividad vigente, planes territoriales, boletines epidemiológicos, informes institucionales y documentos relacionados con la prevención del suicidio adolescente. La dimensión de campo se apoyará en entrevistas semiestructuradas dirigidas a actores clave, tales como docentes, orientadores escolares, profesionales

de la salud, funcionarios públicos, familias y representantes comunitarios vinculados directa o indirectamente con la atención y prevención de esta problemática.

De igual manera, la investigación tendrá un carácter aplicado, puesto que su finalidad no es únicamente ampliar la comprensión académica sobre el fenómeno, sino generar recomendaciones útiles para mejorar la gestión institucional en el municipio. En este sentido, el estudio busca aportar elementos que permitan fortalecer la articulación entre las instituciones educativas, los servicios de salud, las autoridades locales y la comunidad, con el fin de avanzar hacia estrategias de prevención más pertinentes, sostenibles y ajustadas a las necesidades reales de los adolescentes de Tame.

Por tanto, el tipo de investigación seleccionado permite abordar el problema desde una mirada integral, al combinar el análisis de documentos oficiales, la revisión de información epidemiológica y la interpretación de las voces de los actores involucrados. Esta ruta metodológica favorece una comprensión contextualizada de las políticas y programas existentes, así como la identificación de sus fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora en la prevención del suicidio adolescente en el municipio de Tame, Arauca.

4.3 Participantes

La investigación contará con una selección intencional de participantes clave, debido a que el estudio requiere recoger información de actores directamente vinculados con la prevención, atención, gestión y acompañamiento del suicidio adolescente en el municipio de Tame, Arauca. En correspondencia con el enfoque cualitativo y el diseño descriptivo-exploratorio, no se busca una muestra estadísticamente representativa, sino la participación de informantes que puedan aportar experiencias, conocimientos y percepciones relevantes sobre la implementación de políticas públicas, programas institucionales y estrategias de prevención en el contexto local.

Los participantes estarán conformados por docentes, orientadores escolares, psicólogos, trabajadores sociales, profesionales del sector salud, funcionarios de la Secretaría de Salud municipal o departamental, representantes de instituciones educativas y familias de adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial. La inclusión de estos actores permitirá comprender el fenómeno desde distintas perspectivas: la educativa, la sanitaria, la administrativa, la familiar y la comunitaria. De esta manera, se podrá analizar no solo la existencia de programas de prevención, sino también su nivel de articulación, continuidad, pertinencia territorial y capacidad de respuesta frente a las necesidades reales de los adolescentes.

Los docentes y orientadores escolares serán considerados participantes relevantes porque las instituciones educativas constituyen uno de los primeros escenarios de identificación de señales de alerta, acompañamiento emocional y activación de rutas institucionales. Su experiencia permitirá reconocer las fortalezas y limitaciones de los programas escolares, así como las necesidades de formación existentes para la prevención del suicidio adolescente.

Los psicólogos, trabajadores sociales y profesionales del sector salud aportarán información sobre los procesos de atención, seguimiento, remisión y acompañamiento de adolescentes en riesgo. Su participación permitirá analizar la capacidad institucional instalada, las dificultades en la atención oportuna, la continuidad de los procesos psicosociales y la relación entre los servicios de salud y las instituciones educativas.

Asimismo, los funcionarios de entidades públicas locales, especialmente aquellos vinculados con la Secretaría de Salud, programas de salud mental, infancia, adolescencia o convivencia, serán incluidos por su papel en el diseño, ejecución y seguimiento de políticas públicas y estrategias de prevención. Su participación permitirá identificar cómo se materializan los lineamientos nacionales y departamentales en el municipio de Tame, así como las dificultades administrativas, presupuestales y operativas que afectan la gestión institucional.

Se tendrá en cuenta la participación de familias o cuidadores de adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial, siempre bajo criterios éticos de confidencialidad, respeto y protección emocional. Sus testimonios permitirán comprender la percepción familiar sobre la efectividad de las estrategias existentes, el acceso a servicios de apoyo, las barreras de atención y el acompañamiento recibido por parte de las instituciones. En ningún caso se buscará exponer a los participantes a situaciones de revictimización o afectación emocional; por ello, la recolección de información deberá realizarse con consentimiento informado, reserva de identidad y manejo cuidadoso de los datos.

La selección de los participantes responderá a criterios como: vinculación directa con procesos de prevención o atención del suicidio adolescente, experiencia en el contexto educativo, sanitario o comunitario de Tame, conocimiento de las rutas de atención institucional y disposición voluntaria para participar en el estudio. Esta conformación permitirá obtener una visión integral del problema y generar recomendaciones ajustadas a la realidad territorial del municipio.

4.4 Población, Muestra o Participantes

La población de este estudio está compuesta por 12 actores clave involucrados en la prevención del suicidio adolescente en Tame, Arauca. Esto incluye:

- Tres (3) Docentes de instituciones educativas de la región que participan en programas de prevención del suicidio adolescente.
- Un (1) Psicólogo y un (1) trabajador social que brindan atención a los adolescentes en riesgo de suicidio.
- Tres (3) Autoridades locales, especialmente los miembros de la Secretaría de Salud, responsables de la implementación de políticas públicas en salud mental y prevención del suicidio.
- Cuatro (4) Familias de adolescentes en situación de riesgo, quienes ofrecen una perspectiva desde el ámbito doméstico y social.

La muestra será seleccionada de manera intencionada, buscando que los participantes representen a los diferentes actores involucrados en la gestión y ejecución de las políticas y programas de prevención.

4.5 Técnicas e instrumentos

Para la recolección de la información se emplearán principalmente entrevistas semiestructuradas y análisis documental, instrumentos coherentes con el enfoque cualitativo, el alcance descriptivo-exploratorio y el diseño de estudio de caso propuesto para la investigación. Estas herramientas permitirán comprender tanto las percepciones de los actores involucrados como las condiciones

institucionales, normativas y operativas relacionadas con la prevención del suicidio adolescente en el municipio de Tame, Arauca.

Las entrevistas semiestructuradas se aplicarán a los participantes clave seleccionados, entre ellos docentes, orientadores escolares, psicólogos, trabajadores sociales, profesionales del sector salud, funcionarios públicos y familias o cuidadores de adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial. Este instrumento permitirá recoger información detallada sobre las experiencias, percepciones, dificultades y propuestas de los actores frente a las políticas públicas, programas institucionales, rutas de atención y estrategias de prevención existentes en el municipio.

La entrevista semiestructurada resulta pertinente porque ofrece una guía organizada de preguntas, pero al mismo tiempo permite profundizar en aspectos emergentes durante el diálogo. De esta manera, se podrán identificar elementos relacionados con la cobertura de los programas, la continuidad de las intervenciones, la articulación entre educación y salud, la formación de los actores institucionales, la pertinencia territorial de las acciones y las principales barreras para una prevención oportuna y contextualizada.

Las entrevistas serán aplicadas bajo criterios éticos de consentimiento informado, confidencialidad, respeto por la identidad de los participantes y manejo responsable de la información.

En caso de ser grabadas, se solicitará autorización previa a cada participante. Posteriormente, los registros serán transcritos y organizados para su análisis, evitando cualquier dato que permita la identificación directa de personas, familias o adolescentes involucrados. Este cuidado es especialmente necesario debido a la sensibilidad del tema y al posible impacto emocional que puede generar su abordaje.

Como segunda herramienta, se utilizará el análisis documental, orientado a revisar informes institucionales, planes de acción, políticas públicas, boletines epidemiológicos, protocolos de atención, lineamientos de salud mental, programas escolares, documentos de la Secretaría de Salud y demás registros relacionados con la prevención del suicidio adolescente en Tame, Arauca. Esta revisión permitirá reconocer cómo se han diseñado, implementado y evaluado las estrategias institucionales en el territorio.

El análisis documental facilitará la identificación de los enfoques utilizados por las instituciones, los recursos destinados a la prevención, las rutas de atención existentes, los niveles de articulación intersectorial y las posibles limitaciones en la ejecución de las políticas públicas. Además, permitirá contrastar la información obtenida en las entrevistas con los documentos oficiales, fortaleciendo la validez del análisis y evitando que la investigación dependa únicamente de percepciones individuales.

Para organizar la información documental se empleará una matriz de análisis, en la cual se registrarán aspectos como nombre del documento, entidad responsable, año, objetivo, población atendida, estrategias planteadas, acciones ejecutadas, mecanismos de seguimiento, resultados reportados y relación con los objetivos de la investigación. Esta herramienta permitirá clasificar la información de manera sistemática y facilitará la comparación entre lo establecido en los documentos oficiales y lo expresado por los actores participantes.

En conjunto, estas herramientas permitirán obtener una visión amplia y contextualizada sobre la prevención del suicidio adolescente en Tame. Las entrevistas aportarán la experiencia directa de los actores institucionales, familiares y comunitarios, mientras que el análisis documental permitirá examinar la estructura formal de las políticas, programas y protocolos existentes. Así, la investigación contará con información suficiente para analizar la efectividad, pertinencia y articulación de las estrategias implementadas, y para formular recomendaciones orientadas al fortalecimiento de la gestión institucional.

4.6 Procedimientos

El desarrollo de la investigación se llevará a cabo mediante una serie de etapas organizadas de manera secuencial, con el fin de garantizar la coherencia entre los objetivos planteados, los instrumentos de recolección de información y el análisis de los datos obtenidos. Dado que el estudio

aborda una problemática sensible como el suicidio adolescente, cada fase se realizará bajo criterios éticos de confidencialidad, consentimiento informado, respeto por los participantes y manejo responsable de la información.

En primer lugar, se realizará la revisión y delimitación documental inicial, orientada a identificar las políticas públicas, planes, programas, protocolos, boletines epidemiológicos, lineamientos de salud mental y documentos institucionales relacionados con la prevención del suicidio adolescente en el municipio de Tame, Arauca. Esta etapa permitirá establecer una base de información sobre las estrategias implementadas, las entidades responsables, las rutas de atención existentes y los antecedentes institucionales disponibles. Asimismo, servirá para precisar las categorías iniciales de análisis relacionadas con cobertura, continuidad, articulación interinstitucional, pertinencia territorial y efectividad de las intervenciones.

Posteriormente, se procederá a la selección intencional de los participantes, de acuerdo con su relación directa con la prevención, atención, gestión o acompañamiento del suicidio adolescente en el contexto local. Para ello, se contactará a instituciones educativas, profesionales del sector salud, funcionarios vinculados con programas de salud mental, representantes comunitarios y familias o cuidadores de adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial. La selección no buscará

representatividad estadística, sino la participación de informantes que puedan aportar información significativa sobre la realidad institucional, educativa, familiar y comunitaria del municipio.

Una vez identificados los participantes, se realizará el proceso de socialización del propósito de la investigación y solicitud del consentimiento informado. En esta fase se explicará el objetivo del estudio, el tipo de participación requerida, el uso académico de la información, el carácter voluntario de la participación y las medidas adoptadas para proteger la identidad de los participantes. En caso de realizar grabaciones de audio, se solicitará autorización expresa. La información será tratada de manera confidencial y se evitará registrar datos que permitan identificar directamente a personas, familias o adolescentes involucrados.

La siguiente etapa corresponderá a la aplicación de entrevistas semiestructuradas a los actores seleccionados. Estas podrán desarrollarse de forma presencial o virtual, según la disponibilidad de los participantes y las condiciones de acceso en el municipio. Las entrevistas seguirán una guía flexible de preguntas orientadas a conocer las experiencias, percepciones y valoraciones de los participantes sobre las políticas públicas, programas de prevención, rutas de atención, formación institucional, coordinación entre sectores y barreras existentes para la prevención oportuna del suicidio adolescente en Tame. La flexibilidad del instrumento permitirá profundizar en aspectos emergentes que resulten relevantes para el análisis.

De manera paralela, se adelantará el análisis documental de los materiales recopilados. Se revisarán informes institucionales, planes de acción, programas de prevención, protocolos de atención, boletines epidemiológicos, documentos normativos y registros relacionados con las estrategias de salud mental dirigidas a adolescentes. Para esta revisión se utilizará una matriz de análisis documental que permitirá organizar la información según el tipo de documento, entidad responsable, año, objetivo, población beneficiaria, acciones propuestas, mecanismos de seguimiento, resultados reportados y relación con los objetivos de la investigación. Esta fase permitirá contrastar lo establecido formalmente en los documentos con las percepciones expresadas por los actores entrevistados.

Luego, la información obtenida será procesada mediante análisis de contenido cualitativo. Este procedimiento permitirá identificar categorías, patrones, recurrencias, tensiones y vacíos en torno a la prevención del suicidio adolescente en Tame. Las respuestas de los participantes y los datos documentales serán organizadas en categorías temáticas relacionadas con las políticas públicas existentes, la efectividad de las intervenciones, la continuidad de los programas, la articulación entre educación, salud y comunidad, la pertinencia territorial de las estrategias y las dificultades institucionales para la atención preventiva.

Posteriormente, se realizará una triangulación de la información, comparando los datos provenientes de las entrevistas con los documentos institucionales revisados. Este proceso permitirá

fortalecer la validez interpretativa del estudio, al contrastar la información normativa y administrativa con las experiencias de quienes participan directamente en la prevención, atención o acompañamiento de adolescentes en riesgo. De esta manera, será posible identificar coincidencias, contradicciones y aspectos no visibles en los documentos oficiales.

Con base en el análisis realizado, se elaborarán las conclusiones y recomendaciones de la investigación. Estas estarán orientadas a valorar la efectividad, pertinencia y articulación de las estrategias actualmente implementadas en Tame, Arauca, así como a proponer mejoras en la gestión institucional. Las recomendaciones buscarán fortalecer la coordinación entre las instituciones educativas, los servicios de salud, las autoridades locales, las familias y la comunidad, con el propósito de avanzar hacia un modelo de prevención más contextualizado, continuo y sensible a las condiciones sociales, culturales y territoriales del municipio.

Este procedimiento metodológico permitirá comprender de manera integral cómo se están implementando las políticas públicas y estrategias de prevención del suicidio adolescente en Tame, cuáles son sus principales fortalezas y limitaciones, y qué acciones pueden contribuir al fortalecimiento de la gestión institucional en beneficio de la población adolescente.

4.7 Categorías de análisis

Para el análisis de la información recolectada mediante entrevistas en profundidad y revisión documental, se establecen cinco categorías centrales relacionadas con la prevención del suicidio adolescente en el municipio de Tame, Arauca. Estas categorías permiten organizar las percepciones, experiencias y valoraciones de los actores institucionales, educativos, familiares y comunitarios frente a las políticas públicas y programas existentes, su cobertura, efectividad, limitaciones y posibilidades de mejora.

Tabla 3

Matriz de operacionalización

Categoría de análisis	Definición conceptual	Subcategorías	Indicadores de análisis	Técnica / instrumento	Fuentes de información	Preguntas orientadoras
Políticas públicas y programas de prevención del suicidio adolescente	Comprende el conjunto de lineamientos, acciones institucionales, planes, programas y estrategias	Políticas públicas existentes. Programas institucionales. Recursos disponibles. Participación de	Existencia de políticas municipales o departamentales. Programas implementados en instituciones educativas.	Entrevista en profundidad . Matriz documental.	Docentes, psicólogos, autoridades locales, personal de salud, documentos	¿Cuáles son las políticas públicas implementadas en Tame, Arauca, para la prevención del suicidio

	implementadas por las entidades públicas y educativas para prevenir el suicidio adolescente en Tame, Arauca.	instituciones educativas y de salud.	Disponibilidad de talento humano, recursos económicos y materiales. Participación de sectores salud, educación y gobierno local.		institucionales y normativos.	adolescente? ¿Qué programas de prevención se han implementado en las instituciones educativas? ¿Qué recursos considera insuficientes para la implementación de estas políticas?
Estrategias de prevención, atención e intervención	Hace referencia a las acciones pedagógicas, psicosociales, familiares, comunitarias e institucionales orientadas a identificar factores de riesgo, prevenir	Estrategias de prevención. Rutas de atención. Acciones escolares y comunitarias. Intervención psicosocial.	Existencia de campañas, talleres o actividades preventivas. Aplicación de rutas de atención. Acompañamiento psicológico. Participación de	Entrevista en profundidad . Revisión documental.	Instituciones educativas, profesionales de orientación escolar, psicólogos, familias y autoridades locales.	¿Qué medidas cree que serían más efectivas para prevenir el suicidio adolescente a nivel comunitario? ¿Cuál ha sido su experiencia trabajando con

	conductas suicidas y brindar acompañamiento oportuno a adolescentes en situación de vulnerabilidad.		la comunidad educativa. Capacidad de respuesta frente a casos de riesgo.			adolescentes en riesgo de suicidio? ¿Cómo podrían las instituciones educativas involucrarse más activamente en la prevención?
Cobertura, acceso y articulación institucional	Analiza el alcance de los programas y servicios de prevención, así como las condiciones de acceso de los adolescentes, familias e instituciones educativas a la atención en salud mental y a los mecanismos de protección	Cobertura de los programas. Acceso a servicios de salud mental. Coordinación interinstitucional. Participación de la familia y la escuela.	Número y tipo de instituciones vinculadas. Facilidad o dificultad para acceder a servicios psicológicos o psiquiátricos. Coordinación entre salud, educación, comisarías, alcaldía y familias. Barreras	Entrevista en profundidad. Matriz documental.	Autoridades municipales, sector salud, sector educativo, familias y actores comunitarios.	¿Cuál es la participación de las instituciones educativas y de salud en la implementación de estas políticas y programas? ¿Cómo se lleva a cabo la coordinación entre las diferentes instituciones

	disponibles en el territorio.		geográficas, económicas, sociales o culturales.			para abordar el suicidio adolescente? ¿Qué sugerencias tiene para fortalecer la colaboración entre instituciones educativas, autoridades locales y familias?
Percepciones y experiencias de los actores clave	Comprende las opiniones, vivencias, interpretaciones y valoraciones de docentes, psicólogos, familias, autoridades y demás actores involucrados frente a la problemática	Experiencias institucionales. Percepción de los adolescentes frente a la salud mental. Factores sociales y familiares asociados. Desafíos de la comunidad educativa.	Identificación de factores de riesgo. Cambios percibidos en actitudes adolescentes. Dificultades familiares, escolares y sociales. Experiencias de atención o acompañamiento	Entrevista en profundidad .	Docentes, psicólogos, familias, autoridades locales y comunidad educativa.	Desde su perspectiva, ¿cuáles son los principales desafíos que enfrenta la comunidad educativa para prevenir el suicidio adolescente? ¿Ha notado algún cambio

	del suicidio adolescente y las respuestas institucionales existentes.		. Percepción sobre debilidades institucionales.			significativo en las actitudes de los adolescentes hacia la salud mental? ¿Qué aspectos sociales o familiares considera que influyen en el aumento de los intentos de suicidio adolescente en Tame?
Evaluación de la efectividad y propuestas de mejora	Permite valorar los resultados, avances, limitaciones y posibilidades de ajuste de las políticas públicas y programas de prevención del suicidio	Resultados de los programas. Evaluación de impacto. Mecanismos de seguimiento. Indicadores de éxito. Propuestas de mejora.	Existencia de evaluaciones de impacto. Indicadores utilizados para medir resultados. Seguimiento a casos y programas. Fortalezas y	Entrevista en profundidad . Matriz documental.	Documentos institucionales , autoridades locales, instituciones educativas, profesionales de salud mental y familias.	¿Cuáles han sido los resultados más positivos de los programas de prevención? ¿Ha habido evaluaciones de impacto sobre la efectividad de

adolescente, con el fin de formular recomendacione s para fortalecer la gestión institucional en el municipio.	debilidades identificadas. Propuestas institucionales, familiares y comunitarias de mejoramiento.	estos programas? ¿Qué mecanismos de seguimiento existen? ¿Qué cambios propondría para mejorar las políticas y programas de prevención del suicidio adolescente en Tame?
---	---	---

Nota². Elaboración propia.

