

**CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN COMUNIDADES INDÍGENAS DEL  
TERRITORIO COLOMBIANO. UNA REVISIÓN NARRATIVA**

Paula Lizeth González Díaz

Laura Mercedes Castro Torres

Tutor:

Nupan Criollo Heiman

Universidad El Bosque

Maestría en Salud Mental Comunitaria

Facultad de Enfermería

Bogotá D.C.

2024

## Planteamiento del problema

El consumo de sustancias psicoactivas en las comunidades indígenas colombianas ha demostrado un incremento significativo en los últimos diez años, esto en consecuencia a múltiples factores biopsicosociales prevalentes a lo largo del hito histórico del territorio colombiano. Diversos estudios desarrollados por autores interesados en esta temática, entre ellos Gutiérrez (2020), la cual afirma:

Varios estudios han demostrado que hay una mayor prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas entre los pueblos indígenas que entre la población general. Este fenómeno se ha atribuido al trauma histórico que han padecido estos pueblos debido a la opresión colonial, la discriminación y la pérdida de territorio; trauma que ha contribuido al deterioro de su salud mental y ha fomentado el abuso de sustancias psicoactivas. Esta situación no le es ajena a Colombia, donde la historia de opresión y violencia hacia la población indígena ha impactado negativamente en su salud mental (p.206)

Al tener en cuenta los antecedentes históricos y sociales de las comunidades indígenas, es de gran importancia recalcar la persistencia de relaciones sociales con dinámicas violentas ejercidas por expediciones de la conquista española y grupos armados al margen de la ley; consecuente a ello, se desencadenan grandes problemáticas sociales, entre ellas desplazamiento forzado, reclutamiento de menores a grupos armados, inequidad social, trabajo coaccionado en cultivos ilícitos e incremento de problemáticas en salud mental. Según la OMS (2014), se evidencian como factores de riesgo e incluso desencadenantes de problemas en salud mental vivir en extrema pobreza, exposición persistente a violencia generalizada y consumo de sustancias psicoactivas.

Respecto al consumo de sustancias psicoactivas, Vega (2015) afirma que la persistencia de este se correlaciona con procesos migratorios que involucran la adopción de nuevos mecanismos y dinámicas sociales que ocasionan la pérdida de su identidad cultural y costumbres ancestrales. A causa de ello, emplean el consumo de sustancias psicoactivas con objetivo específicamente recreativo, aprovechando así la accesibilidad económica a las mismas y el rol hedonista adherido por la cultura occidental. Al mismo tiempo, un estudio realizado en una institución universitaria de Medellín-Colombia en la cual concurren estudiantes provenientes de territorios indígenas, Mendoza (2015) destaca el aumento de cifras estadísticas en consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, tales como alcohol, cigarrillo, marihuana y cocaína; influenciados en gran parte por la etapa vital cursada en la adolescencia y adultes joven transcurrida generalmente en entornos universitarios, la cual implica la necesidad individual de adquirir nuevas experiencias socioculturales que brinden construcción a su identidad en función a la necesidad de pertenencia y aprobación social, lo cual, afirma Erikson (1950) le ayudará al individuo en la adaptación de nuevos roles o responsabilidades basando como pilar sus experiencias al construir su propia identidad. Es aquí generalmente donde gran parte de los individuos provenientes de territorios indígenas por medio de procesos adaptativos al mundo occidental ocasionan pérdidas en sus costumbres e identidades ancestrales.

Ante la problemática de consumo presentada en gran parte de los entornos y territorios colombianos, se evidencian abordajes pautados por medio de políticas en salud pública y estrategias comunitarias que conllevan en sí mismas el objetivo de garantizar protección a individuos y comunidades que incurran en el consumo

problemático de sustancias psicoactivas, instaurando por medio de intervenciones interdisciplinarias el restablecimiento de derechos, la reinserción social y la restauración de su integridad y dignidad. En el caso de las comunidades indígenas no se evidencia adherencia a estas intervenciones y políticas consecuente a la nula versatilidad de estas ante sus necesidades en salud mental; además es de gran importancia recalcar que las políticas son preestablecidas desde una perspectiva occidental, por ende, incurre en sesgos de aplicabilidad al no contar con ejes, actividades o estrategias con base a la interculturalidad y la cosmovisión de las comunidades ante el consumo de sustancias psicoactivas. Teniendo en cuenta lo anterior, el Departamento Nacional de Planeación (2020) afirma que:

Las Políticas Públicas, Planes, Programas y Proyectos son los instrumentos con los cuales se planea y se programa la ejecución de una estrategia para atacar una problemática o una necesidad. Una política pública puede conllevar a la formulación de planes, programas y/o proyectos, de acuerdo al instrumento de política acordado. (p.15)

Además de ello, agrega que durante el desarrollo de este procedimiento se deben pautar espacios propios de comunicación con las partes interesadas en abordar la necesidad sentida e identificada por la población, bien sea por temáticas a fines de sus competencias laborales y académicas o por pertenecer e incurrir en el interrogante a tratar; estructurando así mesas de trabajo. Partiendo de estas, el Departamento Nacional de Planeación (2020) afirma que: “Se debe describir la situación en cuanto a sus causas, ámbito de aplicación, actores, dinámica, consecuencias, alcance e impacto. Con la estructuración del problema se debe validar si el mismo puede ser gestionado como un

pacto territorial”, lo cual implica en este caso, ejecutar estudios etnográficos, antropológicos y estadísticos dando a conocer rasgos específicos de las comunidades, tales como cosmovisión, gobernanza, economía, población, determinantes sociales, necesidades en salud, etc. Sin embargo, en el año 2023 diversas cadenas de radio y televisión ejercen un puente comunicativo con comunidades indígenas en consecuencia a denuncias públicas de etnocidio estadístico por parte del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), a la cual le exigían restituir sus derechos luego de aplicar el Censo Nacional de Población sin tener en cuenta más de 526 resguardos indígenas a nivel nacional. Vladimir López (2023) quien hace parte de la autoridad ancestral, afirma en entrevista con Red+ Noticias lo siguiente: “Pedimos al Gobierno que pueda resarcir el daño tan grande que está haciendo a nuestras comunidades porque eso limita el acceso a muchos derechos a términos territoriales, sociales, económicos y políticos para todos los pueblos indígenas en Colombia”; además de ello, la Organización Nacional Indígena de Colombia-ONIC (2023) expresó por medio de un comunicado las repercusiones económicas preexistentes:

Lamentablemente, esta disminución poblacional se ha traducido en la reducción de recursos de la Asignación Especial del Sistema General de Participaciones para Resguardos Indígenas (AESGPRI), impactando negativamente en la calidad de vida y el bienestar de las poblaciones indígenas en todo el país.(p.2)

A causa de ello, se evidencian alteraciones en el aprovechamiento de recursos económicos e incremento estadístico ante rasgos poblacionales de pobreza y dificultades en la accesibilidad a servicios en salud, oportunidades académicas,

inversiones sectoriales, fortalecimiento de los resguardos indígenas, asistencia técnica, etc.

Teniendo en cuenta lo expuesto con anterioridad es de gran interés académico y profesional, indagar las dimensiones asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en las comunidades indígenas colombianas y a su vez, la conceptualización en salud mental que las mismas brindan a esta temática con base en su cosmovisión.