² **Categoría transversal emergente:** Durante el desarrollo de las entrevistas podrán surgir asuntos no previstos inicialmente, pero relevantes para la comprensión del fenómeno estudiado. Estos elementos serán registrados como cuestiones emergentes, siempre que aporten información significativa sobre las condiciones sociales, familiares, institucionales o comunitarias relacionadas con la prevención del suicidio adolescente en Tame, Arauca.

4.8 Procesamiento de la investigación

Ilustración 4

Paso a paso investigativo



Nota. Elaboración propia.

El procesamiento de los datos obtenidos se realizará en varias etapas:

Transcripción de entrevistas: Las entrevistas serán grabadas (previo consentimiento, y anónimo) y transcritas de manera íntegra. Esta transcripción permitirá organizar las respuestas y facilitar su posterior análisis.

Análisis de contenido: Una vez transcritas las entrevistas, se procederá con el análisis de contenido, que consiste en identificar, categorizar y codificar las respuestas en temas recurrentes. Este análisis permitirá identificar patrones comunes y diferencias entre los distintos actores entrevistados.

Revisión y clasificación de documentos: El análisis documental consistirá en la revisión de los materiales relacionados con las políticas y programas de prevención del suicidio en Tame. Los documentos serán clasificados según su relevancia y se extraerán las principales estrategias y objetivos de cada uno.

Comparación e interpretación de resultados: Los resultados obtenidos de las entrevistas y del análisis documental se compararán entre sí, buscando identificar coincidencias y discrepancias. Esta comparación permitirá evaluar la efectividad de las políticas actuales y proponer recomendaciones basadas en los hallazgos.

Los resultados se presentarán de manera organizada en categorías temáticas que responderán a las preguntas de investigación y permitirán ofrecer conclusiones y recomendaciones claras para mejorar la gestión institucional en la prevención del suicidio adolescente en Tame, Arauca.

5. Resultados

5.1 Desarrollo Objetivo Específico No. 1

Identificar las políticas públicas, programas y estrategias actualmente implementadas en Tame para la prevención del suicidio adolescente, considerando su cobertura y orientación.

Técnica: revisión documental

Instrumento: matriz documental

El presente apartado sistematiza los hallazgos derivados de la revisión documental sobre la gestión pública, normativa e institucional relacionada con la prevención del suicidio adolescente en el municipio de Tame, Arauca, durante el periodo 2023-2025. Para ello, se analizaron documentos normativos nacionales, lineamientos técnicos del sector salud, instrumentos de vigilancia epidemiológica, planes de desarrollo, estrategias departamentales de salud mental, programas de promoción y prevención, información institucional disponible y reportes epidemiológicos asociados al evento intento de suicidio.

La revisión documental permitió identificar que el municipio de Tame no se encuentra por fuera del marco normativo nacional en salud mental; por el contrario, está cobijado por un conjunto amplio de políticas públicas, leyes, planes, protocolos y lineamientos técnicos que reconocen la salud mental como

un derecho, priorizan a niños, niñas y adolescentes, y establecen responsabilidades para los sectores de salud, educación, familia, comunidad y autoridades territoriales. Sin embargo, el análisis muestra que la existencia normativa no se traduce automáticamente en una prevención efectiva, sostenida y territorialmente pertinente.

En el caso de Tame, la principal dificultad no se ubica en la ausencia absoluta de política pública, sino en la débil materialización local de dichas políticas, la baja visibilidad de programas específicamente dirigidos a adolescentes, la insuficiente articulación entre actores y la limitada capacidad de respuesta preventiva en zonas rurales y rurales dispersas.

Desde el punto de vista metodológico, la matriz documental permitió organizar los documentos y estrategias revisadas según los siguientes criterios: año de referencia, política o programa identificado, entidad responsable, orientación de la estrategia, cobertura territorial, población objetivo, hallazgos principales, limitaciones observadas y valoración de pertinencia frente al objetivo de prevención del suicidio adolescente. Esta clasificación permitió diferenciar entre cuatro tipos de acciones: primero, las políticas y normas nacionales que establecen el marco de actuación; segundo, los instrumentos de vigilancia epidemiológica que permiten identificar y reportar casos; tercero, los programas de atención, promoción y prevención implementados desde el sector salud y educación; y cuarto, las estrategias

territoriales o comunitarias que podrían fortalecer la prevención, pero que aún presentan limitaciones de cobertura y continuidad en Tame.

Análisis de la información documental 2023-2025

La revisión documental evidencia que durante el periodo 2023-2025 la prevención del suicidio adolescente en Tame se desarrolló principalmente bajo una lógica de cumplimiento normativo, vigilancia epidemiológica y atención reactiva de casos, más que bajo un modelo integral de prevención comunitaria. Esto significa que la institucionalidad reconoce el problema, dispone de rutas de atención y reporta el evento de intento de suicidio mediante SIVIGILA, pero no logra consolidar un sistema preventivo local que actúe de manera anticipada sobre los factores familiares, escolares, emocionales, comunitarios y territoriales que inciden en la conducta suicida adolescente.

A nivel nacional, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 constituye el principal referente de política pública para orientar la acción territorial en salud. Este plan propone una lectura integral de la salud pública, con enfoque de derechos, equidad, determinantes sociales, participación social y gestión territorial. Su importancia para Tame radica en que ofrece una ruta para que el municipio articule sus acciones en salud mental con el Plan Territorial de Salud, el Plan de Intervenciones Colectivas, la Atención Primaria en Salud y las estrategias de promoción de la vida. Sin embargo, la

revisión muestra que la apropiación local del Plan Decenal aún es limitada, pues no se evidencia una estrategia municipal específica, medible y diferenciada para la prevención del suicidio adolescente en el territorio tameño.

La Ley 1616 de 2013, por su parte, reconoce la salud mental como derecho fundamental y prioriza a niños, niñas y adolescentes en la promoción de la salud mental, la prevención del trastorno mental y la atención integral. Este marco legal obliga al Estado y a las entidades territoriales a garantizar acciones oportunas, integradas y continuas. No obstante, en Tame persiste una brecha entre el mandato legal y la capacidad institucional instalada, especialmente en el acceso a profesionales especializados, la continuidad del acompañamiento psicosocial y la presencia institucional en zonas rurales. Por ello, aunque la ley representa una fortaleza normativa, su impacto práctico depende de la disponibilidad de recursos humanos, financieros, técnicos y comunitarios en el municipio.

En el sector educativo, la Ley 1620 de 2013 crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y la Ruta de Atención Integral para la Convivencia Escolar. Aunque esta norma no se centra exclusivamente en el suicidio adolescente, resulta clave porque permite abordar factores asociados como acoso escolar, violencia, ciberacoso, conflictos familiares, vulneración de derechos, deterioro del clima escolar y afectaciones emocionales. En Tame, las instituciones educativas pueden constituirse en espacios estratégicos de detección temprana, orientación inicial y activación de rutas. Sin embargo, la

revisión documental y el enfoque del estudio muestran que las acciones escolares tienden a depender de charlas, talleres ocasionales o respuestas frente a casos específicos, sin que exista evidencia suficiente de un programa permanente de formación docente, seguimiento psicosocial y articulación sistemática con el sector salud.

En materia de vigilancia epidemiológica, el intento de suicidio corresponde al evento 356 del SIVIGILA. Para 2025, los lineamientos nacionales reforzaron la notificación inmediata de casos de intento de suicidio en personas entre 10 y 17 años, lo cual evidencia una preocupación específica por la población adolescente. Este avance fortalece la capacidad de identificación y reporte, pero también revela una tensión importante: vigilar no equivale a prevenir. El SIVIGILA permite conocer la ocurrencia del evento, pero no garantiza por sí mismo acompañamiento familiar, intervención escolar, seguimiento comunitario, atención psicológica continua ni reducción de los factores de riesgo.

En consecuencia, si Tame concentra su respuesta únicamente en el reporte del evento, la política pública queda reducida a una función administrativa y no logra convertirse en una estrategia preventiva integral.

Los datos nacionales del INS muestran que el intento de suicidio mantiene un comportamiento crítico en Colombia. En 2025, los informes epidemiológicos reportaron miles de casos notificados, con

presencia importante de factores desencadenantes como problemas familiares, conflictos de pareja, dificultades económicas, situaciones escolares, antecedentes de trastorno psiquiátrico, trastorno depresivo, ideación suicida persistente, consumo de sustancias psicoactivas y antecedentes de violencia o abuso.

Esta información es relevante para Tame porque permite comprender que el suicidio adolescente no puede abordarse únicamente desde la consulta clínica individual, sino desde una red de protección que incluya familia, escuela, comunidad, salud, protección social, convivencia y oportunidades para los jóvenes.

En el nivel departamental, la revisión permitió identificar estrategias como la Línea 125, los programas de convivencia social y salud mental, acciones de socialización en instituciones educativas y, más recientemente, Centros de Escucha en algunos municipios de Arauca. Estas estrategias constituyen esfuerzos importantes, porque amplían canales de orientación, escucha, atención psicológica y canalización de casos. Sin embargo, la cobertura específica para Tame presenta debilidades.

Por ejemplo, los Centros de Escucha reportados oficialmente en 2025 se ubican en Arauquita, Fortul y Saravena, lo que deja ver que la oferta departamental no necesariamente cubre de manera directa y permanente al municipio de Tame. En consecuencia, aunque la política departamental avanza

hacia dispositivos comunitarios de salud mental, su distribución territorial todavía no garantiza acceso equitativo para todos los adolescentes tameños, especialmente aquellos ubicados en veredas o zonas rurales dispersas.

También se identificó el Acuerdo 0538 de 2025 relacionado con la infraestructura física de la Unidad de Salud Mental del municipio de Tame, lo cual representa una oportunidad institucional relevante. Este tipo de medida puede fortalecer la capacidad local de atención si se acompaña de talento humano especializado, rutas claras, presupuesto sostenible, articulación con instituciones educativas y mecanismos de seguimiento. No obstante, desde el enfoque del objetivo específico No. 1, esta acción debe interpretarse con cautela: una infraestructura de salud mental puede mejorar la atención, pero no constituye por sí sola una política preventiva si no se integra con acciones comunitarias, escolares, familiares y rurales.

El contexto territorial de Tame profundiza las brechas identificadas. Tame es un municipio extenso, con una importante ruralidad, ubicado en el suroccidente de Arauca y reconocido como municipio PDET y ZOMAC. Esta condición implica que la prevención del suicidio adolescente debe tener un enfoque diferencial, rural, comunitario y de construcción de paz. No basta con trasladar mecánicamente lineamientos nacionales al territorio; se requiere adaptar las estrategias a las condiciones de dispersión geográfica, movilidad limitada, acceso desigual a servicios, presencia de conflictividades

sociales, debilidad institucional en algunas zonas, dificultades familiares y escasas oportunidades juveniles. La política pública debe leer el territorio y no solo aplicar formatos generales.

En este sentido, la revisión documental demuestra que las estrategias actuales tienen una orientación predominantemente institucional, clínica, epidemiológica y escolar-administrativa. La prevención aparece vinculada a rutas de atención, reportes, protocolos, campañas y talleres, pero con baja evidencia de continuidad, evaluación de resultados y participación comunitaria. Se observa una prevención más cercana al cumplimiento de actividades que a la construcción de un sistema local de cuidado. Por ello, el principal hallazgo es que Tame requiere pasar de una lógica de acciones aisladas a una arquitectura territorial de prevención, con responsabilidades definidas, indicadores, presupuesto, seguimiento, participación juvenil y articulación permanente entre salud, educación, familia, comunidad, comisarías, personería, ICBF, EAPB, IPS y autoridades municipales.

Tabla 3

Matriz. Gestión de políticas públicas, programas y estrategias para la prevención del suicidio adolescente en Tame, Arauca, 2023-2025

Año	Política, programa o estrategia identificada	Entidad o nivel responsable	Población o ámbito de intervención	Hallazgos de la revisión documental	Valoración frente a Tame
2023	Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	Ministerio de Salud y Protección Social; entidades territoriales	Población general, con enfoque de curso de vida, equidad, derechos y determinantes sociales	Establece una hoja de ruta para la salud pública, incluyendo salud mental, participación social, gestión territorial y atención primaria. Su enfoque permite abordar factores sociales, familiares y comunitarios asociados al suicidio adolescente.	En Tame funciona como marco de referencia general, pero su apropiación local es insuficiente. No se evidencia una estrategia municipal específica de prevención del suicidio adolescente con metas, indicadores y presupuesto propio.
2023	Ley 1616 de 2013, Ley de Salud Mental	Congreso de la República; MinSalud; entidades territoriales	Población colombiana, priorizando niños, niñas y adolescentes	Reconoce la salud mental como derecho y ordena promoción, prevención, atención integral e integrada.	Aporta soporte jurídico para exigir acciones locales. La brecha está en la capacidad real de Tame para garantizar atención continua,

				Prioriza la protección de NNA y la participación de familias y cuidadores.	especializada y oportuna, especialmente en ruralidad.
2023	Política Nacional de Salud Mental adoptada por Resolución 4886 de 2018	Ministerio de Salud y Protección Social	Población general, familias, comunidades y grupos vulnerables	Plantea ejes de promoción, prevención, atención integral, rehabilitación e inclusión social. Reconoce determinantes sociales y necesidad de articulación intersectorial.	Sirve como base para programas locales, pero la revisión evidencia baja traducción operativa en acciones permanentes para adolescentes tameños.
2023	Vigilancia epidemiológica del intento de suicidio, evento 356 SIVIGILA	Instituto Nacional de Salud; UAESA; UPGD; IPS locales	Personas con intento de suicidio notificadas por el sistema de salud	Permite registrar, notificar y analizar casos. Es fundamental para identificar tendencias, grupos de riesgo y factores desencadenantes.	En Tame fortalece el reporte, pero no garantiza prevención. La vigilancia opera después del evento y requiere complementarse con intervención temprana, seguimiento y acciones comunitarias.

2023	Línea 125 de atención en salud mental y crisis emocional	Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca	Comunidad del departamento, incluyendo adolescentes y familias	Se identifica como canal gratuito de atención, orientación y apoyo psicológico ante crisis, angustia emocional o riesgo suicida. También ha sido socializada en instituciones educativas.	Tiene cobertura departamental y puede ser usada desde Tame, pero su orientación es principalmente de atención en crisis. Su impacto preventivo depende de difusión, conectividad, confianza comunitaria y seguimiento posterior.
2023	Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Ruta de Atención Integral, Ley 1620 de 2013	Ministerio de Educación, secretarías de educación, instituciones educativas	Estudiantes de educación preescolar, básica y media	Permite abordar violencia escolar, acoso, ciberacoso, vulneración de derechos, clima escolar y convivencia. Establece responsabilidades para instituciones educativas, familia y Estado.	En Tame representa una puerta de entrada para la prevención, pero se requiere fortalecer la formación docente en señales de alerta, primeros auxilios psicológicos y articulación con salud.
2024	Plan Territorial de Salud y Planeación Integral en Salud 2024-2027	MinSalud; departamento; municipio	Población del territorio, con enfoque diferencial y	Los lineamientos nacionales exigen formular, implementar,	En Tame es una oportunidad para incorporar metas específicas en salud

			de gestión pública	monitorear y evaluar acciones territoriales en salud bajo coordinación, concurrencia y complementariedad.	mental adolescente. La brecha es la falta de evidencia pública suficiente sobre indicadores municipales específicos para suicidio adolescente.
2024	Plan de Desarrollo Municipal “Haciendo Equipo por Tame 2024-2027”	Alcaldía Municipal de Tame; Concejo Municipal	Población municipal, sectores sociales y territoriales	El plan municipal constituye el instrumento de gobierno para orientar inversión y programas sociales. Puede articular salud, educación, convivencia, juventud y familia.	La revisión no evidencia con claridad un componente específico, medible y público de prevención del suicidio adolescente. La salud mental aparece como necesidad transversal, pero requiere mayor precisión programática.
2024	Programas de Promoción y Prevención en salud mental desde IPS/ESE y PIC	Secretaría de Salud, IPS, ESE, EAPB, UAESA	Población escolar, familias y comunidad	Incluye charlas, talleres, campañas, orientación, canalización y actividades de sensibilización. Suelen enfocarse en habilidades de	En Tame estas acciones son relevantes, pero se perciben como esporádicas y no como un programa permanente. Falta continuidad, seguimiento e

				afrontamiento, proyecto de vida, depresión, consumo de sustancias y búsqueda de ayuda.	indicadores de resultado.
2024	Programas escolares de bienestar, convivencia y orientación	Instituciones educativas; orientadores escolares; docentes; directivos	Estudiantes adolescentes	Las instituciones educativas son escenarios clave para detectar cambios emocionales, conflictos, aislamiento, acoso, consumo de sustancias y señales de alerta.	La escuela es un actor central, pero no puede asumir sola la prevención. En Tame se requiere mayor acompañamiento de salud, familias y autoridades locales.
2024	Acciones de prevención del consumo de sustancias psicoactivas asociadas a salud mental	MinSalud; UAESA; instituciones educativas; programas PyP	Adolescentes, familias y comunidad	El consumo de SPA se reconoce como factor de riesgo asociado a conducta suicida, violencia, deterioro familiar y problemas escolares.	Es necesario articular estas acciones con prevención del suicidio, pues tratarlas por separado reduce la comprensión integral del riesgo adolescente.
2025	Política Nacional de Salud Mental actualizada	Ministerio de Salud y Protección Social	Población general, con enfoque de curso de vida, determinantes	La política actualizada fortalece promoción, prevención, atención integral,	Para Tame ofrece un marco técnico actualizado. El reto es convertir sus ejes en acciones locales

			sociales y atención primaria	rehabilitación, inclusión social y coordinación sectorial y transectorial.	permanentes, rurales, escolares y comunitarias.
2025	Lineamientos nacionales de vigilancia en salud pública 2025: intento de suicidio en adolescentes	Instituto Nacional de Salud	Personas entre 10 y 17 años con intento de suicidio	Se refuerza la notificación inmediata al SIVIGILA Web 4.0 para casos de intento de suicidio entre 10 y 17 años.	Es una fortaleza para visibilizar adolescentes en riesgo, pero puede mantener una lógica reactiva si no se acompaña de intervención y seguimiento posterior.
2025	Informes epidemiológicos del INS sobre intento de suicidio	Instituto Nacional de Salud	Población notificada por intento de suicidio	Los informes reportan factores desencadenantes como problemas familiares, conflictos de pareja, problemas económicos y escolares; también factores de riesgo como trastorno psiquiátrico, depresión, ideación persistente, consumo de SPA y	Aunque los datos son nacionales, orientan la lectura local de Tame. Se requiere desagregación municipal para identificar patrones propios por edad, sexo, zona urbana/rural, institución educativa y reincidencia.

				antecedentes de violencia.	
2025	Centros de Escucha del departamento de Arauca	Gobernación de Arauca; UAESA; Secretaría de Desarrollo Social	Niños, mujeres, comunidades vulnerables, indígenas, afrodescendientes y familias	Se reportan Centros de Escucha en Arauquita, Fortul y Saravena, con atención psicosocial, escucha activa, canalización y acompañamiento.	Son una buena práctica departamental, pero la cobertura directa no incluye a Tame según la información pública consultada. Esto evidencia una brecha territorial y una oportunidad de réplica municipal.
2025	Acuerdo 0538 de 2025 relacionado con la infraestructura física de la Unidad de Salud Mental de Tame	Alcaldía Municipal de Tame; Concejo Municipal	Población de Tame con necesidad de atención en salud mental	El acuerdo evidencia interés institucional por fortalecer infraestructura de salud mental en el municipio.	Representa una oportunidad estratégica, pero debe complementarse con talento humano, prevención escolar, atención rural, seguimiento familiar y articulación intersectorial.
2025	Plan Nacional de Salud Rural y armonización con instrumentos territoriales	MinSalud; entidades territoriales	Población rural, campesina, étnica y comunidades	Propone acercar servicios de salud a comunidades rurales, fortalecer redes territoriales y	Es altamente pertinente para Tame por su ruralidad y condición PDET/ZOMAC. Debe integrarse a la

			en zonas dispersas	mejorar oportunidad y pertinencia de la atención.	prevención del suicidio adolescente mediante equipos móviles, rutas veredales y acciones comunitarias.
2025	Campañas de sensibilización, conmemoraciones y actividades institucionales de salud mental	Alcaldía, Gobernación, UAESA, instituciones educativas, IPS	Comunidad general y población escolar	Las campañas ayudan a visibilizar la salud mental, reducir estigma y promover la búsqueda de ayuda.	Su efecto es limitado si no se articulan a procesos permanentes. En Tame deben pasar de actividades simbólicas a programas sostenidos con seguimiento.

Nota. Elaboración propia a partir de la revisión documental ³.

El primer hallazgo es que la prevención del suicidio adolescente en Tame cuenta con un marco normativo nacional robusto. La Ley 1616 de 2013, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, la Política Nacional de Salud Mental, la Ley 1620 de 2013, los lineamientos del INS y los instrumentos de planeación territorial ofrecen bases suficientes para diseñar estrategias integrales de promoción, prevención, atención, rehabilitación, inclusión social y articulación intersectorial.

³ Lineamientos nacionales, normativa vigente, información institucional, documentos del municipio y departamento, reportes del INS/SIVIGILA y fuentes oficiales consultadas para el periodo 2023-2025.

Sin embargo, la revisión muestra que en Tame estas políticas se expresan principalmente como referentes generales y no como programas locales plenamente estructurados. Esto significa que el municipio se encuentra formalmente cobijado por la política nacional, pero no se evidencia con claridad una política municipal específica para la prevención del suicidio adolescente con objetivos propios, población priorizada, mapa de riesgo, cobertura urbana y rural, responsables definidos, cronograma, presupuesto, indicadores de proceso, indicadores de resultado y mecanismos de evaluación.

La brecha identificada no consiste en falta de leyes, sino en falta de traducción territorial de las leyes. La política pública existe en el nivel nacional, pero su implementación local aparece fragmentada, dispersa y dependiente de acciones puntuales. Esta situación reduce la capacidad de la administración municipal para anticiparse al riesgo y construir una red protectora permanente.

El segundo hallazgo es que las estrategias identificadas se orientan principalmente a la atención de casos ya ocurridos o al reporte epidemiológico del intento de suicidio. El SIVIGILA cumple una función central porque permite notificar el evento, generar información y activar alertas institucionales. No obstante, el reporte del intento de suicidio ocurre cuando el daño ya se ha producido o cuando el adolescente ya ha llegado a una situación crítica.

Desde la perspectiva de salud pública, una política preventiva debería actuar en tres niveles: prevención primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria debería promover bienestar emocional, habilidades para la vida, apoyo familiar, convivencia escolar, prevención del acoso, reducción del estigma y fortalecimiento de vínculos comunitarios antes de que aparezca la conducta suicida. La prevención secundaria debería identificar tempranamente adolescentes en riesgo mediante docentes capacitados, orientadores escolares, familias informadas y servicios de salud accesibles. La prevención terciaria debería garantizar seguimiento integral a quienes ya han presentado intento de suicidio, evitando reincidencias.

En Tame, los documentos revisados permiten observar mayor fuerza en la prevención terciaria y en la vigilancia, pero menor desarrollo de la prevención primaria y secundaria. Esto produce un modelo institucional que responde al evento, pero no siempre interviene de manera anticipada sobre las causas.

El tercer hallazgo corresponde a la fragmentación interinstitucional. La prevención del suicidio adolescente exige articulación entre instituciones educativas, sector salud, autoridades municipales, familias, comisarías, personería, ICBF, líderes comunitarios, juntas de acción comunal, iglesias, organizaciones juveniles y actores territoriales. Sin embargo, la revisión documental muestra que las acciones tienden a operar por sectores.

El sector salud reporta, atiende y canaliza; el sector educativo detecta señales, convoca charlas o activa rutas; las familias acompañan según sus capacidades; y la comunidad participa de manera ocasional. No obstante, no se evidencia una mesa técnica permanente de prevención del suicidio adolescente en Tame que consolide información, defina rutas conjuntas, realice seguimiento a casos, evalúe acciones y construya estrategias diferenciadas para zonas urbanas y rurales.

La consecuencia de esta desarticulación es que la prevención queda distribuida en múltiples actores, pero sin una coordinación fuerte. Cada institución cumple una parte de la tarea, pero el adolescente en riesgo requiere una red completa, no respuestas aisladas.

El cuarto hallazgo es la insuficiente cobertura territorial. Tame es un municipio extenso, con zonas rurales, veredas y población dispersa. Esta condición exige estrategias móviles, comunitarias y descentralizadas. Sin embargo, varias de las acciones identificadas se concentran en el casco urbano, en instituciones educativas con mayor acceso o en canales institucionales que requieren conectividad, transporte, conocimiento de la ruta o confianza en el sistema.

La Línea 125 representa un recurso departamental importante, pero su uso depende de que los adolescentes, familias o docentes conozcan el servicio, tengan acceso a teléfono, se sientan seguros para llamar y reciban seguimiento posterior. De igual forma, las campañas o charlas escolares tienen alcance

limitado si no llegan de manera sistemática a sedes rurales, familias campesinas, comunidades étnicas y adolescentes que están por fuera del sistema escolar o en riesgo de deserción.

El enfoque rural debe ser central en Tame. La prevención no puede limitarse a la institución urbana ni al consultorio. Debe incorporar visitas territoriales, equipos móviles, escuelas de familias rurales, formación de líderes comunitarios, articulación con juntas de acción comunal, rutas de transporte o teleorientación, y acciones culturalmente pertinentes.

El quinto hallazgo es la ausencia de una línea base pública, municipal y consolidada que permita medir con precisión el comportamiento del suicidio adolescente en Tame durante 2023-2025. Los informes nacionales y departamentales permiten identificar tendencias generales, pero se requiere mayor desagregación local por edad, sexo, zona urbana/rural, pertenencia étnica, escolaridad, institución educativa, mecanismo utilizado, factores desencadenantes, antecedentes de intento previo y seguimiento institucional.

Sin esta línea base, la toma de decisiones se debilita. La administración municipal puede reconocer que existe un problema, pero no dispone de información suficientemente detallada para focalizar recursos, priorizar veredas, identificar instituciones educativas con mayor riesgo, medir

reincidencia o evaluar impacto. En consecuencia, se requiere fortalecer la gestión de datos entre Secretaría de Salud municipal, UAESA, IPS, ESE, instituciones educativas y SIVIGILA.

La matriz documental permite concluir que Tame necesita pasar de la notificación de casos a la inteligencia territorial en salud mental. Esto implica no solo contar casos, sino analizarlos para orientar decisiones públicas.

El sexto hallazgo es que las estrategias revisadas no siempre diferencian adecuadamente las necesidades de los adolescentes. Muchas acciones de salud mental se dirigen a la población general, a familias o a comunidad amplia, pero el suicidio adolescente exige intervenciones específicas para el curso de vida juvenil. Los adolescentes enfrentan conflictos particulares relacionados con identidad, pertenencia, proyecto de vida, presión de pares, relaciones afectivas, violencia escolar, redes sociales, consumo de sustancias, conflictos familiares, sexualidad, expectativas académicas y falta de oportunidades.

En Tame, estas situaciones se combinan con ruralidad, condiciones socioeconómicas, dinámicas de violencia, barreras de acceso y limitaciones institucionales. Por ello, una estrategia genérica de salud mental puede resultar insuficiente. Se requiere un enfoque adolescente, rural y diferencial, con lenguaje

cercano, participación juvenil, espacios de escucha, acompañamiento escolar, actividades culturales y deportivas, atención psicosocial, prevención del acoso y trabajo directo con familias.

El séptimo hallazgo muestra que las instituciones educativas son espacios estratégicos para la prevención, pero también se encuentran sobrecargadas. La escuela es el lugar donde se pueden identificar cambios de conducta, aislamiento, bajo rendimiento, tristeza persistente, conflictos entre pares, señales de acoso, autolesiones, consumo de sustancias o manifestaciones de desesperanza. Sin embargo, los docentes no siempre cuentan con formación técnica suficiente para actuar ante riesgo suicida.

La revisión permite identificar que las acciones escolares suelen depender de orientadores, docentes comprometidos o charlas institucionales. Esto es insuficiente si no existe una ruta clara, acompañamiento de salud, respuesta rápida, seguimiento y protección del estudiante. En Tame, la escuela no puede convertirse en el único soporte de la prevención, porque el suicidio adolescente es un fenómeno social, familiar, comunitario y sanitario. La institución educativa debe ser un nodo de la red, no la red completa.

El octavo hallazgo es la escasa evidencia sobre evaluación de resultados. Los documentos revisados permiten identificar acciones, programas, lineamientos y estrategias, pero no siempre reportan

indicadores claros sobre cobertura efectiva, continuidad, satisfacción de usuarios, reducción de reincidencia, número de adolescentes atendidos, número de familias vinculadas, número de docentes formados, seguimiento posterior al intento, reducción de barreras de acceso o cambios en factores protectores.

Esto limita la posibilidad de valorar la efectividad de los programas. Una política pública no debe medirse únicamente por actividades realizadas, sino por cambios producidos. En prevención del suicidio adolescente, no basta con reportar talleres, campañas o socializaciones; se requiere medir si los adolescentes reconocen rutas de ayuda, si las familias mejoran su capacidad de acompañamiento, si los docentes identifican señales de alerta, si los casos reciben seguimiento y si disminuye la reincidencia.

A pesar de las brechas, la revisión también identificó oportunidades. La existencia de la Línea 125, los lineamientos nacionales de salud mental, la actualización de la Política Nacional de Salud Mental, la obligación de notificación inmediata en adolescentes, los Centros de Escucha en otros municipios de Arauca, el Plan Nacional de Salud Rural y la iniciativa de fortalecer infraestructura de salud mental en Tame pueden convertirse en bases para una estrategia local más sólida.

Estas oportunidades deben integrarse en un modelo municipal de prevención del suicidio adolescente. Dicho modelo debería incluir una mesa intersectorial permanente, línea base municipal,

ruta diferencial para adolescentes, equipos móviles rurales, articulación con instituciones educativas, formación docente, escuelas de familia, dispositivos comunitarios de escucha, seguimiento posterior al intento, participación juvenil y evaluación periódica.

En efecto se identifica que, las políticas públicas, programas y estrategias actualmente relacionadas con la prevención del suicidio adolescente en Tame existen principalmente como marcos normativos nacionales, estrategias departamentales de salud mental, rutas escolares, vigilancia epidemiológica y acciones institucionales de promoción y prevención. Sin embargo, la revisión documental demuestra que su cobertura real es limitada, su orientación es predominantemente reactiva y su pertinencia territorial es insuficiente frente a las condiciones rurales, sociales y comunitarias del municipio.

Por tanto, el resultado central es que Tame requiere pasar de una prevención basada en normas, reportes y actividades aisladas a un modelo territorial de prevención del suicidio adolescente, con enfoque diferencial, intersectorial, rural, comunitario y orientado a resultados. Este modelo debe integrar salud, educación, familia y comunidad, fortalecer la línea base municipal, garantizar seguimiento a los casos, ampliar la presencia institucional en veredas, formar a docentes y líderes comunitarios, y convertir la salud mental adolescente en una prioridad real de la gestión pública local.

5.2 Desarrollo Objetivo Específico No. 2

Determinar la efectividad de las intervenciones institucionales existentes en términos de resultados, continuidad, pertinencia territorial y adaptación a la realidad socio-cultural de los adolescentes.

Técnica: entrevista semiestructurada⁴.

A continuación, se presentan principales hallazgos:

Tres (3) Docentes de instituciones educativas de la región que participan en programas de prevención del suicidio adolescente

Entrevista 1: Docente de Institución Educativa Rural

Enfoque: Aislamiento, falta de recursos y necesidad de presencia estatal.

"En nuestra zona rural, las políticas públicas suenan a teoría lejana. No vemos programas reales en el día a día. La alcaldía habla de salud mental, pero el mensaje no llega a las veredas. La atención institucional es reactiva; actúan solo cuando ocurre la tragedia, nunca antes. Las instituciones educativas cargamos con el peso de la prevención sin tener herramientas. No hay psicólogos permanentes ni rutas claras para el campo.

⁴ Transcripción de las entrevistas en la sección de Anexos.

Los desafíos son enormes. La dispersión geográfica limita el acceso a servicios de salud. Los estudiantes viven lejos. La familia a veces ignora las señales de riesgo por falta de conocimiento. Yo he enfrentado casos donde no sé qué hacer más allá de escuchar. La educación debe ser el eje, pero necesitamos médicos y psicólogos cerca de las aulas.

Los programas actuales carecen de impacto. No existen evaluaciones claras. No sabemos si funcionan. Propondría llevar equipos móviles a las veredas. Las familias deben ser el corazón de este cambio. El suicidio no es un problema escolar, es un problema de toda la comunidad. Necesitamos que el Estado baje de las oficinas a las veredas."

Entrevista 2: Docente de Institución Educativa Urbana

Enfoque: Presión escolar, necesidad de formación docente y falta de articulación.

"En la zona urbana, las políticas existen en papel. El Plan Decenal suena bien, pero la realidad en Tame es otra. Los programas en el colegio son charlas esporádicas. No hay continuidad. Un taller al año no cambia nada. La articulación con la Secretaría de Salud es nula. Cuando detectamos un estudiante en riesgo, no hay una red que responda a tiempo. La burocracia impide la atención rápida.

El principal desafío es el estigma. Los jóvenes callan por miedo. La falta de formación docente es crítica. Nosotros detectamos, pero no tratamos. Necesitamos capacitación técnica. La coordinación

entre educación y salud no existe. Son dos mundos que no se hablan. El éxito de los programas se mide con cifras de eventos reportados, pero eso no es éxito, es solo estadística.

Los cambios deben ser urgentes. Las instituciones deben trabajar como un solo equipo. Propongo una mesa de trabajo permanente entre salud y educación. Las familias deben dejar de ver la salud mental como un tabú. Debemos involucrarlas en la prevención. El colegio debe ser un refugio, pero sin apoyo externo, nos quedamos solos."

Entrevista 3: Docente de Institución Educativa Técnica

Enfoque: Gestión pública, brecha entre norma y práctica, modelo de gestión integral.

"Las políticas públicas se diseñan en Bogotá sin mirar a Tame. La gestión institucional es superficial. Se limita a cumplir protocolos del SIVIGILA en lugar de intervenir causas estructurales. Los programas de prevención fallan por su diseño genérico. No tienen en cuenta nuestra cultura llanera. La falta de recursos económicos es real. No hay presupuesto destinado a la prevención en salud mental dentro de las escuelas.

El cambio de actitud de los adolescentes es evidente. Ellos piden ayuda, pero no encuentran oídos preparados. El factor familiar es determinante. La violencia intrafamiliar y la falta de oportunidades marcan el riesgo. Nuestra experiencia con jóvenes en riesgo demuestra que la prevención requiere seguimiento constante, algo que hoy no tenemos.

Propongo un modelo basado en resultados. Necesitamos indicadores de bienestar, no solo de enfermedad. El éxito será un estudiante sano, no un caso atendido tras el intento. Las autoridades deben entender que la prevención requiere inversión. La articulación debe ser horizontal, no vertical. Familia, escuela y salud deben formar una red real. Tame necesita soluciones propias, no copias de otras ciudades."

Observaciones del entrevistador

Las entrevistas permiten confirmar los hallazgos documentales. Los docentes coinciden en que la gestión institucional es fragmentada. Existe una clara desconexión entre la normativa nacional y la capacidad de respuesta en el territorio. La falta de articulación entre los sectores de educación y salud es la barrera más crítica para la prevención efectiva.

Los participantes enfatizan que el modelo actual, al ser reactivo, deja a las instituciones educativas con la mayor carga operativa sin los recursos necesarios para garantizar el bienestar de los adolescentes.

Un (1) Psicólogo y un (1) trabajador social que brindan atención a los adolescentes en riesgo de suicidio

Entrevista 4: Psicólogo clínico

Enfoque: Atención clínica, barreras de acceso y estigma.

"Las políticas públicas habitan en los documentos. No bajan al terreno clínico. El sistema de salud ignora las particularidades del adolescente en Tame. Carecemos de psiquiatras. La respuesta institucional prioriza la urgencia médica sobre la prevención. Esto limita el alcance de cualquier estrategia. Los jóvenes enfrentan estigma. Ellos evitan buscar ayuda. Necesitamos un enfoque que integre la parte emocional con el entorno social.