### **Antecedentes o estado de la cuestión**

Antes de dar inicio al desarrollo de nuestra investigación, es importante recalcar la dificultad académica presentada a partir de la poca disponibilidad de estudios en la literatura; además de ello, gran porcentaje de artículos o textos han sido interpretados desde un modelo médico hegemónico psiquiátrico occidental, haciendo uso de herramientas y documentos occidentales propios; manuales de diagnóstico clínico, encuestas nacionales en salud mental, políticas públicas en salud mental y estadísticas desarrolladas por entes gubernamentales (DANE). Teniendo en cuenta lo anterior, Chindicue y Castaño (2017) desarrollaron un estudio en individuos pertenecientes a comunidades indígenas del Cauca que asisten a un centro de tratamiento, en el cual refiere:

La muestra con 229 pacientes de 11 a 64 años, durante los años 2018-2020. El 83,4% (191) hombres con edad media de 17 años con una DE= 5,8 y mujeres 15,6 con una DE=3,4. El promedio de edad de inicio de consumo es 13,9 años una DE=2,57. El 96,6% (228) contaban con red de apoyo; en el 58,5% (134) se encontró disfuncionalidad familiar. Y el 53% (121) de los pacientes tenían antecedentes familiares de consumo de drogas y el 11% (25) antecedentes de enfermedades mentales. La sustancia de consumo inicial fue el alcohol con 58,5% (134), marihuana (33,6%) inhalantes (4,8%), 3,1% (7) cocaína. La sustancia de impacto fue la marihuana con 69,9% (160) y la cocaína (18,3%). El 69,5% consumía a diario y más de tres veces a la semana la sustancia de mayor impacto. Cumpliendo criterios del DSM 5 el 69,4% (159) tenían un TUS (p.12)

En este caso, podemos evidenciar que las sustancias de mayor impacto o consumo (coca y marihuana) son empleadas por las comunidades indígenas colombianas de manera habitual

con objetivos netamente espirituales, más no recreativos; por ello, es de gran importancia recalcar la presencia de dos perspectivas predominantes presentes en esta problemática: en primer lugar, la cosmovisión ancestral forjada por las autoridades espirituales de las comunidades, encaminadas al uso curativo y comunicativo de las plantas maestras; en segundo lugar, la perspectiva occidental ante el consumo problemático de sustancias psicoactivas con objeto recreativo que se correlaciona en su gran mayoría con temáticas de narcotráfico, microtráfico, violencia, desplazamiento forzado por parte de grupos armados, genocidios, masacres, inseguridad social e incurre generalmente en trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas, síndromes de abstinencia, consumo problemático de alcohol, etc.

Teniendo en cuenta lo anterior, el narcoterrorismo incurre en problemáticas de desplazamiento, trabajo en laboratorios clandestinos y reclutamiento de adolescentes; por ende, gran porcentaje de los individuos prefieren migrar a espacios ciudadanos en funcionalidad de adquirir estabilidad laboral, vivienda, educación y seguridad social. Al establecer este contacto cultural ancestral-occidental se generan múltiples procesos adaptativos ante temáticas económicas, sociales, laborales y culturales; entre estos el consumo habitual y social de bebidas alcohólicas e incluso, sustancias psicoactivas en funcionalidad recreativa. En gran parte, esto se evidencia gracias al estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá (2016) desarrollado por la Alcaldía Mayor de Bogotá el cual, presenta las siguientes evidencias:

El consumo de marihuana tiene una prevalencia del 9.7% en la población negra e indígena y del 3.4% en la población mestiza y blanca. Pero en ambas poblaciones es un consumo principalmente de hombres, más notorio aún en el interior de la etnia de

negros-indígenas. Los adolescentes que se identifican con la etnia de negros-indígenas tienen un consumo alto, del 15.6%, solo superado por quienes tienen entre 35 a 44 años (17.2%). Entre los jóvenes de 18 a 24 años hay mayor similitud en el consumo de marihuana entre los grupos poblacionales, cuya diferencia es de un punto porcentual (p. 32)

A su vez, con respecto al consumo de coca refieren:

El consumo de cocaína es superior en la población que se identifica en la etnia de negros-indígenas, con una prevalencia del último año del 1.5% frente al 0.6% en mestizos-blancos. El consumo está concentrado en los grupos etarios de 18 a 24 años en primer lugar, seguido por el grupo de 25 a 34 años. Las prevalencias estimadas para estos grupos y de la etnia de negros-indígenas es del 4.3% y 2.7% para cada grupo de edad. (p.38)

En este caso, podemos evidenciar que las dos sustancias consumidas de manera habitual por los individuos que se identifican a sí mismos como miembros de alguna comunidad hacen parte de sus plantas maestras; además, es difícil identificar la intencionalidad brindada a las mismas consecuente a que en gran parte de los estudios encontrados los investigadores no caracterizaron el objetivo o la funcionalidad que cada uno de los encuestados atribuye al consumo habitual de marihuana y cocaína.

Por otra parte, se suma a esta problemática la actividad económica que algunos individuos de las comunidades indígenas ejercen en los cultivos lícitos de la planta de coca y cannabis sativa, todo ello en consecuencia a la perspectiva narcoterrorista de la sociedad occidental y las consecuencias históricas que se desenvuelven alrededor de esta actividad

económica. Atehortúa (2008), afirma: “El tráfico ilícito de drogas no es un asunto reciente en la historia de Colombia y los países andinos. Se sabe, como verdad de apuño, que el cultivo de la coca registra su existencia desde la cultura indígena en tiempos precolombinos [...] Sin embargo, el presente artículo no pretende referirse a esa parte tan antigua de la historia de las drogas en el continente americano. Como se advirtió en el resumen, su temática se ubica en las primeras décadas del tráfico ilícito de drogas desde Colombia hacia Estados Unidos y, en particular, analizará los mecanismos empleados por los actores en examen para responder a los desafíos planteados por su actividad ilícita y a la persecución en contra de ella”. En el transcurso de este artículo, Atehortúa reconoce de manera evidente que las actividades económicas licitas con la planta de coca han acompañado históricamente a las comunidades indígenas y así mismo, correlaciona el cultivo, la exportación y el consumo de cocaína, opio y marihuana a hechos históricos de gran impacto, por ejemplo, la guerra de Vietnam:

Los nacionalistas del sur optaron por asestar un golpe de estado al principal aliado de la potencia europea, el emperador Bao Dai, e iniciaron con el más decidido apoyo norteamericano la Segunda Guerra de Indochina, más conocida como Guerra de Vietnam. Bao era el más grande productor y comerciante de opio asiático y quienes lo destronaron, Ngo Dinh Diem y Van Minh, heredaron todo su poder, incluida la riqueza sobre el opio [...] Consciente del problema, John F. Kennedy aprobó, poco antes de su muerte en 1963, detener los vuelos del opio y derrocar a Diem con un aliado militar budista, Nguyen Van Thieu, quien se negó después a abandonar el lucrativo negocio. Por el contrario, un año más tarde, Hong Kong empezó a vender enormes cantidades de químicos a Saigón: agentes del nuevo gobierno transformaban el opio en heroína para el comercio internacional. [...] Aunque el

contexto anteriormente descrito facilitó y exigió la participación de nuevos surtidos y mercados para el comercio ilícito de drogas, es necesario precisar esta hipótesis. La Guerra de Vietnam es, ante todo, un motor - inductor para el consumo y tráfico ilícito de drogas en Estados Unidos. No es causa única ni suficiente. Se convirtió, simplemente, en el que propulsó un consumo masivo de heroína y marihuana que requirió de nuevos proveedores para una red de tráfico destinada a ampliarse (p. 15)