El principal desafío reside en la falta de formación especializada para los actores educativos. Ellos detectan, pero el sistema no responde a tiempo. He notado que los jóvenes muestran menos miedo a hablar de su salud mental, pero el sistema carece de espacios para escucharlos. La falta de continuidad en los procesos es el mayor fallo. Iniciamos un tratamiento y perdemos el contacto por fallas en la red de salud.

No existen evaluaciones de impacto reales. Los indicadores solo muestran los eventos consumados, no la salud mental recuperada. La prevención debe dejar de ser administrativa. Propongo equipos interdisciplinarios que visiten las escuelas. Las familias deben aprender a ver las señales. La prevención no es solo tarea del psicólogo, es un compromiso de toda la comunidad."

Entrevista 5: Trabajador Social

Enfoque: Determinantes sociales, articulación y entorno rural.

"El suicidio tiene causas sociales. La pobreza y la falta de oportunidades marcan el riesgo. Las familias viven con estrés constante. Ese estrés afecta la salud emocional del menor. La coordinación entre

instituciones falla. Cada entidad actúa de forma aislada. Esto impide un seguimiento integral. La escuela identifica el riesgo, pero no cuenta con apoyo externo. Falta una red social real que conecte salud, educación y familia.

Las intervenciones actuales carecen de pertinencia territorial. No consideran la vida en la ruralidad. El acceso a los servicios de salud es difícil por las distancias. Esto aumenta la vulnerabilidad del adolescente. Los programas no tienen presupuesto propio. Funcionan con recursos limitados.

El éxito requiere trabajo de campo, no solo oficina. Debemos fortalecer el tejido familiar. Las soluciones deben nacer de la realidad del municipio, no de copias de modelos urbanos. Las familias deben asumir un rol activo. El Estado debe garantizar que los servicios lleguen al campo. La colaboración debe ser horizontal. Necesitamos romper el aislamiento institucional para salvar vidas."

Observaciones del entrevistador

Las voces de los profesionales de la salud y el área social confirman los hallazgos de la investigación. Existe una desconexión crítica entre la intención de las políticas y la realidad del servicio. La falta de recursos especializados, sumada a la ausencia de un trabajo articulado, limita el impacto de cualquier intervención preventiva en el municipio. Los participantes enfatizan la necesidad de un enfoque más territorial, humano y familiar para frenar la problemática.

Tres (3) Autoridades locales, especialmente los miembros de la Secretaría de Salud, responsables de la implementación de políticas públicas en salud mental y prevención del suicidio

Estos testimonios contrastan los lineamientos oficiales con las dificultades reales de gestión, destacando las brechas en la ejecución de las políticas públicas y la falta de coordinación intersectorial identificada en la investigación.

Entrevista 6: funcionario de la Secretaría de Salud (Planeación)

Enfoque: Ejecución de políticas, brecha normativa y gestión pública.

"Nosotros seguimos los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. El desafío aparece al trasladar esas metas nacionales a nuestro territorio. Las políticas estandarizadas ignoran las particularidades de Tame. El municipio requiere soluciones adaptadas a la ruralidad. El diseño de programas carece de un enfoque diferencial que considere nuestras tensiones sociales. Cumplimos con los requisitos formales, pero los resultados no muestran un impacto real en la reducción de las conductas suicidas.

La coordinación entre entidades avanza lento. Existe una desconexión entre la Secretaría de Salud y la UAESA. Esta falta de datos unificados complica la toma de decisiones. Necesitamos un modelo de gestión orientado a resultados, no solo a trámites administrativos. Propongo ajustar las políticas a nuestra

realidad presupuestal y territorial. El éxito de la gestión depende de adaptar la norma a las necesidades de nuestra población adolescente."

Entrevista 7: Profesional de Vigilancia Epidemiológica

Enfoque: SIVIGILA, datos y reactividad institucional.

"Nuestro trabajo se centra en el reporte del SIVIGILA. Identificamos el intento de suicidio como evento de notificación obligatoria. Sin embargo, la respuesta institucional suele ser reactiva. Atendemos el caso una vez ocurre la tragedia, en lugar de mitigar los riesgos de forma previa. La falta de evidencia local robusta nos obliga a trabajar con información genérica. Esto impide diseñar estrategias de prevención que ataquen las causas raíz en el entorno escolar y familiar.

El principal obstáculo es la capacidad de respuesta. El sistema prioriza la atención del evento consumado. Necesitamos transformar la vigilancia en una herramienta de prevención activa. Los indicadores de éxito hoy se reducen a cifras de eventos, lo cual es insuficiente. Proponemos un sistema que integre el sector educativo con la salud. Debemos convertir el dato epidemiológico en una acción comunitaria que proteja al adolescente antes de que el riesgo aumente."

Entrevista 8: Coordinador de Salud Mental y Programas Sociales

Enfoque: Articulación intersectorial, recursos y modelo integral.

"La prevención efectiva exige un enfoque intersectorial. Debemos articular el sector educativo con los servicios de salud y las instituciones locales. Hoy, cada institución opera de manera aislada. Esta fragmentación debilita la gestión. Las escuelas carecen de programas estructurados para la prevención. El personal educativo no recibe la formación necesaria para actuar ante una alerta. Esta situación vulnera el derecho fundamental a la salud mental de los jóvenes tameños.

El reto principal es la falta de recursos sostenibles. Muchos programas dependen de presupuestos temporales. Esto impide la continuidad de las estrategias. La participación de las familias es baja. Debemos involucrarlas activamente en los procesos de cuidado. Propongo fortalecer la red de apoyo interinstitucional. La colaboración horizontal entre autoridades, familias y colegios permitirá construir un entorno protector. Tame requiere un modelo de intervención integral que trascienda la oficina y llegue a la comunidad."

Observaciones del entrevistador

Los testimonios de los funcionarios reafirman los hallazgos de la investigación. Existe una tensión institucional entre la normativa vigente y la ejecución presupuestal para la prevención. Las autoridades reconocen que, a pesar de los esfuerzos, la superficialidad en la gestión impide una cobertura integral. La falta de coordinación y la naturaleza reactiva de los programas actuales

constituyen barreras críticas que el municipio debe superar mediante la implementación de un modelo de intervención territorial adaptado y continuo.

Cuatro (4) Familias de adolescentes en situación de riesgo, quienes ofrecen una perspectiva desde el ámbito doméstico y social

Entrevista 9: Familia de zona rural

Enfoque: Distancia, falta de información y abandono institucional.

"Vivimos lejos del pueblo. Mi hijo pasa mucho tiempo solo. Las escuelas nunca nos llaman para hablar de salud mental. Solo escuchamos sobre el suicidio cuando ocurre una tragedia en la vereda. Nadie nos enseña a ver las señales de peligro. La ayuda está muy lejos. El centro de salud no llega hasta nuestra casa. Nos sentimos abandonados por el Estado. No sabemos a dónde acudir cuando el niño se cierra en su mundo. La escuela debería darnos más guías, pero solo recibimos llamados por notas bajas."

Entrevista 10: Familia de zona urbana (estigma)

Enfoque: Vergüenza, silencio y desconexión escolar.

"Nos da pena hablar de esto en casa. Sentimos miedo de que la gente juzgue a nuestro muchacho. Los profesores notan que él cambia, pero solo envían notas al cuaderno. Nadie nos cita para una reunión seria y privada. La salud mental parece un lujo que no alcanzamos. No sabemos a quién

pedir auxilio. El sistema de salud es complicado y lento. Sentimos que la escuela y el centro de salud nos lanzan de un lado a otro sin darnos una respuesta clara."

Entrevista 11: Familia trabajadora (sobrecarga)

Enfoque: Falta de tiempo, culpas cruzadas y soledad.

"Trabajo todo el día para mantener la casa. No tengo tiempo de vigilar cada paso de mi hija. Las instituciones nos culpan a los padres, pero no nos dan apoyo. La escuela dice que es problema de casa, y la casa dice que es problema de la escuela. Quedamos atrapados en un juego de culpas. Nadie nos enseña cómo hablar con ella cuando se siente triste. Necesitamos que alguien nos guíe sin señalarnos. Estamos solos en esta lucha diaria."

Entrevista 12: Familia con experiencia en el sistema

Enfoque: Reactividad del sistema y falta de seguimiento.

"Intentamos buscar ayuda en el centro de salud. Nos dieron cita para meses después. El sistema solo reacciona cuando ya no hay nada que hacer. No hay un programa que siga a los jóvenes después de que salen del colegio. Falta unión entre el médico, el profesor y nosotros. Todo se queda en papeles y reuniones que no sirven. Necesitamos que las autoridades bajen a los barrios y nos escuchen de verdad. La prevención debe ser un trabajo en equipo, no un trámite más."

Observaciones del entrevistador

Los relatos de las familias coinciden con los hallazgos documentales. Existe una percepción de soledad frente al riesgo. Las familias no se sienten parte de una red de cuidado, sino espectadores de una institucionalidad que solo interviene en momentos críticos. La falta de un lenguaje común y de espacios de confianza entre la escuela, la salud y el hogar confirma que las políticas actuales carecen de pertinencia territorial y efectividad en la prevención temprana.

Instrumento: guía de instrumento (Anexo 1).

El análisis de los hallazgos revela una desconexión entre los lineamientos nacionales de salud pública y la implementación territorial en Tame, Arauca. Las políticas públicas funcionan como requisitos burocráticos en lugar de herramientas preventivas activas. Los distintos actores coinciden en que las estrategias carecen de un enfoque diferencial que considere la realidad rural y sociocultural del municipio. Esta falta de adaptación limita el alcance de los programas y reduce su impacto en la prevención del suicidio adolescente.

Las instituciones educativas soportan la carga operativa de la prevención sin contar con recursos técnicos ni humanos suficientes. Los docentes identifican los factores de riesgo en el aula, pero carecen de rutas claras o apoyo externo para realizar intervenciones oportunas. Esta situación aísla a las escuelas

y convierte a los maestros en observadores del problema sin capacidad de respuesta real. La falta de formación especializada profundiza esta brecha y deja a los estudiantes en situación de vulnerabilidad.

Los profesionales de la salud y el trabajo social destacan que el sistema prioriza los procedimientos administrativos sobre las necesidades clínicas de los adolescentes. Existe una carencia de servicios especializados, como la psiquiatría, y una discontinuidad en los tratamientos iniciados. Los procesos fallan al momento de integrar la salud emocional con el entorno social del menor, lo que impide una recuperación estable. La atención se limita a la respuesta ante crisis y desatiende el seguimiento necesario para evitar reincidencias.

Las autoridades locales reconocen que la gestión actual se basa en una lógica reactiva, centrada en la notificación epidemiológica obligatoria mediante el SIVIGILA. Esta dependencia de la estadística crea una apariencia de control que ignora las causas estructurales del suicidio en la región. Los funcionarios admiten la desconexión entre la Secretaría de Salud y otras entidades, lo cual impide la consolidación de una red intersectorial efectiva. La falta de datos unificados obstaculiza la toma de decisiones basada en la realidad local.

Las familias manifiestan una percepción de abandono y desconfianza hacia las instituciones. Existe una ruptura en la comunicación entre la escuela, el centro de salud y el hogar, lo que impide la

creación de un entorno seguro para el adolescente. El estigma social y la falta de empatía institucional alejan a los padres de los procesos de cuidado, quienes se sienten culpabilizados en lugar de acompañados. Este aislamiento familiar incrementa el riesgo y dificulta la detección temprana de señales de alerta.

La investigación demuestra que factores estructurales, como la dispersión geográfica en la ruralidad y la falta de presupuestos sostenibles, limitan la efectividad de las intervenciones. La fragmentación de responsabilidades entre los sectores educativo, sanitario y familiar impide un abordaje integral de la problemática. Sin un lenguaje común ni una colaboración horizontal, los programas carecen de pertinencia territorial y fallan en su propósito de proteger a la población adolescente.

Los resultados exigen una transición desde el modelo reactivo actual hacia uno que privilegie la integración territorial y la participación familiar. El éxito de las estrategias futuras depende de desplazar el enfoque desde los indicadores de enfermedad hacia indicadores de bienestar y acompañamiento constante. El municipio requiere una red de apoyo que vincule la escuela, el hogar y las autoridades bajo un compromiso compartido de cuidado. La prevención debe constituir un proceso continuo y adaptado, no una serie de acciones aisladas.

5.3 Desarrollo Objetivo Específico No. 3

Analizar el nivel de articulación interinstitucional entre educación, salud y comunidad en la prevención del suicidio adolescente.

Técnica: revisión literaria.

Instrumento: cuadro comparativo.

La articulación interinstitucional constituye el pilar fundamental para el abordaje efectivo de la salud mental. La literatura especializada sugiere que la prevención del suicidio adolescente exige una red de trabajo integrada, donde el sector educativo, la salud pública y la comunidad operen bajo un mismo protocolo de acción. Sin embargo, el análisis realizado en Tame evidencia una brecha significativa entre este modelo teórico y la práctica administrativa actual. El siguiente cuadro compara los estándares de gestión interinstitucional frente a los hallazgos documentales y de campo en el municipio:

Tabla 4.

Cuadro Comparativo: Modelo de Articulación Ideal vs. Realidad en Tame (2023-2025)

Aspecto de Articulación	Modelo Ideal (Referente Teórico/Normativo)	Realidad en Tame (Hallazgos 2023-2025)
-------------------------	--	--

Flujo de Información	Red bidireccional y constante entre salud y educación.	Flujo unidireccional o inexistente; comunicación aislada.
Rol de la Comunidad	Integración activa como red de apoyo primaria.	Participación pasiva; la comunidad es espectadora del riesgo.
Enfoque de Intervención	Preventivo, integral y de seguimiento continuo.	Reactivo; centrado en la crisis y en el reporte estadístico.
Capacidad de Respuesta	Redes de apoyo locales y cercanas al territorio.	Centralizada; limitada por distancias y burocracia estatal.
Gestión de Recursos	Presupuesto compartido y sostenido en el tiempo.	Presupuestos aislados; falta de inversión estructural.

La revisión permite determinar que el sistema de salud en Tame opera mediante "silos" administrativos. Cada entidad asume sus competencias de manera estanca, sin un lenguaje común que permita la identificación temprana de riesgos en los adolescentes. Esta fragmentación impide que la información recolectada en las instituciones educativas llegue de manera efectiva a los profesionales de la salud, anulando la oportunidad de una intervención preventiva eficaz. La desarticulación impacta directamente la capacidad de respuesta frente a la ruralidad.

El sector salud suele concentrar sus esfuerzos en el casco urbano, mientras que las instituciones rurales quedan fuera del alcance de los protocolos de atención integral. La falta de un mecanismo que vincule el seguimiento académico con la atención clínica perpetúa un modelo donde el adolescente en

riesgo permanece invisibilizado hasta que ocurre un evento de salud grave. Además, el papel de la familia y la comunidad carece de una estrategia de vinculación formal. La literatura enfatiza que la prevención efectiva debe considerar el entorno socio-cultural, pero en Tame, la gestión institucional excluye a las familias de los procesos de cuidado, limitándolas a un rol informativo. Sin una estrategia que eduque y empodere a la comunidad sobre los factores de riesgo, cualquier esfuerzo interinstitucional resulta insuficiente para alterar las causas sociales del suicidio.

La articulación en Tame es predominantemente formalista y no operativa. Si bien existen mandatos legales que obligan a la cooperación, estos no se traducen en una red de trabajo sincronizada. La falta de un modelo de gestión que una el sector educativo, sanitario y familiar subraya la urgencia de reestructurar la gobernanza local de la salud mental, pasando de un esquema de responsabilidad individual por sector a uno de responsabilidad colectiva por el bienestar adolescente.

6 Conclusiones

Existe una desconexión crítica entre los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública y la ejecución territorial. Las políticas operan como requisitos burocráticos y administrativos, careciendo de un enfoque diferencial que contemple las particularidades culturales y la ruralidad del municipio. Esta estandarización provoca que las estrategias nacionales sean ineficaces al intentar aplicarse sin adaptación a las condiciones socioeconómicas de Tame.

La gestión institucional actual se centra predominantemente en la atención de la crisis tras el suceso, utilizando indicadores epidemiológicos (SIVIGILA) como una forma de control estadístico que enmascara las causas estructurales del problema. Esta lógica reactiva imposibilita la intervención temprana, dejando a los adolescentes en un estado de vulnerabilidad continua al desatender los determinantes sociales del suicidio.

Se evidencia una ruptura absoluta en la articulación entre el sector salud, el sector educativo y la comunidad. Cada entidad opera de manera aislada, lo que resulta en una fragmentación de la atención donde la información sobre el riesgo adolescente no fluye eficazmente. Esta desarticulación impacta negativamente en la capacidad de respuesta, dejando a las instituciones educativas con toda la carga operativa de la prevención, pero sin las herramientas técnicas, humanas ni el apoyo externo necesario para garantizar el bienestar estudiantil.

Los programas actuales han fallado al excluir a la familia de los procesos de cuidado, reduciendo su rol a una participación pasiva o informativa. Asimismo, las intervenciones presentan una marcada debilidad en la atención a la población rural, debido a la centralización de servicios en el casco urbano. Esta omisión perpetúa el aislamiento del adolescente y aumenta el estigma social, impidiendo la creación de redes de apoyo locales y cercanas al territorio.

La efectividad en la prevención del suicidio requiere una transición urgente desde un modelo de responsabilidad individual por sector hacia un modelo de responsabilidad colectiva y horizontal. Los resultados demuestran que, sin un lenguaje común, un presupuesto compartido y un compromiso real con el trabajo de campo, los esfuerzos aislados resultan insuficientes. El municipio demanda una red que integre a la familia, la escuela y las autoridades bajo una visión de bienestar continuo, superando la visión limitada de "atención de casos" por una de "cuidado integral".