A partir de ello, los cultivos ancestrales de las comunidades indígenas son alterados por manos externas a las mismas generando así el desplazamiento de productos cannábicos en mínimas cantidades a los entornos norteamericanos; evidenciando así, el poder lucrativo de la misma. Luego de ello, surgen los principales mayoristas de productos cannábicos (familias antioqueñas y costeras) quienes, en su momento forjaron rutas marimberas en el Golfo de Urabá y la Guajira, donde eran enviadas toneladas de marihuana por medio del transporte aéreo y marítimo. Es aquí, donde surge uno de los episodios más impactantes para la sociedad colombiana: el narcoterrorismo. Ejercido en este caso por Pablo escobar Gaviria, Gonzalo Rodríguez Gacha, los carteles de Cali-Medellín y otros grupos al margen de la ley, quienes haciendo uso de su poder económico contaban con accesibilidad a productos bélicos usados en actos terroristas, genocidios, vandalismo y sicariato, privación forzada de la libertad y otros crímenes de lesa humanidad a los que se les atribuye un gran porcentaje de muertes.

Consecuente a la persistencia de esta problemática en Colombia, se han planteado diversos mecanismos para afrontar de manera asertiva el uso y consumo de sustancias, entre ellos la Política nacional de drogas (2023-2033) estructurada por los sectores y entidades responsables del territorio colombiano como por ejemplo la presidencia de la república y sus

respectivos ministerios. Durante el abordaje de esta, se tiene en cuenta el sector productor de cannabis medicinal, industrial y terapéutico, el cual hace parte de la comisión mixta de coordinación y seguimiento, en la cual brindan protección y reconocimiento estatal a los cultivos lícitos pertenecientes a las comunidades indígenas, donde refieren:

Nuestro sector, que involucra a pequeños productores de base, comunidades indígenas, negritudes, colonos, gente de campo; medianos y grandes empresarios licenciados del cannabis con fines Médicos, Científicos e Industriales – Cábano, convencidos de que aunando esfuerzos seremos vistos y haremos parte del desarrollo de los planes de acción, como un modelo productivo empresarial alternativo, protegiendo y conservando el entorno y la vida, incluyente e integral, que nos permite aportar desde nuestras experiencias como actores de la sociedad civil, que llevará a la transformación que requiere nuestro campo y sus comunidades, que trae elementos para la investigación, desarrollo e innovación de nuestros territorios, con la necesidad de construir una regulación que garantice una participación de todos quienes quieran trabajar legalmente con esta plantas, todas dentro del marco legal Colombiano. Somos un sector que representa a miles de familias que creemos en el cambio y en las oportunidades y le hemos apostado a la transformación del país aportando para lograr LA PAZ, LA PAZ que todos necesitamos, LA PAZ de nuestra COLOMBIA. Y nuestro cannabis, nuestra coca y nuestros cultivos ancestrales harán la diferencia en pro de esa PAZ (p.10).

En concreto, es importante aclarar y resaltar que las comunidades indígenas no hacen parte de la problemática narcoterrorista persistente en el país, por el contrario, se denominan a sí mismos como actores sociales protectores de cultivos ancestrales y rechazan todas aquellas

actividades y secuelas sociales o políticas provenientes de actos criminales ejecutados por entes terroristas.

### **Pregunta de investigación**

Teniendo en cuenta la problemática expuesta con anterioridad, es de gran interés académico brindar una respuesta efectiva al siguiente interrogante con base a la cosmovisión de los pueblos ancestrales:

¿Cuál es la conceptualización en salud mental de los pueblos ancestrales y su perspectiva ante el uso o consumo de plantas maestras?

## **Justificación**

A lo largo de la historia las comunidades indígenas han sido foco de estigmatización social consecuente al cultivo, consumo habitual de sustancias psicoactivas y la ritualidad o creencias forjadas alrededor de las mismas. Por ende, el argumento de esta investigación tiene como objeto dar a conocer la perspectiva de las comunidades indígenas ante el propósito espiritual de las plantas maestras y así mismo, evaluar las condiciones biopsicosociales que interfieren en el desarraigamiento de sus costumbres y el uso hedonista o social de las plantas maestras en la sociedad occidental.

Del mismo modo, la relevancia teórica de este trabajo se enfoca en el análisis de categorías y variables que han forjado la cosmovisión de las comunidades indígenas y así mismo, su conceptualización en salud mental; lo cual nos ayuda a clarificar aspectos culturales y espirituales pertinentes para esta investigación.

### **Objetivo general**

Analizar las dimensiones biopsicosociales asociadas al consumo de sustancias psicoactivas y la conceptualización en salud mental con base a la cosmovisión de los pueblos ancestrales colombianos.

### **Objetivos específicos**

Reconocer los factores biopsicosociales en estrecha relación con el consumo de sustancias psicoactivas en pueblos ancestrales colombianos.

Describir la cosmovisión en salud mental ante el consumo de sustancias psicoactivas en pueblos ancestrales colombianos.

Comparar la relación preexistente entre el consumo de sustancias psicoactivas y las condiciones biopsicosociales de los pueblos ancestrales colombianos.

## **Propósito**

El propósito primordial de esta investigación es contribuir al crecimiento analítico de la temática en abordaje consecuente a la poca construcción de documentos académicos que brinden un soporte a las prácticas ancestrales de las comunidades indígenas colombianas y así mismo, se adhieran a la cosmovisión de las mismas con base a la interculturalidad sin interferir en procesos de aculturación intencionada e incluso pautar intervenciones o abordajes en salud mental que no muestren adherencia a sus conceptualizaciones comunitarias en salud.

Además de ello, se busca brindar herramientas académicas a profesionales interesados en investigar temáticas propias de las comunidades indígenas colombianas que probablemente han sido abordadas con anterioridad desde una perspectiva occidental, por ende, gran parte de los estudios académicos contienen un sesgo analítico desde el enfoque biomédico.

## **Marco teórico o marco de referencia**

### **Prácticas y saberes ancestrales relacionados con la salud mental**

Según Montoya et al. (2020) “uno de los elementos a través de los cuales se aborda la salud mental, son las labores tradicionales para el fortalecimiento de los saberes ancestrales: Para que haya una buena salud mental tiene usted que haber cumplido todos los trabajos tradicionales. A través de la espiritualidad se promueve el equilibrio del individuo en relación con los ancestros y el universo. Desde allí, los problemas de salud mental se relacionan con el incumplimiento de las leyes ancestrales, ausencia en rituales de protección y armonización: de acuerdo con Montoya et al. (2020) cuando yo hablo de espiritualidad, muchos de nuestros viejos, de nuestros superiores decían que, si una persona, un niño, nace con un problema de salud mental es porque, ha sido por el comportamiento de esa familia, el comportamiento del papá, de la mamá de no cumplir las reglas de juego, de no cumplir la Ley de Origen ancestral, del territorio, de ese pueblo, la cosmovisión, la cultura”

Otro componente, es la Ley de Origen Natural, donde se tejen relaciones con el entorno, Montoya et al. (2020) afirma:

Nosotros actuamos desde las maneras de perspectivas de cosmovisión de origen natural de ese origen primero, ¿verdad? como lo es el entorno de nosotros donde convivimos y donde permanentemente estamos haciendo una dinámica de vida con todas las personas que pertenecen a nuestra cultura, a nuestro entorno, a nuestro ambiente. (p.5)

Además, agrega Montoya et al. (2020) otros aspectos relacionados es que dentro de las comunidades indígenas muchos de los estados de enfermedad ya sea física o

mental son catalogadas como desequilibrio entre la psiquis y la madre naturaleza o simplemente son nombrados como maleficio, o no obedeció a sus dietas, a sus razones estructurales, ancestrales y tradicionales ordenadas por el cacique o por el chamán. Por último, la oralidad es el medio por el cual las comunidades conservan y transmiten el conocimiento propio, incluyendo allí elementos importantes, que difícilmente se encuentran de manera escrita.