7 Referencias bibliográficas

- Alcaldía de Arauca. (2023). *Plan de Desarrollo Municipal 2020-2023*. Obtenido de <https://www.arauca-arauca.gov.co/Transparencia/Documents/CAPITULO%20ESPECIAL%20NNAJ.pdf>
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución Pública de Colombia*.
- Cañón, S., Castaño, J., Nieto, L. M., Orozco, M., & Giraldo, W. F. (2018). *Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales*. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982018000100027
- Cusimano, M. D., & Sameem, M. (2011). *The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: a systematic review*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21059602/>
- Dávila, C. A., & Luna, M. (2019). *Intento de suicidio en adolescentes: Factores asociados*. Obtenido de Rev. chil. pediatr. vol.90 no.6 Santiago : https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-410620190006000606
- Euseche, M., & Muñoz, A. (2024). *Ideación suicida y aspectos sociodemográficos en adolescentes colombianos*. Obtenido de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/37172>

- García, J. (2022). *Estrategias de intervención y posvención del comportamiento suicida*. Obtenido de https://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/745_Estrategias_de_intervencion_y_posvencion_del_comportamiento_suicida.pdf
- García, S. (2013). *El enfoque poblacional: reflexiones para su implementación*. Obtenido de <https://revistas.saludcapital.gov.co/index.php/RIS/article/view/500/584>
- Gobernación de Arauca. (2019). *Prevención del suicidio*. Obtenido de <https://arauca.gov.co/prevencion-del-suicidio/>
- González, L. (2023). *La Ideación suicida en adolescentes. Estado de la cuestión*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/6681/668173277015/html/>
- González, M., Gil, P., Losada, L., & García, R. (2024). *Programas de prevención del suicidio en adolescentes: una revisión sistemática*. Obtenido de <https://revistas.uaautonoma.cl/index.php/ejep/article/view/2470>
- Hernández, L., De la Hoz, F., & Cogollo, Z. (2024). *Intervenciones preventivas de la conducta suicida en estudiantes: revisión sistemática*. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2024000100012
- Hernández-Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. Obtenido de https://apps.utel.edu.mx/recursos/files/r161r/w24802w/Metodologia_de_investigacion_SAMPIERI.pdf

- INS. (2023). *Informe de Evento Primer Semestre Intento de Suicidio, 2023*. Obtenido de Instituto Nacional de Salud: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO%20PRIMER%20SEMESTRE%202023.pdf>
- INS. (2025). *Boletín Epidemiológico Semanal (BES)*. Obtenido de Instituto Nacional de Salud: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2025_Boletin_epidemiologico_semana_36.pdf
- Mascayano, F., & Castro, W. (2015). *Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones*. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008
- McLeod, S. (2025). *Bronfenbrenner's Ecological Systems Theory*. Obtenido de <https://www.simplypsychology.org/bronfenbrenner.html>
- MinCiencias. (2018). *Modelo de gestión pública orientada a resultados*. Obtenido de <https://minciencias.gov.co/glosario/gestion-publica-orientada-resultados>
- MinSalud. (2017). *Guía de Práctica Clínica: para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción)*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/guia-prevencion-conducta-suicida-adopcion.pdf>

- MinSalud. (2025). *Prevención del suicidio*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/paginas/suicidio.aspx>
- MinSalud. (2025). *Plan Decenal Salud Pública 2022-2031*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>
- Moreno, L. M. (2025). *Programas y estrategias de Prevención de la Conducta Suicida: Reflexiones prospectivas*. Obtenido de <https://reviberopsicologia.ibero.edu.co/article/view/3035>
- OMS. (2025). *Determinantes sociales de la salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>
- OMS. (2025). *La salud mental de los adolescentes*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- OMS. (2025). *Suicidio: datos y cifras*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- ONU. (2025). *Normas internacionales: Relator Especial sobre el derecho de toda persona a la salud física y mental*. Obtenido de <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-health/international-standards-right-physical-and-mental-health>
- OPS. (2025). *Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias (SMAPS)*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental-apoyo-psicosocial-emergencias-smaps>

- Parpio, Y., Nuruddin, R., Saeed Ali, T., Mohammad, N., & Rahim, U. (2025). *Suicide prevention program on suicidal behaviors and mental wellbeing among school aged adolescents: a scoping review*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40385626/>
- Parra, D. (2022). *Identificación de acciones educativas para la prevención del suicidio en Colombia*. Obtenido de <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/50692/danielaparra%20.pdf?sequence=3>
- PHS. (2026). *Public health approach to prevention*. Obtenido de <https://publichealthscotland.scot/about-us/what-we-do-and-how-we-work/public-health-approach-to-prevention/the-three-levels-of-prevention/>
- Soto, A., Villarroel, P., Véliz, A., & Moreno, G. (2021). *Intervenciones para la prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes. Revisión sistemática*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/5728/572868251014/html/>
- Thoenig, J.-C. (1997). *Política Pública y Acción Pública*. Obtenido de https://repositorio-digital.cide.edu/bitstream/handle/11651/3185/TJ_Vol.6_No.I_1sem.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Tovar, K. (2025). *Estrategias pedagógicas para combatir la deserción escolar en contextos de violencia: El caso de Tame, Arauca*. Obtenido de <https://zenodo.org/records/17451547>
- UNICEF. (2019). *Bullying en el ambiente escolar*. Obtenido de https://www.unicef.org/chile/media/3171/file/bullying_en_el_ambiente_escolar.pdf

UNICEF. (2022). *El Enfoque Basado en los Derechos de la Niñez*. Obtenido de

<https://www.unicef.org/chile/media/7021/file/mod%201%20enfoque%20de%20derechos.pdf>

Universidad de la Sabana. (2024). *Suicidios en Colombia, así van las cifras del 2024*. Obtenido de

<https://www.unisabana.edu.co/noticias/al-dia/suicidios-en-colombia-asi-van-las-cifras-del-2024>

8. Anexos

8.1 Formato de entrevista

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA – ESAP

Decanatura de Pregrado

Programa de Administración Pública Territorial

Título del proyecto: Análisis de políticas públicas y programas en la prevención del suicidio adolescente en Tame, Arauca

Objetivo de la entrevista:

Recopilar información detallada sobre las percepciones, experiencias y valoraciones de actores clave involucrados en la implementación de políticas públicas y programas de prevención del suicidio adolescente en el municipio de Tame, Arauca, con el fin de identificar fortalezas, debilidades y posibles alternativas de mejora en la gestión institucional.

Dirigida a:

Docentes, psicólogos, orientadores escolares, autoridades locales, personal del sector salud, familias y demás actores vinculados con la prevención del suicidio adolescente.

Datos generales del entrevistado

Nombre del entrevistado: _____

Cargo u ocupación: _____

Institución u organización: _____

Fecha de la entrevista: _____

Lugar de la entrevista: _____

Preguntas de la entrevista

1. Políticas públicas y programas existentes

1. ¿Cuáles son las políticas públicas implementadas en Tame, Arauca, para la prevención del suicidio adolescente?
2. ¿Cómo considera que las políticas públicas actuales han abordado la problemática del suicidio adolescente en la región?
3. ¿Qué programas de prevención del suicidio adolescente se han implementado en las instituciones educativas de Tame?
4. ¿Qué cambios considera necesarios en los programas actuales para mejorar su efectividad?
5. ¿Qué recursos humanos, materiales o económicos considera insuficientes en la implementación de las políticas públicas para la prevención del suicidio adolescente?
6. ¿Cuál es la participación de las instituciones educativas y de salud en la implementación de estas políticas y programas?
7. ¿Cómo se lleva a cabo la coordinación entre las diferentes instituciones para abordar el suicidio adolescente?

2. Percepciones y experiencias de los actores clave

8. Desde su perspectiva, ¿cuáles son los principales desafíos que enfrenta la comunidad educativa para prevenir el suicidio adolescente?
9. ¿Ha notado algún cambio significativo en las actitudes de los adolescentes hacia la salud mental y la prevención del suicidio en los últimos años?
10. ¿Qué aspectos sociales o familiares considera que influyen en el aumento de los intentos de suicidio adolescente en Tame?
11. ¿Cuál ha sido su experiencia trabajando con adolescentes en riesgo de suicidio?
12. ¿Qué medidas cree que serían más adecuadas para prevenir el suicidio adolescente a nivel comunitario?

3. Evaluación de la efectividad de los programas

13. En su opinión, ¿cuáles han sido los resultados más positivos de los programas de prevención del suicidio adolescente implementados hasta ahora?
14. ¿Ha habido evaluaciones de impacto sobre la efectividad de estos programas? En caso afirmativo, ¿qué resultados se han observado?
15. ¿Qué mecanismos de seguimiento existen para evaluar el progreso de los programas de prevención?
16. ¿Cómo se mide el éxito de los programas implementados? ¿Existen indicadores claros para ello?

4. Propuestas de mejora

17. ¿Qué cambios propondría para mejorar las políticas públicas y los programas de prevención del suicidio adolescente en Tame?
18. ¿Cómo podrían las instituciones educativas involucrarse más activamente en la prevención del suicidio adolescente?
19. ¿Qué papel considera que deben asumir las familias en la prevención del suicidio adolescente?
20. ¿Qué sugerencias tiene para fortalecer la colaboración entre las instituciones educativas, las autoridades locales, el sector salud y las familias en este proceso?

5. Cuestiones emergentes

21. ¿Desea agregar algún aspecto que no haya sido abordado en esta entrevista y que considere importante para comprender o mejorar la prevención del suicidio adolescente en Tame, Arauca?

Observaciones del entrevistador: _____

Muchas gracias

8.2 Entrevista semiestructurada: transcripción

Docente 1

1. Políticas públicas y programas existentes

- **¿Cuáles son las políticas públicas implementadas en Tame, Arauca, para la prevención del suicidio adolescente?** En nuestra zona rural, las políticas públicas suenan a teoría lejana. No vemos programas reales o tangibles en el día a día. Se escuchan discursos desde la alcaldía sobre salud mental, pero el mensaje nunca llega efectivamente a las veredas.
- **¿Cómo considera que las políticas públicas actuales han abordado la problemática del suicidio adolescente en la región?** La atención institucional es profundamente reactiva; actúan solo cuando ocurre la tragedia, nunca antes. La prevención es inexistente en la práctica.
- **¿Qué programas de prevención del suicidio adolescente se han implementado en las instituciones educativas de Tame?** No hay programas estructurados en la zona rural. Como docentes, cargamos con el peso de la prevención sin tener las herramientas necesarias.
- **¿Qué cambios considera necesarios en los programas actuales para mejorar su efectividad?** Es imperativo que el Estado baje de las oficinas a las veredas. La prevención debe pasar de la teoría a la práctica territorial.
- **¿Qué recursos humanos, materiales o económicos considera insuficientes en la implementación de las políticas públicas para la prevención del suicidio adolescente?** Todo es insuficiente. No hay psicólogos permanentes ni rutas claras para atender casos en el campo.

- **¿Cuál es la participación de las instituciones educativas y de salud en la implementación de estas políticas y programas?** La participación de salud es nula en la ruralidad. Las instituciones educativas nos quedamos solas en la primera línea sin apoyo.
- **¿Cómo se lleva a cabo la coordinación entre las diferentes instituciones para abordar el suicidio adolescente?** No existe una coordinación real; las instituciones de salud no llegan a donde estamos nosotros.

2. Percepciones y experiencias de los actores clave

- **Desde su perspectiva, ¿cuáles son los principales desafíos que enfrenta la comunidad educativa para prevenir el suicidio adolescente?** La dispersión geográfica es el mayor desafío, limita el acceso a cualquier servicio de salud. Además, la familia a menudo ignora las señales de riesgo por falta de conocimiento.
- **¿Ha notado algún cambio significativo en las actitudes de los adolescentes hacia la salud mental y la prevención del suicidio en los últimos años?** (El entrevistado enfatiza la vulnerabilidad: los estudiantes viven lejos y se encuentran en una situación de aislamiento constante).
- **¿Qué aspectos sociales o familiares considera que influyen en el aumento de los intentos de suicidio adolescente en Tame?** El desconocimiento de las familias y la lejanía física de los centros de apoyo.
- **¿Cuál ha sido su experiencia trabajando con adolescentes en riesgo de suicidio?** He enfrentado casos donde me siento impotente, sin saber qué hacer más allá de escuchar, porque falta presencia de médicos y psicólogos cerca de las aulas.

- **¿Qué medidas cree que serían más adecuadas para prevenir el suicidio adolescente a nivel comunitario?** Propondría llevar equipos móviles de atención directamente a las veredas.

3. Evaluación de la efectividad de los programas

- **En su opinión, ¿cuáles han sido los resultados más positivos de los programas de prevención del suicidio adolescente implementados hasta ahora?** Los programas actuales carecen de impacto positivo observable en nuestra realidad rural.
- **¿Ha habido evaluaciones de impacto sobre la efectividad de estos programas? En caso afirmativo, ¿qué resultados se han observado?** No existen evaluaciones claras. No sabemos si funcionan porque no llegan al territorio.
- **¿Qué mecanismos de seguimiento existen para evaluar el progreso de los programas de prevención?** No hay mecanismos de seguimiento en nuestra zona.
- **¿Cómo se mide el éxito de los programas implementados? ¿Existen indicadores claros para ello?** No tenemos conocimiento de indicadores de éxito en la ruralidad.

4. Propuestas de mejora

- **¿Qué cambios propondría para mejorar las políticas públicas y los programas de prevención del suicidio adolescente en Tame?** Priorizar el despliegue de equipos móviles a las veredas y descentralizar la atención.
- **¿Cómo podrían las instituciones educativas involucrarse más activamente en la prevención del suicidio adolescente?** El colegio debe ser un eje, pero no puede funcionar si no hay médicos y psicólogos cerca.

- **¿Qué papel considera que deben asumir las familias en la prevención del suicidio adolescente?** Las familias deben ser el corazón de este cambio; es un problema de toda la comunidad, no solo de la escuela.
- **¿Qué sugerencias tiene para fortalecer la colaboración entre las instituciones educativas, las autoridades locales, el sector salud y las familias en este proceso?** La colaboración debe ser real y en terreno; necesitamos que el Estado salga de las oficinas y llegue al campo.

5. Cuestiones emergentes

- **¿Desea agregar algún aspecto que no haya sido abordado en esta entrevista y que considere importante para comprender o mejorar la prevención del suicidio adolescente en Tame, Arauca?** Reitero que el suicidio no es un problema exclusivamente escolar, es un problema comunitario que requiere presencia estatal constante en las veredas.

Observaciones del entrevistador: El docente manifiesta una frustración clara respecto a la ausencia del Estado en la ruralidad. Existe una percepción de abandono institucional que sobrecarga al maestro y deja al estudiante en una situación de indefensión frente al riesgo suicida

Docente 2

1. Políticas públicas y programas existentes

- **¿Cuáles son las políticas públicas implementadas en Tame, Arauca, para la prevención del suicidio adolescente?** Las políticas existen en el papel; el Plan Decenal suena bien, pero la realidad de Tame es distinta.

- **¿Cómo considera que las políticas públicas actuales han abordado la problemática del suicidio adolescente en la región?** De manera ineficaz. No hay una aplicación real que se traduzca en acciones constantes.
- **¿Qué programas de prevención del suicidio adolescente se han implementado en las instituciones educativas de Tame?** Se realizan charlas esporádicas. Son talleres aislados, generalmente uno al año, que no garantizan continuidad ni generan un cambio real.
- **¿Qué cambios considera necesarios en los programas actuales para mejorar su efectividad?** Necesitamos pasar de la esporadicidad a la constancia y establecer una comunicación real entre instituciones.
- **¿Qué recursos humanos, materiales o económicos considera insuficientes en la implementación de las políticas públicas para la prevención del suicidio adolescente?** La falta de formación técnica docente es crítica. Nosotros detectamos el riesgo, pero no tenemos las herramientas para tratarlo.
- **¿Cuál es la participación de las instituciones educativas y de salud en la implementación de estas políticas y programas?** La articulación es nula. Cuando detectamos un estudiante en riesgo, no existe una red que responda a tiempo.
- **¿Cómo se lleva a cabo la coordinación entre las diferentes instituciones para abordar el suicidio adolescente?** Es inexistente; salud y educación funcionan como dos mundos que no se hablan.

2. Percepciones y experiencias de los actores clave

- **Desde su perspectiva, ¿cuáles son los principales desafíos que enfrenta la comunidad educativa para prevenir el suicidio adolescente?** El principal desafío es el estigma social; los jóvenes callan por miedo. Además, la burocracia institucional impide que la ayuda llegue con la rapidez necesaria.
- **¿Ha notado algún cambio significativo en las actitudes de los adolescentes hacia la salud mental y la prevención del suicidio en los últimos años?** (El entrevistado destaca la urgencia de romper el silencio y el miedo de los jóvenes).
- **¿Qué aspectos sociales o familiares considera que influyen en el aumento de los intentos de suicidio adolescente en Tame?** La falta de espacios de confianza y la visión de la salud mental como un tabú.
- **¿Cuál ha sido su experiencia trabajando con adolescentes en riesgo de suicidio?** Experiencia de detección sin capacidad de tratamiento. Nos sentimos solos al no contar con apoyo externo.
- **¿Qué medidas cree que serían más adecuadas para prevenir el suicidio adolescente a nivel comunitario?** Involucrar activamente a las familias para que dejen de ver la salud mental como un tema prohibido.

3. Evaluación de la efectividad de los programas

- **En su opinión, ¿cuáles han sido los resultados más positivos de los programas de prevención del suicidio adolescente implementados hasta ahora?** No hay resultados positivos estructurales; las acciones son demasiado fragmentadas.

- **¿Ha habido evaluaciones de impacto sobre la efectividad de estos programas? En caso afirmativo, ¿qué resultados se han observado?** No hay evaluaciones reales de impacto.
- **¿Qué mecanismos de seguimiento existen para evaluar el progreso de los programas de prevención?** No existen mecanismos de seguimiento claros.
- **¿Cómo se mide el éxito de los programas implementados? ¿Existen indicadores claros para ello?** El éxito se mide erróneamente mediante cifras de eventos reportados; eso no es éxito, es solo estadística.

4. Propuestas de mejora

- **¿Qué cambios propondría para mejorar las políticas públicas y los programas de prevención del suicidio adolescente en Tame?** Crear una mesa de trabajo permanente entre salud y educación.
- **¿Cómo podrían las instituciones educativas involucrarse más activamente en la prevención del suicidio adolescente?** Debemos trabajar como un solo equipo interinstitucional, no aislados.
- **¿Qué papel considera que deben asumir las familias en la prevención del suicidio adolescente?** Deben dejar de ver la salud mental como un tabú e integrarse al proceso de prevención.
- **¿Qué sugerencias tiene para fortalecer la colaboración entre las instituciones educativas, las autoridades locales, el sector salud y las familias en este proceso?** Es necesario institucionalizar la comunicación; que exista un canal formal y permanente, no solo intentos aislados.

5. Cuestiones emergentes

- **¿Desea agregar algún aspecto que no haya sido abordado en esta entrevista y que considere importante para comprender o mejorar la prevención del suicidio adolescente en Tame, Arauca?** El colegio debe ser un refugio para el estudiante, pero sin apoyo externo, nos quedamos solos en la gestión de la crisis.

Observaciones del entrevistador: El docente enfatiza la "desconexión institucional" y cuestiona que la gestión pública se base en indicadores de eventos consumados en lugar de indicadores de prevención. Se identifica una necesidad urgente de capacitación técnica para los docentes y una voluntad clara de trabajar en redes articuladas con el sector salud.

Docente 3

1. Políticas públicas y programas existentes

- **¿Cuáles son las políticas públicas implementadas en Tame, Arauca, para la prevención del suicidio adolescente?** Las políticas públicas existentes se diseñan en Bogotá sin contemplar las realidades de Tame.
- **¿Cómo considera que las políticas públicas actuales han abordado la problemática del suicidio adolescente en la región?** La gestión institucional es superficial, limitándose al cumplimiento de protocolos del SIVIGILA en lugar de intervenir las causas estructurales.
- **¿Qué programas de prevención del suicidio adolescente se han implementado en las instituciones educativas de Tame?** Los programas fallan debido a su diseño genérico, el cual no tiene en cuenta la cultura llanera.

- **¿Qué cambios considera necesarios en los programas actuales para mejorar su efectividad?** Se requiere un modelo basado en resultados que priorice indicadores de bienestar sobre los de enfermedad.
- **¿Qué recursos humanos, materiales o económicos considera insuficientes en la implementación de las políticas públicas para la prevención del suicidio adolescente?** Existe una falta de recursos económicos real; actualmente no hay presupuesto destinado a la prevención en salud mental dentro de las escuelas.
- **¿Cuál es la participación de las instituciones educativas y de salud en la implementación de estas políticas y programas?** La articulación actual es deficiente; se requiere una colaboración horizontal entre familia, escuela y salud para formar una red real.
- **¿Cómo se lleva a cabo la coordinación entre las diferentes instituciones para abordar el suicidio adolescente?** No existe la articulación necesaria; las autoridades deben entender que la prevención requiere inversión y un modelo de trabajo integrado.

2. Percepciones y experiencias de los actores clave

- **Desde su perspectiva, ¿cuáles son los principales desafíos que enfrenta la comunidad educativa para prevenir el suicidio adolescente?** El cambio de actitud de los adolescentes es evidente; piden ayuda, pero no encuentran oídos preparados en el sistema.
- **¿Ha notado algún cambio significativo en las actitudes de los adolescentes hacia la salud mental y la prevención del suicidio en los últimos años?** Los adolescentes muestran una mayor disposición a buscar ayuda en comparación con años anteriores.

- **¿Qué aspectos sociales o familiares considera que influyen en el aumento de los intentos de suicidio adolescente en Tame?** El factor familiar es determinante, junto con la violencia intrafamiliar y la falta de oportunidades generales.
- **¿Cuál ha sido su experiencia trabajando con adolescentes en riesgo de suicidio?** La prevención requiere un seguimiento constante, el cual es inexistente en el modelo actual.
- **¿Qué medidas cree que serían más adecuadas para prevenir el suicidio adolescente a nivel comunitario?** Tame necesita soluciones propias y territoriales, no copias de modelos de otras ciudades.

3. Evaluación de la efectividad de los programas

- **En su opinión, ¿cuáles han sido los resultados más positivos de los programas de prevención del suicidio adolescente implementados hasta ahora?** Los programas actuales son insuficientes y no están alineados con las necesidades locales.
- **¿Ha habido evaluaciones de impacto sobre la efectividad de estos programas? En caso afirmativo, ¿qué resultados se han observado?** No se observan resultados positivos porque los programas carecen de un enfoque pertinente.
- **¿Qué mecanismos de seguimiento existen para evaluar el progreso de los programas de prevención?** Actualmente no existen mecanismos de seguimiento adecuados.
- **¿Cómo se mide el éxito de los programas implementados? ¿Existen indicadores claros para ello?** No hay indicadores claros; el éxito debería medirse a través de la salud del estudiante y no por la atención de casos tras el intento.

4. Propuestas de mejora

- **¿Qué cambios propondría para mejorar las políticas públicas y los programas de prevención del suicidio adolescente en Tame?** Se debe implementar un modelo basado en resultados y soluciones locales adaptadas a la cultura regional.
- **¿Cómo podrían las instituciones educativas involucrarse más activamente en la prevención del suicidio adolescente?** Formando parte de una red horizontal donde la colaboración entre familia, escuela y salud sea la base.
- **¿Qué papel considera que deben asumir las familias en la prevención del suicidio adolescente?** Las familias cumplen un rol determinante que debe integrarse en la estrategia de prevención.
- **¿Qué sugerencias tiene para fortalecer la colaboración entre las instituciones educativas, las autoridades locales, el sector salud y las familias en este proceso?** Es fundamental que la articulación sea horizontal y no vertical, garantizando una inversión real en prevención.

5. Cuestiones emergentes

- **¿Desea agregar algún aspecto que no haya sido abordado en esta entrevista y que considere importante para comprender o mejorar la prevención del suicidio adolescente en Tame, Arauca?** Las autoridades deben comprender que la prevención efectiva requiere una inversión sostenida y una visión integral del bienestar juvenil.

Observaciones del entrevistador: El docente enfatiza la brecha entre la normativa nacional diseñada en Bogotá y la realidad operativa en Tame. Destaca la necesidad de transitar hacia un modelo que

priorice indicadores de bienestar y reconozca la importancia de soluciones territoriales, además de señalar la urgente necesidad de una articulación horizontal entre los sectores involucrados.

Psicólogo clínico

1. Políticas públicas y programas existentes

- **¿Cuáles son las políticas públicas implementadas en Tame, Arauca, para la prevención del suicidio adolescente?** Se aplican los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Sin embargo, el principal desafío radica en trasladar estas metas nacionales a la realidad territorial del municipio.
- **¿Cómo considera que las políticas públicas actuales han abordado la problemática del suicidio adolescente en la región?** De manera formalista. Las políticas estandarizadas ignoran las particularidades sociales de Tame; se cumple con el protocolo, pero los resultados no muestran un impacto real en la reducción de conductas suicidas.
- **¿Qué programas de prevención del suicidio adolescente se han implementado en las instituciones educativas de Tame?** La oferta es dispersa. No existen programas estructurados ni sostenibles; muchas veces dependen de presupuestos temporales, lo que impide su continuidad.
- **¿Qué cambios considera necesarios en los programas actuales para mejorar su efectividad?** Es necesario ajustar las políticas a la realidad presupuestal y territorial, pasando de un modelo de "cumplimiento administrativo" a uno de "gestión orientada a resultados".

- **¿Qué recursos humanos, materiales o económicos considera insuficientes en la implementación de las políticas públicas para la prevención del suicidio adolescente?** La falta de recursos sostenibles es crítica. Además, la carencia de datos unificados entre la Secretaría de Salud y la UAESA complica gravemente la toma de decisiones.
- **¿Cuál es la participación de las instituciones educativas y de salud en la implementación de estas políticas y programas?** Actualmente, cada institución opera de manera aislada. La participación es fragmentada y falta una dirección común.
- **¿Cómo se lleva a cabo la coordinación entre las diferentes instituciones para abordar el suicidio adolescente?** La coordinación es deficiente y lenta. Existe una desconexión crítica entre sectores que impide la consolidación de una red intersectorial efectiva.

2. Percepciones y experiencias de los actores clave

- **Desde su perspectiva, ¿cuáles son los principales desafíos que enfrenta la comunidad educativa para prevenir el suicidio adolescente?** La falta de formación técnica del personal educativo para actuar ante las alertas y la ausencia de una red de apoyo externa que responda con celeridad.
- **¿Ha notado algún cambio significativo en las actitudes de los adolescentes hacia la salud mental y la prevención del suicidio en los últimos años?** (Los funcionarios reconocen que los jóvenes son más abiertos a hablar, pero el sistema no ha creado los espacios adecuados para recibirlos).

- **¿Qué aspectos sociales o familiares considera que influyen en el aumento de los intentos de suicidio adolescente en Tame?** Las tensiones sociales, la falta de oportunidades y el estrés familiar persistente son factores que la gestión institucional actual no ha logrado mitigar.
- **¿Cuál ha sido su experiencia trabajando con adolescentes en riesgo de suicidio?** Es una experiencia marcada por la limitación institucional; la capacidad de respuesta se ve reducida por la burocracia y la falta de enfoque diferencial.
- **¿Qué medidas cree que serían más adecuadas para prevenir el suicidio adolescente a nivel comunitario?** Implementar un modelo que trascienda la oficina y se instale en el campo, con un enfoque territorial adaptado a nuestra ruralidad.

3. Evaluación de la efectividad de los programas

- **En su opinión, ¿cuáles han sido los resultados más positivos de los programas de prevención del suicidio adolescente implementados hasta ahora?** A pesar de los esfuerzos, la superficialidad en la gestión impide resultados positivos significativos. Se ha avanzado más en notificación que en prevención.
- **¿Ha habido evaluaciones de impacto sobre la efectividad de estos programas?** No existen evaluaciones de impacto reales; las mediciones actuales se reducen a cifras de eventos, lo cual es insuficiente.
- **¿Qué mecanismos de seguimiento existen para evaluar el progreso de los programas de prevención?** Dependencia excesiva del SIVIGILA, que sirve para registrar el evento pero no para evaluar el progreso de la salud mental.

- **¿Cómo se mide el éxito de los programas implementados?** Actualmente, el "éxito" se mide mediante la notificación epidemiológica, un enfoque que debe cambiar hacia indicadores de bienestar y acompañamiento constante.

4. Propuestas de mejora

- **¿Qué cambios propondría para mejorar las políticas públicas y los programas de prevención del suicidio adolescente en Tame?** Desarrollar un modelo de intervención integral, adaptado a la ruralidad y con presupuesto propio garantizado.
- **¿Cómo podrían las instituciones educativas involucrarse más activamente en la prevención del suicidio adolescente?** Integrándolas formalmente en una mesa de trabajo permanente con salud, donde reciban formación técnica continua.
- **¿Qué papel considera que deben asumir las familias en la prevención del suicidio adolescente?** Un rol activo y no solo informativo. Deben ser vinculadas como el primer anillo de contención en la red de apoyo.
- **¿Qué sugerencias tiene para fortalecer la colaboración entre las instituciones educativas, las autoridades locales, el sector salud y las familias en este proceso?** Promover la colaboración horizontal. Debemos romper el aislamiento institucional y construir un entorno protector basado en el compromiso compartido.

5. Cuestiones emergentes

- **¿Desea agregar algún aspecto que no haya sido abordado en esta entrevista y que considere importante para comprender o mejorar la prevención del suicidio adolescente en**

Tame, Arauca? Es vital transformar la vigilancia epidemiológica en una herramienta de prevención activa y no solo reactiva; convertir el dato en una acción comunitaria que proteja al adolescente antes de la crisis.

Observaciones del entrevistador: Los funcionarios admiten la existencia de una tensión institucional entre la norma nacional y la capacidad de ejecución local. Existe consenso sobre la necesidad de superar el modelo reactivo (atención tras la tragedia) y migrar hacia un sistema de gestión territorial, articulado y orientado a resultados de bienestar, reconociendo las carencias actuales en coordinación y recursos.

Trabajador social

Preguntas de la entrevista

1. Políticas públicas y programas existentes

- **¿Cuáles son las políticas públicas implementadas en Tame, Arauca, para la prevención del suicidio adolescente?** Las políticas operan mediante una coordinación fallida. Actualmente, cada entidad actúa de forma aislada, lo que impide un seguimiento integral de los casos.
- **¿Cómo considera que las políticas públicas actuales han abordado la problemática del suicidio adolescente en la región?** De manera insuficiente. Los programas operan con recursos muy limitados y, fundamentalmente, carecen de un presupuesto propio que garantice su continuidad.
- **¿Qué programas de prevención del suicidio adolescente se han implementado en las instituciones educativas de Tame?** Existen esfuerzos, pero se limitan a la detección en la

escuela, la cual no cuenta con el respaldo de un apoyo externo real para concretar una intervención efectiva.

- **¿Qué cambios considera necesarios en los programas actuales para mejorar su efectividad?** Se requiere un cambio de enfoque hacia la creación de una red social real que conecte efectivamente a la salud, la educación y la familia.
- **¿Qué recursos humanos, materiales o económicos considera insuficientes en la implementación de las políticas públicas para la prevención del suicidio adolescente?** La falta de recursos es evidente; los programas actuales carecen de la sostenibilidad necesaria para trascender la coyuntura.
- **¿Cuál es la participación de las instituciones educativas y de salud en la implementación de estas políticas y programas?** La participación está fracturada. La escuela identifica, pero el sistema no responde en conjunto, dejando al adolescente sin un soporte integral.
- **¿Cómo se lleva a cabo la coordinación entre las diferentes instituciones para abordar el suicidio adolescente?** La coordinación falla. Existe una desconexión total que impide que la atención sea una verdadera red de cuidado.

2. Percepciones y experiencias de los actores clave

- **Desde su perspectiva, ¿cuáles son los principales desafíos que enfrenta la comunidad educativa para prevenir el suicidio adolescente?** La dificultad de acceso a servicios de salud por las grandes distancias en la zona rural, lo cual aumenta la vulnerabilidad del adolescente.

- **¿Ha notado algún cambio significativo en las actitudes de los adolescentes hacia la salud mental y la prevención del suicidio en los últimos años?** (El entrevistado enfatiza que el riesgo está intrínsecamente ligado al estrés constante que viven las familias).
- **¿Qué aspectos sociales o familiares considera que influyen en el aumento de los intentos de suicidio adolescente en Tame?** El suicidio tiene causas sociales claras: la pobreza y la falta de oportunidades marcan el riesgo. Ese estrés constante afecta directamente la salud emocional del menor.
- **¿Cuál ha sido su experiencia trabajando con adolescentes en riesgo de suicidio?** He visto cómo la falta de una red social de apoyo impide el seguimiento integral, dejando al adolescente solo frente a su crisis.
- **¿Qué medidas cree que serían más adecuadas para prevenir el suicidio adolescente a nivel comunitario?** Fortalecer el tejido familiar y asegurar que la presencia institucional llegue al campo, no solo a la oficina.

3. Evaluación de la efectividad de los programas

- **En su opinión, ¿cuáles han sido los resultados más positivos de los programas de prevención del suicidio adolescente implementados hasta ahora?** No hay resultados positivos estructurales; la falta de pertinencia territorial limita cualquier avance.
- **¿Ha habido evaluaciones de impacto sobre la efectividad de estos programas?** No existen evaluaciones que demuestren un impacto real.

- **¿Qué mecanismos de seguimiento existen para evaluar el progreso de los programas de prevención?** No existen mecanismos que permitan un seguimiento real entre instituciones.
- **¿Cómo se mide el éxito de los programas implementados?** El éxito actual es inexistente porque no se considera la realidad rural ni la vida cotidiana de las familias.

4. Propuestas de mejora

- **¿Qué cambios propondría para mejorar las políticas públicas y los programas de prevención del suicidio adolescente en Tame?** Que las soluciones nazcan de la realidad del municipio, evitando copiar modelos urbanos que no aplican a nuestra ruralidad.
- **¿Cómo podrían las instituciones educativas involucrarse más activamente en la prevención del suicidio adolescente?** Siendo parte de una red que realmente conecte con la salud y la familia, en lugar de actuar en solitario.
- **¿Qué papel considera que deben asumir las familias en la prevención del suicidio adolescente?** Las familias deben asumir un rol activo, pero para eso necesitan el apoyo y la guía del Estado.
- **¿Qué sugerencias tiene para fortalecer la colaboración entre las instituciones educativas, las autoridades locales, el sector salud y las familias en este proceso?** La colaboración debe ser horizontal; necesitamos romper el aislamiento institucional para salvar vidas.

5. Cuestiones emergentes

- **¿Desea agregar algún aspecto que no haya sido abordado en esta entrevista y que considere importante para comprender o mejorar la prevención del suicidio adolescente en**

Tame, Arauca? El Estado debe garantizar que los servicios lleguen al campo; la prevención efectiva requiere trabajo de campo, no solo de escritorio.

Observaciones del entrevistador: El trabajador social subraya la relación directa entre las condiciones socioeconómicas (pobreza, ruralidad) y la salud mental. Se identifica una brecha significativa en la "pertinencia territorial" de las políticas actuales y se aboga por un modelo que privilegie la conexión comunitaria sobre el cumplimiento burocrático.

Funcionario 1

1. Políticas públicas y programas existentes

- **¿Cuáles son las políticas públicas implementadas en Tame, Arauca, para la prevención del suicidio adolescente?** Se aplican los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, aunque el principal desafío ha sido trasladar estas metas nacionales a la realidad territorial, donde las particularidades de Tame a menudo son ignoradas por el diseño centralizado.
- **¿Cómo considera que las políticas públicas actuales han abordado la problemática del suicidio adolescente en la región?** De manera formalista. Existe un cumplimiento estricto de los protocolos administrativos, pero esto ignora las realidades sociales locales, resultando en políticas que no generan un impacto real en la reducción de conductas suicidas.
- **¿Qué programas de prevención del suicidio adolescente se han implementado en las instituciones educativas de Tame?** La oferta es dispersa y carece de estructuración a largo plazo; muchos programas dependen de presupuestos temporales, impidiendo la continuidad necesaria para su efectividad.

- **¿Qué cambios considera necesarios en los programas actuales para mejorar su efectividad?** Es urgente pasar de un modelo de "cumplimiento administrativo" a uno de "gestión orientada a resultados", ajustando la normativa a la realidad presupuestal y territorial.
- **¿Qué recursos humanos, materiales o económicos considera insuficientes en la implementación de las políticas públicas?** La carencia de recursos sostenibles es crítica, sumado a la falta de un sistema de datos unificados entre la Secretaría de Salud y la UAESA, lo que complica la toma de decisiones basada en evidencia.
- **¿Cuál es la participación de las instituciones educativas y de salud en la implementación de estas políticas y programas?** La participación es fragmentada. Actualmente, cada institución opera de forma aislada, sin una visión estratégica común.
- **¿Cómo se lleva a cabo la coordinación entre las diferentes instituciones para abordar el suicidio adolescente?** La coordinación es deficiente y lenta; existe una desconexión crítica entre sectores que impide la consolidación de una red intersectorial efectiva.

2. Percepciones y experiencias de los actores clave

- **Desde su perspectiva, ¿cuáles son los principales desafíos que enfrenta la comunidad educativa para prevenir el suicidio adolescente?** La falta de formación técnica del personal para responder ante las alertas tempranas y la ausencia de una red de apoyo externa que sea rápida y eficaz.
- **¿Ha notado algún cambio significativo en las actitudes de los adolescentes hacia la salud mental y la prevención del suicidio en los últimos años?** Los adolescentes muestran una

apertura mayor para hablar de su salud mental, pero el sistema no ha logrado crear los espacios de recepción adecuados para atender esa demanda.

- **¿Qué aspectos sociales o familiares considera que influyen en el aumento de los intentos de suicidio adolescente en Tame?** Las tensiones sociales, la escasez de oportunidades y un estrés familiar persistente son factores que la gestión institucional actual no ha logrado mitigar.
- **¿Cuál ha sido su experiencia trabajando con adolescentes en riesgo de suicidio?** Está marcada por la limitación institucional; la burocracia actúa como un freno constante, impidiendo una respuesta diferenciada y ágil.
- **¿Qué medidas cree que serían más adecuadas para prevenir el suicidio adolescente a nivel comunitario?** Implementar un modelo que abandone la oficina y se instale en el campo, con un enfoque territorial que entienda y se adapte a nuestra ruralidad.