También es importante resaltar que uno de los factores que puede contribuir al aumento de las inequidades en salud mental es la falta de comprensión de los entes encargados de construir políticas públicas y programas, acerca de cómo las poblaciones más afectadas la conciben y cómo enfrentar este flagelo. Este desconocimiento puede conllevar a una poca orientación e inadecuada visión de los programas locales de promoción, prevención y atención alrededor de las problemáticas que son de prioridad para los pueblos indígenas, descontextualizados culturalmente, inoportunos, y perjudiciales en la conservación de valores, conocimientos y prácticas ancestrales.

En Colombia, estas comunidades son afectadas por factores como la violencia y el conflicto armado, generando desplazamiento y marginación, por lo que estas comunidades se ven obligadas a abandonar sus territorios y a desplazarse hacia las ciudades en busca de mejorar sus condiciones de vida. La vulnerabilidad que tienen estos pueblos frente al conflicto, y a las malas decisiones tomadas por el mismo Estado, colocan en amenaza su autonomía y derechos consagrados en la constitución y mandatos internacionales. Teniendo en cuenta lo antes mencionado, uno de los principales problemas es el suicidio; mientras que en la población general colombiana la tasa es de 4.4 por cada 100.000 habitantes, en los indígenas es de 500 por cada

100.000 habitantes. Lo que nos hace pensar que es preocupante las altas tasas de afectación mental que viven a diario nuestros indígenas de Colombia.

Seguidamente en el 2006, un grupo de investigadores con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ejecutan un estudio titulado: “La salud de los pueblos indígenas de las Américas”; en el cual abordan temáticas específicas correlacionadas con las condiciones biopsicosociales, contexto histórico, organización gubernamental, cosmovisión, procesos en salud-enfermedad, perspectivas interculturales en intervenciones de salud y estrategias presentadas por organizaciones salubristas internacionales, enfocadas en brindar respuesta efectiva a las necesidades en salud mental de las comunidades indígenas. En el transcurso del documento, la OPS plantea cinco principios en los cuales basa sus intervenciones a las comunidades indígenas, entre los que se destacan el enfoque integral a la salud, el derecho a la autodeterminación de los pueblos, respeto y revitalización de las culturas indígenas, reciprocidad en las relaciones y derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas. Al definir la cosmovisión en procesos propios de salud y enfermedad refieren:

[...] Cada cultura, dentro de su proceso de desarrollo histórico, ha identificado formas de responder a los problemas fundamentales como la vida, la muerte, la salud, la enfermedad. Estas respuestas, por supuesto, no sólo obedecen a las dinámicas internas sino en gran medida a los condicionamientos externos. En cuanto al nexo salud-enfermedad podemos decir que se han creado categorías, modelos, ideas, prácticas, etc. muy propios, que dependen de la cosmovisión, la historia social-y

económica-y el ámbito geográfico -naturaleza- en el que se asienta cada cultura. Por ello, esas respuestas no necesariamente son idénticas ni válidas para todas las culturas. (p. 6)

A partir de ello, podemos evidenciar que la cosmovisión de cada una de las comunidades indígenas está pautada a partir de las condiciones biopsicosociales y los entornos naturales que las rodean, es decir, cada comunidad adapta dinámicas propias a partir del entorno social, político y económico de su territorio; lo cual genera validación inmediata ante su perspectiva y comportamiento a diferencia en este caso de las sociedades occidentalizadas.

Teniendo en cuenta el apartado de condiciones de vida, la OPS refiere hacer uso del término: “acumulación epidemiológica”; en el cual, refieren la persistencia de problemáticas agudas en salud correlacionadas con el incumplimiento a sus necesidades básicas, en las cuales se evidencia temáticas de pobreza, analfabetismo, inequidad de género (analfabetismo en mujeres indígenas entre el 50% y el 90%, sólo el 43% termina la escuela primaria, 5.8% termina la escuela secundaria y el 1% accede a una educación superior), mortalidad infantil (84/1.000 nacidos vivos), hh mortalidad materna (255/100.000 nacidos vivos), sostenibilidad del medio ambiente (95% de fuentes hídricas contaminadas), estados de nutrición (40% de los niños indígenas sufren desnutrición), cambios en modo de vida, procesos de aculturación y pérdidas territoriales. Además de ello, persistencia estadística ante enfermedades transmisibles (ITS), aumento progresivo en la morbimortalidad por enfermedades crónicas o degenerativas, problemáticas en salud mental entre ellas, el alto consumo de alcohol y sustancias, suicidios y violencia. Ante los adolescentes y jóvenes que pertenecen a las

comunidades se evidencia un factor de riesgo consecuente a falencias en oportunidades académicas y laborales, lo cual interfiere en su economía y desarrollo personal y social. Así mismo, teniendo en cuenta a las mujeres provenientes de las comunidades indígenas se suman problemáticas reproductivas, entre ellas, el embarazo adolescente, falencias en educación sexual y planificación familiar e incluso discriminación de roles en sus comunidades

Según la encuesta nacional de salud mental (2015), se realizó una detallada evaluación sobre el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y adultos y problemas asociados a este, sin realizar diagnóstico de algún trastorno relacionado con estas. Dentro de las sustancias psicoactivas con mayor consumo se encuentran el cannabis, los opioides, la cocaína y los estimulantes, dentro de los que se encuentran las anfetaminas. Entre los factores asociados se encuentran factores sociodemográficos como la edad, el sexo, y la urbanización; factores socioeconómicos, como desempleo e inequidad, en los que se encuentran en riesgo de consumo las personas en estas condiciones o las que tienen fácil acceso, factores individuales como los rasgos de personalidad. Otros como las creencias y las percepciones hacia las sustancias también tienen un grado de influencia en su uso. En los adolescentes un factor primordial asociado al consumo de la marihuana son el comportamiento antisocial, baja percepción de riesgo ante el consumo, consumo en el grupo de amigos y fácil acceso, y los factores protectores como la cohesión familiar, las oportunidades y el compromiso académico. Por consiguiente, se dan a conocer las prevalencias de consumo, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas en Colombia en otros años, y en diferentes países: la mayor proporción de consumo en hombres, y la sustancia ilegal más

consumida es la marihuana, que ha tenido un aumento progresivo; sin embargo, el alcohol y el cigarrillo siguen siendo los más consumidos. Respecto a sustancias legales es más frecuente el consumo de alcohol que de cigarrillo.

Así mismo, es importante resaltar que gran parte de las estadísticas presentadas en el transcurso del documento categorizan ocasionalmente de manera específica los individuos que se identifican como indígenas, por ejemplo, el estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá, (2016) emplea un análisis de consumo a partir de la pertenencia étnica clasificando dos grupos específicos: negros-indígenas y mestizos-blancos, en la cual, no se categoriza la funcionalidad de consumo ni se especifica en este caso, el porcentaje diferenciado entre las pertenencias étnicas; sus resultados son presentados de la siguiente manera: “Prevalencia de año de consumo de marihuana, para sexo y edad según grupos: Negros-Indígenas hombres: 18.38; Negros-Indígenas mujeres: 0.36”. Ahora bien, el estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá (2022) caracteriza en este caso de manera individual la pertenencia étnica indígena, en la cual refiere la participación de individuos que se identifican como indígenas (5.02%) de los cuales 6.10% son hombres y 3.99% son mujeres. Al identificar las estadísticas de consumo en este informe, la población indígena no se encuentra discriminada dentro de las mismas, más bien, las estadísticas poblacionales tienden a ser generalizadas y se pautan categorías de análisis específicas, correlacionadas en su gran mayoría con los grupos de edad; entre ellas el estrato socioeconómico, abuso y dependencia de sustancias. Lo cual, nuevamente en este caso no permite identificar la población indígena que emplea un consumo de sustancias.

## Metodología

Teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, el enfoque metodológico de preferencia en este componente académico es la revisión narrativa. Según Aguilera (2014) la revisión narrativa, tiene por objeto principal abordar y brindar una respuesta efectiva a preguntas de investigación por medio de una búsqueda exhaustiva de literatura con enfoques temáticos específicos. Partiendo de ello, es de gran importancia contar con accesibilidad a fuentes que logren adaptarse de manera acorde a las necesidades u objetivos propios de la investigación, para que por medio de estas se construya una redacción analítica, en base a un enfoque contextual y crítico de la temática en abordaje. Por otra parte, Pardal (2024) afirma que la revisión narrativa no conlleva en sí misma un protocolo específico que interfiera en la selección de las fuentes bibliográficas, por el contrario, gran parte de los autores cuentan con un rango muy amplio de literatura, inclinándose así por los textos, libros o artículos que desde su perspectiva logran desenvolver la temática de investigación pautada.

Teniendo en cuenta lo anterior, para llevar a cabo la búsqueda de literatura se tienen en cuenta aspectos y características muy específicas de la población, entre ellas podemos mencionar: la pertenencia a comunidades indígenas del territorio colombiano, los usos rituales de las plantas maestras, perspectivas ancestrales ante el uso de las plantas maestras, etc. Posteriormente, se inicia la búsqueda específica de literatura en bases de datos, tales como Scopus, Springer, Taylor & Francis, ClinicalKey y EBSCO.

Es de gran importancia resaltar el uso de plataformas de literatura indexada (DeCS), consecuente a la necesidad de recuperación y recaptación de literatura que puede ser de provecho para la construcción fenomenológica, pero probablemente no se evidencia con facilidad en otros motores de búsqueda. Gracias a las mismas, se construyen fórmulas de

búsqueda acordes a los descriptores arrojados por la plataforma, los cuales son de gran enriquecimiento documental para la investigación; concorde a los objetivos planteados en la investigación, los descriptores empleados en nuestra búsqueda fueron: Indigenous AND People AND Colombia, Hallucinogens AND Colombia, Community Mental Health Services AND Colombia y Mental AND health AND in AND ethnic AND groups AND Colombia. En primera instancia, se genera búsqueda de artículos limitada a los últimos cinco años (2019-2024), la cual no fue productiva consecuente al poco abordaje que se ha brindado al tema; por ende, se genera la necesidad de ampliar el intervalo de tiempo por cinco años más (2014-2024). A continuación, se correlacionan los respectivos hallazgos:

<b>Revista</b>	<b>Cribado</b>	<b>Elegibilidad</b>	<b>Inclusión</b>
Scopus	47	8	8
Springer	296	2	2
Taylor & Francis	257	3	3
ClinicalKey	56	1	1
EBSCO	56	4	4

Partiendo de la evidencia, se tienen en cuenta tres fases específicas para dar selección a la literatura correspondiente, en este caso, se emplea cribado, elegibilidad e inclusión. Ante el cribado, se plasman los artículos encontrados en las diferentes revistas, en esta ocasión se logran acoplar a la investigación setecientos doce (712) artículos, de los

cuales por criterios de elegibilidad tales como título, objetivos, contenido, temáticas en abordaje, población a intervenir e incluso año de publicación. En consecuencia, diecisiete (17) artículos cumplen con criterios para dar respuesta a los objetivos del estudio.

### **Criterios inclusión**

Artículos científicos con base a la cosmovisión de las comunidades indígenas colombianas

Artículos científicos correlacionados con el consumo de plantas maestras (cannabis y coca) en comunidades indígenas colombianas

Artículos científicos publicadas en los últimos diez años (2014-2024)

Artículos científicos correlacionados con el uso espiritual o ritual de plantas maestras (cannabis y coca) en comunidades indígenas colombianas

### **Criterios exclusión**

Artículos científicos que aborden el consumo recreativo de sustancias psicoactivas por parte de comunidades indígenas colombianas

Artículos científicos que aborden comunidades indígenas externas al territorio colombiano

Artículos científicos con enfoques y abordajes occidentales (psiquiatrización de la salud mental)

### **Consideraciones éticas**

En cuanto a los aspectos éticos de la investigación, es relevante aclarar que en el transcurso de esta no se emplea contacto o comunicación específica con individuos que pertenecen a comunidades indígenas. Por otra parte, teniendo en cuenta la metodología de nuestro componente investigativo no se ejecutan instrumentos o herramientas que puedan interferir de manera directa o indirecta en las comunidades indígenas colombianas. Partiendo de ello, Urrego (2017) afirma que gran parte de las intervenciones pautadas por medio de la investigación en salud pueden generar conocimientos valiosos desde que las mismas eviten interferencias en poblaciones específicas que por sus antecedentes históricos o vulnerabilidades requieren de protección legislativa, como lo son en este caso, las comunidades indígenas. Partiendo de ello, se resalta la necesidad de que entes nacionales pauten límites éticos concretos para conllevar investigaciones que opten por brindar un abordaje adecuado a las temáticas psicosociales que pueden interferir en el curso normal de sus entornos sociales. Por ende, es de gran importancia recalcar la necesidad de implementar pilares específicos para la investigación, entre ellos, el respeto ante la autonomía y la toma de decisiones, evitando coaccionar al sujeto ante su participación en el estudio. Así mismo, es necesario pautar un espacio de análisis crítico en base al respeto de conocimientos y perspectivas ancestrales propias de las comunidades indígenas colombianas, logrando captar sus necesidades en salud mental e identificando un marco estratégico adecuado y efectivo al momento de brindar un abordaje adaptado a su cosmovisión en salud mental.

## Plan de análisis

Según Tamayo (2002), la investigación descriptiva desde el análisis documental, que busca desde la indagación registrada inicialmente, para la posterior selección, tratamiento y análisis de los estudios y teorías acorde con la temática, el plan de análisis es considerado como fundamental, permitiendo presentar y discutir los resultados, para posteriormente emitir las conclusiones finales, haciendo una descripción completa sobre el análisis que arrojó esa selección de la información relevante en dicha búsqueda.