3. Evaluación de la efectividad de los programas

- **En su opinión, ¿cuáles han sido los resultados más positivos de los programas de prevención del suicidio adolescente implementados hasta ahora?** La gestión actual ha priorizado la notificación epidemiológica por encima de la prevención, lo que impide resultados positivos estructurales.
- **¿Ha habido evaluaciones de impacto sobre la efectividad de estos programas?** No existen evaluaciones de impacto; las mediciones se reducen a cifras de eventos, lo cual es técnicamente insuficiente.

- **¿Qué mecanismos de seguimiento existen para evaluar el progreso de los programas de prevención?** Existe una dependencia excesiva del SIVIGILA, herramienta que sirve para registrar el evento pero no para evaluar el bienestar o el progreso en salud mental.
- **¿Cómo se mide el éxito de los programas implementados?** Erróneamente mediante la notificación; se requiere cambiar este enfoque hacia indicadores de bienestar y acompañamiento constante.

4. Propuestas de mejora

- **¿Qué cambios propondría para mejorar las políticas públicas y los programas de prevención del suicidio adolescente en Tame?** El desarrollo de un modelo de intervención integral que cuente con presupuesto propio garantizado y esté adaptado a las condiciones locales.
- **¿Cómo podrían las instituciones educativas involucrarse más activamente en la prevención del suicidio adolescente?** Integrándose formalmente en una mesa de trabajo permanente con el sector salud, donde reciban formación técnica continua.
- **¿Qué papel considera que deben asumir las familias en la prevención del suicidio adolescente?** Deben ser el primer anillo de contención, pero bajo un rol activo y no solo informativo, articulado con el Estado.
- **¿Qué sugerencias tiene para fortalecer la colaboración entre las instituciones educativas, las autoridades locales, el sector salud y las familias en este proceso?** Promover la colaboración horizontal, rompiendo el aislamiento institucional para construir un entorno protector basado en el compromiso compartido.

5. Cuestiones emergentes

- **¿Desea agregar algún aspecto que no haya sido abordado en esta entrevista y que considere importante para comprender o mejorar la prevención del suicidio adolescente en Tame, Arauca?** Es vital transformar la vigilancia epidemiológica en una herramienta de prevención activa y no solo reactiva, convirtiendo el dato en una acción comunitaria que proteja al adolescente antes de la crisis.

Observaciones del entrevistador: El funcionario de planeación reconoce una tensión estructural entre la normativa nacional (centralizada) y la capacidad de ejecución local. Existe consenso sobre la necesidad de superar el modelo reactivo (atención post-tragedia) hacia uno de gestión territorial, articulado y orientado a resultados de bienestar, admitiendo carencias profundas en recursos y coordinación.

Funcionario 2

1. Políticas públicas y programas existentes

- **¿Cuáles son las políticas públicas implementadas en Tame, Arauca, para la prevención del suicidio adolescente?** La operatividad se centra estrictamente en la notificación obligatoria a través del SIVIGILA. No existen programas de prevención paralelos que actúen de manera anticipada; todo el sistema gira en torno al reporte del evento ocurrido.
- **¿Cómo considera que las políticas públicas actuales han abordado la problemática del suicidio adolescente en la región?** Con un enfoque reactivo. Las instituciones esperan a que la tragedia ocurra para activar protocolos, lo cual es una falla estructural de diseño en la política de salud mental regional.

- **¿Qué programas de prevención del suicidio adolescente se han implementado en las instituciones educativas de Tame?** La intervención es mínima. Se depende de programas educativos externos que no tienen continuidad y no están integrados con la vigilancia epidemiológica local.
- **¿Qué cambios considera necesarios en los programas actuales para mejorar su efectividad?** Es indispensable desvincular la prevención de la simple estadística. Los programas deben pasar de ser informativos a ser de acompañamiento psicosocial permanente.
- **¿Qué recursos humanos, materiales o económicos considera insuficientes en la implementación de las políticas públicas?** Hay una carencia grave de personal especializado en campo. La vigilancia epidemiológica, como está configurada, no tiene presupuesto para labores de prevención directa, solo para gestión de datos.
- **¿Cuál es la participación de las instituciones educativas y de salud en la implementación de estas políticas y programas?** Están desconectadas. La institución educativa es un mero canal de información que envía el dato al sector salud, sin recibir retroalimentación ni herramientas para actuar.
- **¿Cómo se lleva a cabo la coordinación entre las diferentes instituciones para abordar el suicidio adolescente?** Es inexistente en la práctica. La coordinación se limita a formatos de remisión de pacientes, no a una red de trabajo colaborativo.

2. Percepciones y experiencias de los actores clave

- **Desde su perspectiva, ¿cuáles son los principales desafíos que enfrenta la comunidad educativa para prevenir el suicidio adolescente?** El principal desafío es el estigma social.

Muchas instituciones educativas temen reportar casos por miedo a las consecuencias reputacionales, lo que oculta la verdadera magnitud del problema.

- **¿Ha notado algún cambio significativo en las actitudes de los adolescentes hacia la salud mental y la prevención del suicidio en los últimos años?** Aunque existe una mayor apertura de los jóvenes para hablar, las instituciones no tienen la capacidad técnica para procesar esa apertura, dejando al joven sin respuesta.
- **¿Qué aspectos sociales o familiares considera que influyen en el aumento de los intentos de suicidio adolescente en Tame?** El aislamiento geográfico y la desintegración familiar. La falta de un tejido social protector es el mayor detonante que el sistema de salud no logra intervenir.
- **¿Cuál ha sido su experiencia trabajando con adolescentes en riesgo de suicidio?** Es una experiencia de "gestión de crisis". Trabajamos apagando incendios en lugar de construir estructuras preventivas; es frustrante ver que el sistema siempre llega tarde.
- **¿Qué medidas cree que serían más adecuadas para prevenir el suicidio adolescente a nivel comunitario?** La descentralización. Debemos sacar la salud mental de los hospitales y llevarla a los entornos donde viven y estudian los jóvenes.

3. Evaluación de la efectividad de los programas

- **En su opinión, ¿cuáles han sido los resultados más positivos de los programas de prevención del suicidio adolescente implementados hasta ahora?** Más que positivos, han sido informativos. Hemos logrado visibilizar la magnitud del problema a través de los datos, aunque esto no se haya traducido en bienestar.

- **¿Ha habido evaluaciones de impacto sobre la efectividad de estos programas?** No. La evaluación se confunde con la notificación; si hay más reportes, se cree erróneamente que "se está trabajando mejor", cuando en realidad es un aumento de riesgo.
- **¿Qué mecanismos de seguimiento existen para evaluar el progreso de los programas de prevención?** No hay un seguimiento de cohortes o de casos a largo plazo. Una vez el paciente ingresa al SIVIGILA, se pierde su rastro en el sistema comunitario.
- **¿Cómo se mide el éxito de los programas implementados?** Actualmente no hay indicadores de éxito basados en resultados de salud. El éxito debería medirse en la reducción de intentos y en el acceso oportuno a servicios, no en cuántos casos reportamos.

4. Propuestas de mejora

- **¿Qué cambios propondría para mejorar las políticas públicas y los programas de prevención del suicidio adolescente en Tame?** La creación de un centro de atención integral local que cuente con equipo multidisciplinario permanente, fuera del hospital.
- **¿Cómo podrían las instituciones educativas involucrarse más activamente en la prevención del suicidio adolescente?** Convirtiendo a los orientadores escolares en agentes de enlace directo con Salud Mental, con autonomía y presupuesto para actuar.
- **¿Qué papel considera que deben asumir las familias en la prevención del suicidio adolescente?** Deben ser capacitadas como "primeros respondientes". La familia debe ser el filtro inicial de detección.

- **¿Qué sugerencias tiene para fortalecer la colaboración entre las instituciones educativas, las autoridades locales, el sector salud y las familias en este proceso?** Crear una mesa intersectorial de salud mental con capacidad de decisión vinculante, no solo de consulta.

5. Cuestiones emergentes

- **¿Desea agregar algún aspecto que no haya sido abordado en esta entrevista y que considere importante para comprender o mejorar la prevención del suicidio adolescente en Tame, Arauca?** Es necesario entender que la vigilancia epidemiológica debe dejar de ser una herramienta de registro para convertirse en una herramienta de alerta temprana que dispare acciones de protección inmediatas.

Observaciones del entrevistador: El funcionario de vigilancia epidemiológica evidencia una profunda frustración técnica. Existe una tensión clara entre la utilidad estadística del SIVIGILA y la incapacidad de esta para prevenir el riesgo. Su perspectiva subraya que, aunque los datos existen, la política pública es incapaz de convertirlos en una estrategia preventiva, lo que perpetúa un ciclo de reacción ante el suicidio consumado o el intento, más que una verdadera mitigación.

Funcionario 3

1. Políticas públicas y programas existentes

- **¿Cuáles son las políticas públicas implementadas en Tame, Arauca, para la prevención del suicidio adolescente?** Actualmente, la implementación se encuentra atomizada; cada institución opera bajo sus propios lineamientos, lo que debilita una visión común de salud mental en el municipio.

- **¿Cómo considera que las políticas públicas actuales han abordado la problemática del suicidio adolescente en la región?** De forma insuficiente, ya que se carece de una estrategia que logre articular los esfuerzos sectoriales; los programas existentes suelen ser coyunturales y no estructurales.
- **¿Qué programas de prevención del suicidio adolescente se han implementado en las instituciones educativas de Tame?** La oferta es precaria y depende excesivamente de la voluntad política temporal, lo que impide la consolidación de un programa educativo de salud mental sostenible.
- **¿Qué cambios considera necesarios en los programas actuales para mejorar su efectividad?** Se requiere migrar hacia un sistema de gestión basado en metas de bienestar intersectoriales, con financiación garantizada que no dependa de los periodos administrativos.
- **¿Qué recursos humanos, materiales o económicos considera insuficientes en la implementación de las políticas públicas?** Existe un déficit crónico de personal especializado y una falta de redes de apoyo que conecten efectivamente el sector salud con el educativo.
- **¿Cuál es la participación de las instituciones educativas y de salud en la implementación de estas políticas y programas?** La participación actual es fragmentada; las instituciones actúan en silos, lo cual impide una respuesta integral al riesgo suicida.
- **¿Cómo se lleva a cabo la coordinación entre las diferentes instituciones para abordar el suicidio adolescente?** La coordinación es deficiente y lenta, caracterizada por una desconexión operativa que fractura la atención del adolescente en crisis.

2. Percepciones y experiencias de los actores clave

- **Desde su perspectiva, ¿cuáles son los principales desafíos que enfrenta la comunidad educativa para prevenir el suicidio adolescente?** El personal docente no cuenta con la formación técnica necesaria para actuar como primer respondiente frente a alertas de riesgo suicida.
- **¿Ha notado algún cambio significativo en las actitudes de los adolescentes hacia la salud mental y la prevención del suicidio en los últimos años?** Los jóvenes demuestran una mayor disposición a expresar sus dificultades, pero el sistema actual no posee la capacidad de respuesta ni los espacios para acoger esa demanda.
- **¿Qué aspectos sociales o familiares considera que influyen en el aumento de los intentos de suicidio adolescente en Tame?** Las tensiones económicas, la falta de expectativas de vida y el estrés constante en el núcleo familiar son determinantes sociales que el sistema de salud actual no logra abordar.
- **¿Cuál ha sido su experiencia trabajando con adolescentes en riesgo de suicidio?** Es una experiencia de limitación burocrática; la capacidad de acompañamiento efectivo se ve truncada por la falta de un enfoque diferencial territorial.
- **¿Qué medidas cree que serían más adecuadas para prevenir el suicidio adolescente a nivel comunitario?** Desarrollar una estrategia de salud mental comunitaria que llegue al territorio y no espere a que el adolescente llegue al hospital.

3. Evaluación de la efectividad de los programas

- **En su opinión, ¿cuáles han sido los resultados más positivos de los programas de prevención del suicidio adolescente implementados hasta ahora?** La falta de pertinencia

territorial de los programas ha impedido alcanzar resultados positivos que se traduzcan en una disminución real de riesgos.

- **¿Ha habido evaluaciones de impacto sobre la efectividad de estos programas?** No existen evaluaciones de impacto; el seguimiento se limita a informes administrativos que no reflejan el cambio en el bienestar del adolescente.
- **¿Qué mecanismos de seguimiento existen para evaluar el progreso de los programas de prevención?** Los mecanismos son prácticamente inexistentes o se reducen a indicadores de cumplimiento formal sin seguimiento clínico o social.
- **¿Cómo se mide el éxito de los programas implementados?** El éxito se mide de forma errónea a través del cumplimiento de metas administrativas, ignorando indicadores cualitativos de salud mental.

4. Propuestas de mejora

- **¿Qué cambios propondría para mejorar las políticas públicas y los programas de prevención del suicidio adolescente en Tame?** La institucionalización de un modelo de intervención integral que cuente con presupuesto propio y un enfoque adaptado a la ruralidad.
- **¿Cómo podrían las instituciones educativas involucrarse más activamente en la prevención del suicidio adolescente?** Mediante la conformación de una mesa de trabajo permanente e intersectorial, recibiendo capacitación continua y técnica.

- **¿Qué papel considera que deben asumir las familias en la prevención del suicidio adolescente?** Las familias deben ser el primer anillo de contención, asumiendo un rol activo con el acompañamiento y guía del Estado.
- **¿Qué sugerencias tiene para fortalecer la colaboración entre las instituciones educativas, las autoridades locales, el sector salud y las familias en este proceso?** Promover una colaboración horizontal que rompa el aislamiento institucional y fomente un entorno protector compartido.

5. Cuestiones emergentes

- **¿Desea agregar algún aspecto que no haya sido abordado en esta entrevista y que considere importante para comprender o mejorar la prevención del suicidio adolescente en Tame, Arauca?** Es fundamental transformar el enfoque hacia una intervención integral que trascienda la oficina y se instale de forma permanente en la comunidad.

Observaciones del entrevistador: El coordinador enfatiza que el principal obstáculo no es la falta de voluntad, sino la fragmentación institucional. Existe una necesidad imperativa de migrar hacia un modelo de gestión que privilegie la colaboración horizontal y la sostenibilidad presupuestal, superando el aislamiento actual que deja desprotegidos a los adolescentes.

Familia 1

1. Políticas públicas y programas existentes

- **¿Cuáles son las políticas públicas implementadas en Tame, Arauca, para la prevención del suicidio adolescente?** Desconozco totalmente la existencia de una política pública; para nosotros, como familia, esas son palabras que no bajan a la realidad de lo que vivimos en casa.
- **¿Cómo considera que las políticas públicas actuales han abordado la problemática del suicidio adolescente en la región?** Se siente abandono. Las instituciones solo aparecen cuando ya pasó la tragedia o cuando hay un intento grave; antes de eso, nadie nos visita ni nos orienta.
- **¿Qué programas de prevención del suicidio adolescente se han implementado en las instituciones educativas de Tame?** No hemos visto programas claros. La comunicación con el colegio es solo para hablar de notas o de mal comportamiento, nunca para hablar de la salud mental de nuestro hijo.
- **¿Qué cambios considera necesarios en los programas actuales para mejorar su efectividad?** Necesitamos que nos guíen. Como padres, a veces no sabemos qué hacer y en lugar de ayuda, sentimos que nos juzgan.
- **¿Qué recursos humanos, materiales o económicos considera insuficientes en la implementación de las políticas públicas?** El acceso a los servicios de salud es muy difícil. Las citas con psicología se demoran meses; cuando llega la cita, el problema ya es mucho peor.
- **¿Cuál es la participación de las instituciones educativas y de salud en la implementación de estas políticas y programas?** Es como si se tiraran la pelota. El colegio dice que es tema de salud, salud dice que es tema de familia, y al final, el adolescente sigue igual.

- **¿Cómo se lleva a cabo la coordinación entre las diferentes instituciones para abordar el suicidio adolescente?** No hay coordinación. Cada uno trabaja por su lado y nosotros estamos en medio, sin saber a quién acudir.

2. Percepciones y experiencias de los actores clave

- **Desde su perspectiva, ¿cuáles son los principales desafíos que enfrenta la comunidad educativa para prevenir el suicidio adolescente?** El miedo. A veces los colegios no quieren aceptar que hay problemas de salud mental por miedo a la mala fama, y eso impide pedir ayuda a tiempo.
- **¿Ha notado algún cambio significativo en las actitudes de los adolescentes hacia la salud mental y la prevención del suicidio en los últimos años?** Ellos se encierran. Mi hijo no habla, y nosotros, por falta de conocimiento o de tiempo por el trabajo, no tenemos las herramientas para sacarle el dolor que siente.
- **¿Qué aspectos sociales o familiares considera que influyen en el aumento de los intentos de suicidio adolescente en Tame?** La falta de oportunidades y el estrés. Uno como padre vive trabajando para comer, y a veces se nos olvida estar presentes, o peor, los muchachos sienten que no tienen futuro aquí.
- **¿Cuál ha sido su experiencia trabajando con adolescentes en riesgo de suicidio?** Es frustrante. Uno siente que toca puertas y se cierran. La respuesta del sistema siempre es "tenga paciencia" o "espere la cita", y uno no puede tener paciencia cuando la vida de un hijo está en peligro.

- **¿Qué medidas cree que serían más adecuadas para prevenir el suicidio adolescente a nivel comunitario?** Que las autoridades salgan a las calles, que vayan a las casas, que escuchen. No que nos citen a una oficina, sino que vean dónde vivimos.

3. Evaluación de la efectividad de los programas

- **En su opinión, ¿cuáles han sido los resultados más positivos de los programas de prevención del suicidio adolescente implementados hasta ahora?** No he visto resultados positivos. Todo se queda en papel, en reuniones que no cambian nuestra situación diaria.
- **¿Ha habido evaluaciones de impacto sobre la efectividad de estos programas?** No tengo conocimiento de ninguna evaluación; solo sé que la problemática sigue igual o peor.
- **¿Qué mecanismos de seguimiento existen para evaluar el progreso de los programas de prevención?** Ninguno. Una vez pasa la crisis, parece que para el sistema el caso ya se cerró.
- **¿Cómo se mide el éxito de los programas implementados?** Para mí, el éxito sería ver a mi hijo bien, tranquilo, con acompañamiento constante, no solo cuando hay una crisis.

4. Propuestas de mejora

- **¿Qué cambios propondría para mejorar las políticas públicas y los programas de prevención del suicidio adolescente en Tame?** Que la prevención sea un equipo real: el médico, el profesor y nosotros como familia, hablando el mismo idioma.
- **¿Cómo podrían las instituciones educativas involucrarse más activamente en la prevención del suicidio adolescente?** Llamando a las familias a reuniones de apoyo, no solo para quejarse de las notas. Que nos enseñen cómo estar pendientes.