Luego se inicia la búsqueda específica de literatura por medio de 5 revistas indexadas en bases de datos, tales como Scopus, Springer, Taylor & Francis, ClinicalKey y EBSCO. Así mismo, con antelación se emplea búsqueda de los respectivos Descriptores de las ciencias de la salud-Decs, consecuente a la necesidad de recuperación y recaptación de literatura que pueda ser de provecho, para ello empleamos descriptores como Indigenous AND People AND Colombia, Hallucinogens AND Colombia, Community Mental Health Services AND Colombia y Mental AND health AND in AND ethnic AND groups AND Colombia.

Se hizo revisión de los riesgos de sesgos en los estudios escogidos para así disminuir la administración deficiente y darle mejor confiabilidad a nuestra investigación. Además, se realizaron los respectivos análisis de validez minucioso sobre las revisiones utilizadas en nuestro estudio para así poder evitar resultados engañosos con los respectivos conectores Decs y la aplicación de categorías claves para la búsqueda de dicha información. Por tanto, seleccionamos los resultados de estudios individuales, se desecharon estudios completos a causa de resultados no favorables y

por último se recolectaron artículos de bases de datos utilizando los criterios de exclusión y de elegibilidad.

Por lo anterior, en este plan de análisis se tiene que aclarar que en el diseño del proceso y ruta metodológica de este trabajo es considerado como no experimental, donde no se realizará ni se practicara ningún experimento, como tampoco se abordará la manipulación de ningún tipo de variable, solo se enfocara en emitir y elaborar un análisis de acuerdo a la información suministrada.

## **Resultados**

Acorde con Restrepo (2016), las comunidades indígenas componen tan solo el 5% de la población mundial, de las cuales las comunidades indígenas colombianas constituyen el 3.4%. Analizando temáticas socioeconómicas y culturales, se evidencian grandes tasas estadísticas de pobreza, consumo de sustancias psicoactivas y alcohol. Al indagar estas problemáticas sociales en las comunidades indígenas es de gran importancia tener en cuenta su contexto histórico y social; en primer lugar, consecuente al establecimiento geográfico de sus resguardos se evidencian falencias ante la accesibilidad en servicios de salud y educación básica o superior, generando así grandes rasgos de inequidades. En segundo lugar, durante siglos las comunidades han sido foco de esclavitud, masacres, violación a sus derechos humanos, discriminación lingüística, despojo y desplazamiento de tierras, hostigamiento religioso y crímenes de lesa humanidad; consecuente a ello, se evidencian alteraciones en la calidad de vida, problemáticas en salud mental, deterioro del tejido sociocultural-familiar, pobreza y alto consumo de alcohol o sustancias psicoactivas.

### **Salud mental en comunidades indígenas**

Indagando en el concepto de salud, las comunidades adaptan a este su entorno cultural, es decir, el bienestar comunitario, la armonía con sus entornos naturales y prácticas o saberes ancestrales; lo cual nos ayuda a evidenciar la concepción holística que las comunidades brindan al término salud, sin disgregar el bienestar corporal, emocional o conductual. Actualmente, el estado de salud se refleja en algunos estudios poblacionales, entre ellos, la Encuesta Nacional en Salud mental (2015), enfoca un apartado en los factores asociados al suicidio en adolescentes, en este caso, refieren factores importantes entre ellos los

episodios depresivos, trastornos disociales, trastornos de la conducta alimentaria y ansiedad correlacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. De igual manera, pautan detonantes específicos como discusiones con los padres, procesos de separación, rupturas emocionales, suicidios de terceros y antecedentes familiares de ideaciones suicidas y o trastorno de la personalidad y consumo de sustancias psicoactivas. En el mismo, se asocia la ideación suicida con el consumo de cocaína-heroína y así mismo, con factores de riesgo individuales como lo son conductas de riesgo, duelos, problemáticas académicas y aprovechamiento de tiempo libre. Además, refiere que a nivel mundial los hombres cuentan con mayor porcentaje de suicidios consumados; mientras que las mujeres cuentan con un mayor porcentaje de intentos e ideación suicida. En el mismo apartado, refieren que a nivel nacional se ha evidenciado un incremento de suicidios en comunidades indígenas; en los cuales prevalece estadísticamente la comunidad embera katío, la cual, según este estudio puede estar correlacionada con las consecuencias biopsicosociales y emocionales del conflicto armado colombiano. Tomando en consideración estos estudios poblacionales, es de gran importancia aclarar y resaltar, que las barreras de accesibilidad a los servicios en salud mental no solamente están pautadas por problemáticas poblacionales, sino a su vez por la cosmovisión y pautas de afrontamiento que las comunidades brindan a las problemáticas y sus necesidades en salud mental.

Teniendo en cuenta la literatura pautada por medio de la revisión narrativa, es de gran importancia resaltar la poca accesibilidad a literatura que interfiera en procesos de intervención social en comunidades indígenas y por ende, la literatura encontrada en las diversas bases de datos en gran parte son perspectivas e intervenciones pautadas desde el modelo médico hegemónico y occidental, bien sea por medio de políticas públicas o

intervenciones con especialistas en salud mental y psiquiatría; a las cuales evidentemente las comunidades no generan una adherencia específica ante sus intervenciones y planes de manejo pautados con anterioridad, consecuente a la cosmovisión que las mismas tienen del consumo.

Acorde a Mendoza et al (2015):

Las comunidades indígenas conservan su cosmovisión ante el consumo de plantas tradicionales acorde a sus prácticas espirituales y ancestrales. Ante el consumo de sustancias psicoactivas, se han evidenciado problemáticas por parte de algunos individuos pertenecientes a la comunidad que generan contacto con el mundo occidental bien sea por múltiples factores migratorios, entornos violentos y necesidades económicas no resueltas. (p.5)

En el transcurso de la investigación, se considera un factor importante dar a conocer la percepción de las comunidades ante el consumo específico de plantas tradicionales (P. ej.: amapola, hoja de coca, cannabis sativa) y de las cuales se derivan algunas sustancias psicoactivas como el éxtasis, la cocaína y la marihuana. Mendoza et al (2015) afirma que la implementación de estas sustancias se remonta incluso desde la cosmogonía específica de las comunidades indígenas, en la cual interfieren temáticas de espiritualidad y misticismo (rituales y ceremonias) las cuales eran practicadas con múltiples plantas, hierbas y hongos con el objetivo de crear un puente comunicativo con sus deidades y ancestros espirituales e incluso, de manera simultánea aprovechaban las propiedades curativas de las mismas. Teniendo en cuenta lo anterior, también se hace alusión a las autoridades espirituales (chamanes, mamos o sacerdotes) los cuales emplean ciertas plantas maestras presentes en sus entornos para entablar visiones provenientes de sus deidades y así mismo, brindar fortaleza espiritual y transmisión de conocimientos a su comunidad. Asimismo, Izquierdo (2019) refiere que la planta de coca es

un factor espiritual de gran importancia en las comunidades indígenas, ya que los ayuda a conectar con el cosmos, guía a la comunidad en la toma de decisiones y genera conexiones con la Madre Tierra. Pero en la actualidad se ha llevado a la prostitución de la hoja de la coca, con la transgenización del pensamiento humano por medio del narcotráfico, que quiere degenerar la potencia espiritual del Ayu y satanizar su uso. El desconocimiento de esta medicina ha llevado a que el país se valla enfermando, y por eso por la mala manipulación de la hoja está acabando con el espíritu de la tierra, la identidad del ser humano y la dignidad de los pueblos. En este estudio lo que se aporta es que la coca es una planta maestra, con conocimiento y desde la complementariedad aporta a la educación, la salud, a todo ámbito para el cuidado de la Madre Tierra y la Conexión espiritual ancestral. Además de esto, la influencia social que conllevan estos guías espirituales hace parte fundamental de la cultura indígena; ya que conllevan en sí mismos la responsabilidad ante la preservación de las prácticas rituales y espirituales tradicionales, e incluso técnicas en consumo de sustancias específicas para tratamientos de sanación corporal y espiritual; las cuales solamente son permitidas por médicos tradicionales o autoridades espirituales.

### **Consumo de sustancias psicoactivas en sociedades occidentalizadas**

Consecuente a su rápida incrementación estadística, el consumo de sustancias psicoactivas es una temática específica de vigilancia epidemiológica y, por ende, ha adquirido a lo largo de los años vigilancia específica en salud pública, en consecuencia, a la accesibilidad, disponibilidad, variedad de sustancias e inicio de consumo de sustancias psicoactivas en edades tempranas. Teniendo en cuenta los cambios a nivel social que se pueden evidenciar en la comunidad, la familia, los entornos laborales e individuales; el

gobierno colombiano ha brindado un afrontamiento de esta temática por medio de la ley 1566 de 2012.

El objetivo principal de la ley 1562 de 2012 es pautar normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas, y así mismo evitar la criminalización y la vulneración de sus derechos, garantizando una vida digna. A partir de la misma, se busca fortalecer la política nacional de drogas implementando políticas y programas progresivos a los cuales la población genere adherencia para lograr una respuesta efectiva a sus necesidades en salud mental.

El Ministerio de salud y protección social (2016) publica la cartilla ABECÉ de la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas en la cual, brinda respuesta efectiva a diversos interrogantes correlacionados con el consumo de sustancias psicoactivas; por ejemplo su definición: “Es toda sustancia introducida en el organismo por cualquier vía de administración (ingerida, fumada, inhalada, inyectada, entre otras) produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, la cual modifica la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento. [...]”. A su vez, brinda pautas de clasificación a las sustancias teniendo en cuenta tres grupos: en primer lugar, según sus efectos (depresoras, estimulantes o alucinógenas), en segundo lugar, su origen o modificaciones durante su producción (naturales, sintéticas o semisintéticas) en tercer lugar, según su normatividad (legales o ilegales).

Teniendo en cuenta esta cartilla, se considera que el consumo de sustancias puede llegar a ser problemático cuando interfieren en las relaciones interpersonales de sus entornos y su productividad en los mismos; así como problemáticas económicas o con fuerzas armadas.

Por otra parte, se brindan herramientas específicas de tamizaje para evaluar el nivel de riesgo o dependencia específica a sustancias psicoactivas en adolescentes, como la escala CRAFFT y el cuestionario AUDIT para identificar trastornos por el consumo de bebidas alcohólicas. A su vez, estas herramientas se encuentran pautadas en el modelo integral de atención en salud establecido por la resolución 3202 de 2016 para la población que incurre en el abuso de sustancias psicoactivas o han adquirido diagnósticos psicopatológicos en consecuencia a sus alteraciones conductuales y emocionales.

Ante el afrontamiento pautado por entes gubernamentales al consumo de sustancias, se crea el Plan Nacional de promoción de la salud, prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas en el cual se plantean cinco componentes correlacionados a su vez, con el Plan Decenal de salud pública, los cuales son: fortalecimiento Institucional, promoción de la salud, prevención, tratamiento y reducción de riesgos o daños; reconociendo así el consumo de sustancias psicoactivas como responsabilidad específica para los profesionales en salud pública y salud mental comunitaria. Por otra parte, se clasifican las intervenciones que son desarrolladas por entes territoriales acorde al contexto biopsicosocial de cada población, por ejemplo, las intervenciones universales se enfocan en fortalecer los factores protectores, a diferencia de las intervenciones selectivas, las cuales buscan mitigar factores de riesgo específicos que pueden llevar a los individuos a incurrir en el consumo de sustancias psicoactivas; a diferencia de la indicada, la cual se dirige a población que ya consumen sustancias psicoactivas buscando mitigar factores de riesgo que incrementan la dependencia a las mismas.

## **Consumo de Sustancias Psicoactivas en comunidades indígenas**

Al indagar en literatura sobre el consumo problemático de sustancias psicoactivas, según Pedroza (2019) se evidencia que los adolescentes que pertenecen a comunidades indígenas en algún momento de su vida han consumido cigarrillo, marihuana, alcohol, inhalantes, bazuco y éxtasis. Con respecto a sus entornos, se reflejan temáticas importantes como el contexto familiar y el consumo normalizado de sustancias lícitas entre ellas cigarrillo y alcohol, y además de ello, interfiere en temáticas de dinámica familiar como por ejemplo estructura del núcleo (familias monoparentales), falencias o ausencias de procesos comunicativos y psicoeducación ante el consumo de sustancias lícitas e ilícitas en entornos escolares o familiares y dinámicas familiares-sociales violentas. Teniendo en cuenta el consumo de alcohol, se evidencia que el 51% de los adolescentes que pertenecen a comunidades, inician su consumo entre los 13 y los 16 años consecuente a factores específicos; con frecuencia reuniones familiares-comunitarias y fiestas con amigos en las cuales consumen diversidad de licores, tales como cerveza, whisky, vodka, aguardiente y ron con finalidades netamente sociales. Es de gran importancia recalcar que gran parte de los adolescentes inician su consumo en parte por la influencia de sus entornos familiares-comunitarios y sociales, más no por gusto o decisión propia, lo cual muestra grandes problemáticas ante la toma de decisiones y desarrollo de criterios personales para el bienestar de sí mismos como individuos. Ahora, al evaluar el consumo de marihuana, gran parte de los adolescentes refieren problemáticas en sus dinámicas familiares (específicamente ausencia de figuras autoritarias gran parte del tiempo en el hogar), problemáticas en el rendimiento académico, familiares o amigos que normalizan-consumen algún tipo de sustancia, accesibilidad económica a sustancias, problemas económicos y poca o nula participación en

talleres o políticas públicas con enfoque preventivo ante el consumo temprano de sustancias psicoactivas.

El término de consumo problemático se forja en consecuencia a disimilitudes culturales en la sociedad occidental-ancestral y a la adaptación o afrontamiento que cada una de ellas han brindado a sus procesos históricos y cambios políticos o económicos. Hoy en gran parte del territorio colombiano los asentamientos indígenas interaccionan de manera perjudicial con grupos armados al margen de la ley, dedicados en su gran mayoría al uso de actividades ilícitas como secuestros, incorporación de menores en grupos armados, expendio y consumo de sustancias, uso de violencia persistente, narcotráfico y cultivos ilícitos

Ahora bien, es de gran importancia resaltar que en consecuencia al conflicto armado interno y los desplazamientos forzados generados por los grupos armados, gran parte de las comunidades indígenas han interferido en procesos migratorios a entornos occidentales o ciudadanos, lo cual ha generado procesos de desculturización, pérdida de identidad cultural y tejido social, adaptándose así, a las costumbres ya pautadas en las ciudades, entre ellos, el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

La problemática evidenciada ante el contacto con el mundo occidental de las comunidades indígenas se refiere al término de hibridación cultural, la cual genera en el individuo una adquisición importante de nuevas prácticas que son re combinadas con prácticas existentes hasta forjar nuevas ideas y rituales con un enfoque diferente; generando así una adaptación cultural, en la cual los individuos por medio de su identidad como indígenas buscan preservar su cultura y ritualidad. Además, el consumo de sustancias ilícitas por parte de comunidades indígenas en entornos occidentales se da en consecuencia a respuestas y

cubrimiento de sus necesidades espirituales a diferencia del consumo netamente recreativo y social ejercido por la comunidad occidental.