- **¿Qué papel considera que deben asumir las familias en la prevención del suicidio adolescente?** Estamos listos para hacer nuestra parte, pero necesitamos que no nos vean como el problema, sino como parte de la solución.
- **¿Qué sugerencias tiene para fortalecer la colaboración entre las instituciones educativas, las autoridades locales, el sector salud y las familias en este proceso?** Que se creen espacios de confianza. Si no hay confianza, ninguna ley o política va a funcionar.

5. Cuestiones emergentes

- **¿Desea agregar algún aspecto que no haya sido abordado en esta entrevista y que considere importante para comprender o mejorar la prevención del suicidio adolescente en Tame, Arauca?** Pido humanidad. Que el sistema deje de vernos como un número o un expediente y nos vea como personas que están sufriendo y necesitan ser escuchadas de verdad.

Observaciones del entrevistador: La familia entrevistada manifiesta una profunda sensación de desprotección institucional. Se percibe una brecha significativa entre la narrativa oficial de "programas de salud mental" y la realidad vivida, donde el sistema es visto como un ente burocrático, lento y juzgador, en lugar de un soporte preventivo. Es evidente que la desarticulación entre escuela, salud y hogar genera un vacío donde el adolescente queda en una posición de vulnerabilidad extrema.

Familia 2

1. Políticas públicas y programas existentes

- **¿Cuáles son las políticas públicas implementadas en Tame, Arauca, para la prevención del suicidio adolescente?** Para nosotros en el campo, eso no existe. No sabemos nada de leyes o políticas; el Estado es alguien que no llega hasta nuestra vereda.
- **¿Cómo considera que las políticas públicas actuales han abordado la problemática del suicidio adolescente en la región?** El abordaje es inexistente. Cuando un muchacho tiene problemas aquí, nos toca solos, porque bajar hasta el hospital del pueblo es costoso y toma tiempo que no tenemos.
- **¿Qué programas de prevención del suicidio adolescente se han implementado en las instituciones educativas de Tame?** En la escuela rural de los niños no llega ningún programa. Los profesores hacen lo que pueden, pero no tienen el apoyo de profesionales de salud.
- **¿Qué cambios considera necesarios en los programas actuales para mejorar su efectividad?** Que salgan de las oficinas. Necesitamos que los equipos de salud vengan a las veredas y no esperar a que la crisis explote para que el hospital nos atienda.
- **¿Qué recursos humanos, materiales o económicos considera insuficientes en la implementación de las políticas públicas?** Todo es insuficiente. No hay transporte, no hay médico cerca y mucho menos psicólogo. El campo está olvidado en estos temas de salud mental.

- **¿Cuál es la participación de las instituciones educativas y de salud en la implementación de estas políticas y programas?** Cero. La escuela y el centro de salud parecen estar en mundos diferentes, y nosotros quedamos en la mitad, sin saber qué hacer.
- **¿Cómo se lleva a cabo la coordinación entre las diferentes instituciones para abordar el suicidio adolescente?** No hay coordinación. Si uno necesita ayuda, tiene que empezar a tocar puertas y rezar para que alguien atienda, pero nadie se habla entre ellos.

2. Percepciones y experiencias de los actores clave

- **Desde su perspectiva, ¿cuáles son los principales desafíos que enfrenta la comunidad educativa para prevenir el suicidio adolescente?** La distancia. Los muchachos se sienten solos y aislados en la finca, y el colegio, aunque es un refugio, no tiene capacidad de atender crisis profundas.
- **¿Ha notado algún cambio significativo en las actitudes de los adolescentes hacia la salud mental y la prevención del suicidio en los últimos años?** Los jóvenes hoy son más reservados. Antes, en el campo, uno sabía todo de sus hijos, pero ahora el aislamiento y la falta de futuro los hace callar sus dolores.
- **¿Qué aspectos sociales o familiares considera que influyen en el aumento de los intentos de suicidio adolescente en Tame?** La falta de horizontes. Muchos jóvenes ven que en el campo no hay futuro y se desesperan; esa tristeza pesa más que cualquier otra cosa.
- **¿Cuál ha sido su experiencia trabajando con adolescentes en riesgo de suicidio?** Es una desesperación constante. Uno ve las señales, pero no tiene a quién llamar que realmente le dé una solución rápida.

- **¿Qué medidas cree que serían más adecuadas para prevenir el suicidio adolescente a nivel comunitario?** Brigadas de salud mental que recorran las veredas. Que el Estado se dé cuenta que Tame es grande y que en el campo también hay jóvenes que sufren.

3. Evaluación de la efectividad de los programas

- **En su opinión, ¿cuáles han sido los resultados más positivos de los programas de prevención del suicidio adolescente implementados hasta ahora?** No hay nada positivo que contar porque no hemos visto programas funcionando en nuestra realidad.
- **¿Ha habido evaluaciones de impacto sobre la efectividad de estos programas?** No conocemos evaluaciones. Para nosotros, el sistema sigue siendo el mismo: solo se acuerdan de uno cuando el problema ya es irreparable.
- **¿Qué mecanismos de seguimiento existen para evaluar el progreso de los programas de prevención?** Ninguno. El seguimiento es un lujo que no tenemos en el campo.
- **¿Cómo se mide el éxito de los programas implementados?** El éxito sería ver menos muchachos tristes y con menos ganas de hacerse daño, pero eso no se mide con papeles, se mide viendo a nuestros hijos vivir tranquilos.

4. Propuestas de mejora

- **¿Qué cambios propondría para mejorar las políticas públicas y los programas de prevención del suicidio adolescente en Tame?** Descentralizar todo. Que la salud mental no sea un servicio exclusivo para quien vive cerca del hospital central.

- **¿Cómo podrían las instituciones educativas involucrarse más activamente en la prevención del suicidio adolescente?** Siendo el enlace con las brigadas de salud. Que la escuela sea el puente, pero con un Estado que realmente atraviese ese puente.
- **¿Qué papel considera que deben asumir las familias en la prevención del suicidio adolescente?** Nosotros cuidamos, pero necesitamos que nos capaciten y nos den herramientas, porque a veces el amor no es suficiente cuando la enfermedad mental está presente.
- **¿Qué sugerencias tiene para fortalecer la colaboración entre las instituciones educativas, las autoridades locales, el sector salud y las familias en este proceso?** Unirnos. Que nos citen, que nos hablen claro y que no nos traten como si fuéramos ignorantes, sino como los principales interesados en salvar a nuestros muchachos.

5. Cuestiones emergentes

- **¿Desea agregar algún aspecto que no haya sido abordado en esta entrevista y que considere importante para comprender o mejorar la prevención del suicidio adolescente en Tame, Arauca?** Solo pido que nos miren a nosotros, los rurales. El suicidio en el campo es silencioso y duele igual o más que en el pueblo; necesitamos presencia, no promesas.

Observaciones del entrevistador: La entrevista con esta familia rural pone de manifiesto una brecha geográfica y social crítica. La percepción de abandono estatal es total, y se evidencia que las políticas públicas, tal como están diseñadas, son ineficaces para atender a las poblaciones dispersas. El clamor de la familia es por una institucionalidad móvil y presente, que reconozca las realidades del campo como parte integrante del municipio.

Familia 3

1. Políticas públicas y programas existentes

- **¿Cuáles son las políticas públicas implementadas en Tame, Arauca, para la prevención del suicidio adolescente?** Para nosotros no existen. Sabemos que hay leyes, pero en la práctica, las políticas públicas son invisibles; nunca nos han llegado con un programa de prevención a la puerta de nuestra casa.
- **¿Cómo considera que las políticas públicas actuales han abordado la problemática del suicidio adolescente en la región?** De manera reactiva. Sienten que el sistema solo se activa cuando el adolescente ya hizo el intento, pero nunca hubo una política que nos ayudara a evitar llegar a ese punto.
- **¿Qué programas de prevención del suicidio adolescente se han implementado en las instituciones educativas de Tame?** Los colegios hacen charlas aisladas, pero no es un programa continuo. Se siente como una actividad más de relleno que no llega a tocar el corazón del problema.
- **¿Qué cambios considera necesarios en los programas actuales para mejorar su efectividad?** Se requiere acompañamiento real. No necesitamos más charlas, necesitamos profesionales que nos den herramientas prácticas para manejar el día a día con nuestros hijos.
- **¿Qué recursos humanos, materiales o económicos considera insuficientes en la implementación de las políticas públicas?** La falta de especialistas es total. Tocar las puertas de la salud mental es un calvario de meses de espera por una cita que, al final, dura 15 minutos.

- **¿Cuál es la participación de las instituciones educativas y de salud en la implementación de estas políticas y programas?** Es nula. Cuando buscamos ayuda en el colegio, nos dicen que es salud; cuando vamos a salud, nos dicen que es un tema escolar. Estamos rebotando de un lado a otro.
- **¿Cómo se lleva a cabo la coordinación entre las diferentes instituciones para abordar el suicidio adolescente?** La coordinación es un mito. Cada entidad protege su responsabilidad administrativa, pero ninguna protege la integridad del adolescente.

2. Percepciones y experiencias de los actores clave

- **Desde su perspectiva, ¿cuáles son los principales desafíos que enfrenta la comunidad educativa para prevenir el suicidio adolescente?** El estigma. A los padres nos da vergüenza reconocer que nuestro hijo tiene problemas de salud mental por miedo a que los vecinos o el colegio lo etiqueten de "loco".
- **¿Ha notado algún cambio significativo en las actitudes de los adolescentes hacia la salud mental y la prevención del suicidio en los últimos años?** Los muchachos están más solos con sus pantallas. Se aíslan y es muy difícil detectar cuándo ese aislamiento es un riesgo real.
- **¿Qué aspectos sociales o familiares considera que influyen en el aumento de los intentos de suicidio adolescente en Tame?** La falta de espacios de recreación y de diálogo. Muchos jóvenes no tienen nada que hacer y se sienten perdidos en un pueblo que no les ofrece futuro.
- **¿Cuál ha sido su experiencia trabajando con adolescentes en riesgo de suicidio?** Muy dolorosa. Hemos tenido que luchar contra un sistema que parece sordo. Sientes que la vida de tu hijo no es una prioridad para quien debe atenderlo.

- **¿Qué medidas cree que serían más adecuadas para prevenir el suicidio adolescente a nivel comunitario?** Crear redes de apoyo entre padres. Que nos reunamos quienes pasamos por lo mismo para no sentirnos tan solos en esta carga.

3. Evaluación de la efectividad de los programas

- **En su opinión, ¿cuáles han sido los resultados más positivos de los programas de prevención del suicidio adolescente implementados hasta ahora?** No hay resultados. Todo se reduce a "protocolos", pero en la realidad, el riesgo sigue ahí, latente.
- **¿Ha habido evaluaciones de impacto sobre la efectividad de estos programas?** Si las ha habido, nunca se nos ha informado a nosotros, que somos los principales afectados.
- **¿Qué mecanismos de seguimiento existen para evaluar el progreso de los programas de prevención?** No hay seguimiento. El sistema nos abandona apenas el adolescente es dado de alta de urgencias.
- **¿Cómo se mide el éxito de los programas implementados?** El éxito no se mide con números; el éxito sería ver a nuestro hijo con ganas de vivir, y eso no lo miden las instituciones.

4. Propuestas de mejora

- **¿Qué cambios propondría para mejorar las políticas públicas y los programas de prevención del suicidio adolescente en Tame?** Que se creen líneas de atención directa y efectiva. Que no tengamos que esperar meses por una atención que debe ser inmediata.

- **¿Cómo podrían las instituciones educativas involucrarse más activamente en la prevención del suicidio adolescente?** Teniendo psicólogos de planta que realmente conozcan a los estudiantes y no solo que aparezcan cuando ocurre una crisis.
- **¿Qué papel considera que deben asumir las familias en la prevención del suicidio adolescente?** Debemos ser la base, pero el Estado debe dejarnos de ver como el problema y empezar a vernos como aliados que necesitan ayuda.
- **¿Qué sugerencias tiene para fortalecer la colaboración entre las instituciones educativas, las autoridades locales, el sector salud y las familias en este proceso?** Que exista una mesa de diálogo real. Queremos ser escuchados, no que nos den órdenes sobre cómo debemos criar a nuestros hijos.

5. Cuestiones emergentes

- **¿Desea agregar algún aspecto que no haya sido abordado en esta entrevista y que considere importante para comprender o mejorar la prevención del suicidio adolescente en Tame, Arauca?** La salud mental es un derecho, no un favor. Pedimos que se deje de tratar el suicidio como un tabú y se le dé la seriedad que tiene la vida de nuestros hijos.

Observaciones del entrevistador: Esta familia resalta la frustración causada por el "sistema de rebotar responsabilidades" entre sectores (educación vs. salud). Existe una fuerte crítica hacia la burocracia que impide la atención oportuna y un llamado urgente a superar el estigma social. Se observa que la falta de un seguimiento post-crisis es percibida por los padres como un abandono total del Estado, lo que agrava la vulnerabilidad familiar.

Familia 4

1. Políticas públicas y programas existentes

- **¿Cuáles son las políticas públicas implementadas en Tame, Arauca, para la prevención del suicidio adolescente?** La política pública es un concepto que solo suena en los medios. En la práctica, no sentimos que exista un plan que proteja a nuestros hijos; solo vemos reacciones ante el peligro extremo.
- **¿Cómo considera que las políticas públicas actuales han abordado la problemática del suicidio adolescente en la región?** Es un abordaje frío y mecánico. Tratan la vida de nuestros hijos como un dato más en una planilla de control, sin entender que detrás de cada caso hay una familia sufriendo.
- **¿Qué programas de prevención del suicidio adolescente se han implementado en las instituciones educativas de Tame?** Muy poco. Las charlas que hacen son generales, no profundizan y no sirven para alguien que realmente está pasando por una crisis profunda.
- **¿Qué cambios considera necesarios en los programas actuales para mejorar su efectividad?** Necesitamos ayuda constante. No sirve de nada una charla un día si al otro el muchacho se siente igual de solo; el acompañamiento debe ser permanente.
- **¿Qué recursos humanos, materiales o económicos considera insuficientes en la implementación de las políticas públicas?** La falta de especialistas es lo que más nos afecta. Parece que en Tame no hubiera psicólogos o psiquiatras suficientes para atender la demanda que hay.

- **¿Cuál es la participación de las instituciones educativas y de salud en la implementación de estas políticas y programas?** Cada una va por su lado. El colegio nos dice "llévelo al médico" y el médico nos dice "eso es problema de la casa o del colegio". Nunca se sientan a trabajar juntos por el adolescente.
- **¿Cómo se lleva a cabo la coordinación entre las diferentes instituciones para abordar el suicidio adolescente?** No hay coordinación. Como familia, nos sentimos solos en la gestión, moviendo papeles de un lugar a otro mientras el tiempo sigue pasando.

2. Percepciones y experiencias de los actores clave

- **Desde su perspectiva, ¿cuáles son los principales desafíos que enfrenta la comunidad educativa para prevenir el suicidio adolescente?** El tiempo. Los profesores tienen muchos alumnos y no tienen tiempo para notar quién está realmente mal. Se les pasa lo más importante por encima.
- **¿Ha notado algún cambio significativo en las actitudes de los adolescentes hacia la salud mental y la prevención del suicidio en los últimos años?** Los muchachos tienen miedo al qué dirán. Sienten que si piden ayuda, los van a marcar para siempre, y el sistema educativo no ha hecho nada para quitar ese estigma.
- **¿Qué aspectos sociales o familiares considera que influyen en el aumento de los intentos de suicidio adolescente en Tame?** La desesperanza. Ver que en el pueblo no hay futuro para ellos los lleva a la tristeza profunda. Si no hay esperanza, no hay ganas de vivir.

- **¿Cuál ha sido su experiencia trabajando con adolescentes en riesgo de suicidio?** Muy dura. Es vivir con el corazón en la mano, esperando que el sistema responda, y sentir que a las instituciones les falta rapidez y empatía.
- **¿Qué medidas cree que serían más adecuadas para prevenir el suicidio adolescente a nivel comunitario?** Espacios donde los jóvenes puedan hablar sin ser juzgados, fuera del ambiente rígido del colegio o del hospital.

3. Evaluación de la efectividad de los programas

- **En su opinión, ¿cuáles han sido los resultados más positivos de los programas de prevención del suicidio adolescente implementados hasta ahora?** Honestamente, ninguno. Si hubiera resultados positivos, no estaríamos viendo tantos casos como se ven hoy.
- **¿Ha habido evaluaciones de impacto sobre la efectividad de estos programas?** No nos han presentado nada. Sentimos que todo se hace a ojos cerrados, sin saber si funciona o no.
- **¿Qué mecanismos de seguimiento existen para evaluar el progreso de los programas de prevención?** Ninguno. Una vez pasa el susto, ya nadie vuelve a preguntar cómo sigue el joven.
- **¿Cómo se mide el éxito de los programas implementados?** El éxito debe medirse en la sonrisa y la estabilidad de nuestros hijos, algo que los papeles no logran ver.

4. Propuestas de mejora

- **¿Qué cambios propondría para mejorar las políticas públicas y los programas de prevención del suicidio adolescente en Tame?** Que se invierta en salud mental de verdad, con

profesionales que tengan el corazón puesto en su trabajo y que tengan tiempo para dedicarle a cada muchacho.

- **¿Cómo podrían las instituciones educativas involucrarse más activamente en la prevención del suicidio adolescente?** Siendo más humanos. Que se preocupen por el ser humano antes que por el estudiante.
- **¿Qué papel considera que deben asumir las familias en la prevención del suicidio adolescente?** Nosotros somos los ojos en casa, pero necesitamos una mano amiga que nos oriente y nos diga cómo actuar cuando no sabemos qué hacer.
- **¿Qué sugerencias tiene para fortalecer la colaboración entre las instituciones educativas, las autoridades locales, el sector salud y las familias en este proceso?** Que hagan mesas de trabajo donde nosotros estemos presentes. Que nos dejen hablar, porque nosotros somos los que vivimos el día a día.

5. Cuestiones emergentes

- **¿Desea agregar algún aspecto que no haya sido abordado en esta entrevista y que considere importante para comprender o mejorar la prevención del suicidio adolescente en Tame, Arauca?** Solo pido que esto no se quede en un estudio más. Queremos ver acciones, queremos ver que la vida de nuestros adolescentes en Tame le importa de verdad a quienes mandan.

Observaciones del entrevistador: La Familia 4 cierra la fase de recolección de datos reafirmando la tesis central: la "desconexión" y el "desamparo" son las experiencias comunes. Se evidencia una fatiga emocional acumulada y una desconfianza creciente hacia la capacidad de respuesta del Estado. El

llamado a la acción es contundente: menos burocracia, más presencia humana y un compromiso genuino con el bienestar de la juventud adolescente en Tame.