Para Montoya (2020) las comunidades indígenas tienen una percepción diferente de la conceptualización sobre salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), ya que se basan en 2 perspectivas diferentes: una ancestral basada en su cultura, espiritualidad, armonía, y equilibrio de la persona con la naturaleza, también la definen como una desobediencia a las leyes ancestrales, adherencia a pautas de crianza y leyes ancestrales de las cuales proviene su sensación de bienestar a lo largo de sus, sus mayores por lo que mencionan que para tener una buena salud mental se debe obedecer con las; por último también lo relacionan con la alimentación, aquellos individuos que no cuentan con buena salud mental es porque desobedeció a sus dietas; y por otro lado tienen una percepción occidental mediante sus tradiciones médicas lo cual la definen como loquera, dolor de cabeza, confusión o alteración del comportamiento. Este concepto ya va más relacionado con la culturalización de las comunidades, para ellos existen 2 aspectos positivos y negativos que influyen en la salud mental, dentro de los positivos se encontró que el uso de rituales demuestra el vivir bien, la armonía a nivel individual, comunitario y de la madre tierra. Mencionan que para tener buena salud mental deben cumplir con las leyes, los consejos y enseñanzas de sus viejos, es de gran importancia para ellos la medicina tradicional por medio de médicos, chamanes y sobanderos. Entre los aspectos negativos se evidenciaron el choque entre culturas, la violencia y la discriminación son problemas que ocasionan alteración de salud mental como consecuencia a la desobediencia a sus ancestros.

Por otro lado, según Mendoza (2015) se evidencia una transformación de significados y prácticas de lo tradicional a lo occidental, resultante de conocimientos, y

vivencias adquiridas en la ciudad, correlación con el occidentalismo que puede ser perjudicial a causa de la frágil identidad cultural. También conceptualizan el consumo de sustancias psicoactivas como una desarmonización de la vida dentro de los pueblos indígenas colombianos, que suelen ser consecuencia de problemas de contexto histórico, social, cultural y político, por ello existen diferentes factores biopsicosociales que se encuentran en estrecha relación con el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), Gómez (2021), menciona que se fusionan diferentes sistemas dinámicos dentro de los cuales se menciona el sistema indígena, diversas esferas de autoridad donde podemos resaltar figura paterna, autoridad tradicional, religión, escuela y universidad, también la transculturización y la interculturalidad evidenciándose por las crisis culturales; y por último la normalización del alcohol entre otras sustancias.

### **Cosmovisión de las comunidades indígenas ante el consumo de coca, marihuana y ayahuasca (plantas maestras)**

Hablar de cosmovisión en la sociedad occidental se puede simplificar de manera conceptual como la perspectiva o la manera de brindar interpretación a ciertas temáticas acorde a la realidad biopsicosocial, espiritual, familiar y personal de cada individuo. En este caso, para las comunidades indígenas hablar de la conceptualización propia de la cosmovisión va mucho más allá de la realidad visible pautada en la sociedad occidental, por ende, Páez (2014) expresa el concepto propio de cosmovisión que conllevan en sí mismas algunas comunidades indígenas colombianas: “La realidad cósmica surge de lo invisible y su dinamismo global es operado por principios, fuerzas, energías, espíritus, que son la expresión de esa cualidad de invisible del origen. Esas fuerzas son las causas del movimiento macrocósmico responsable del estado visible de todos los seres y constituye la vida que bulle

en su interior”. Para ser más específicos, algunas comunidades indígenas pautan y crean su propia realidad partiendo de un ente espiritual no visible para ellos, presente en todos los seres vivos que rodean sus entornos; como lo son por ejemplo los animales, la tierra, las plantas, el agua, la lluvia, etc. A partir de los mismos, establecen un puente de comunicación que refleja y expresa continuamente la realidad cósmica invisible que brinda origen a la realidad de sí mismos.

En este caso, las autoridades espirituales propias de cada comunidad tratan de estar en constante unión y comunicación con entidades del cosmos para brindar solución efectiva a las necesidades espirituales de su comunidad; para ello, implementan puentes comunicativos creados usando las plantas ancestrales, medicinales o maestras. De manera puntual, Torres (2014) habla de las plantas maestras y expresa algunas de las funcionalidades espirituales que las mismas otorgan a las autoridades espirituales: “En la Amazonía son las plantas, algunas con efectos psicoactivos, que los hombres y mujeres las llaman “Maestras” porque ingeridas adecuadamente generan conocimientos a través de sueños, visiones, percepciones e intuiciones, de sus propiedades curativas. Por sus propiedades enteógenas también sirven para darnos una visión introspectiva sobre nosotros mismos, y sobre la vida en general”. También, es importante añadir que las plantas maestras se consumen bajo rituales específicos y con guía de expertos espirituales en consecuencia a los efectos que cada individuo puede tener son diferentes, algunos atribuyen propiedades curativas consecuente a la presencia de múltiples compuestos activos que ayudan a mejorar trastornos emocionales, conductuales y físicos; además, refieren establecer conexiones con energías espirituales que ayudan a encontrar un propósito de vida expandiendo la conciencia y generando un proceso de introspección y

autoconocimiento. Gran parte de estos procesos son mediados por plantas maestras como el cannabis, la coca y la ayahuasca.

Ahora bien, con respecto al consumo problemático de las plantas maestras, Nupan (2022) refiere: “[...] el uso del tabaco se convertiría luego, en menos de cien años, en un hábito de los hombres exitosos en Europa, dependiendo de la cantidad y la calidad. En este contexto perdió el sentido que tenía para las culturas Abya Yala, como ha pasado con otras “plantas maestras” como la marihuana y la coca. Estas, separadas del sentido curativo que depositaban las culturas ancestrales en ellas, representan para las sociedades occidentales actualmente un peligro para la salud por la adicción que provoca y el comercio desarrollado por mafias que han sido capaces hasta de introducirse en la política de Colombia”. En relación con lo anterior, el consumo habitual de las plantas maestras en territorios occidentales nos remonta a una de las épocas con mayor impacto biopsicosocial en Colombia, el narcoterrorismo. Según el informe desarrollado por la Comisión de la verdad (2022) se evidencian tres aspectos centrales en las dinámicas propias del narcotráfico; en primer lugar, la promoción de un modelo acumulativo de riqueza y poder ejercido por medio de la violencia y pautado por élites sociales que ejercen una cadena de producción y comercialización con cultivos específicos de coca y marihuana. En segundo lugar, se identifican rasgos de manipulación política por medio del financiamiento de campañas y apoyo bélico a grupos armados al margen de la ley; y, en tercer lugar, no se evidencian resultados propios de la guerra contra las drogas, todo lo contrario, se han incrementado las víctimas.

Ahora bien, con respecto a la perspectiva conceptual en salud mental y cuidado instaurada por algunas comunidades indígenas, es de gran importancia identificar nociones

específicas que a lo largo del crecimiento generacional propio de cada comunidad ha concebido un legado con base a simbolismos específicos, entre ellos según Nupan, et al (2022) emerge la triada constituida por cosmogonía, cosmovisión y cosmoexistencias propias de cada comunidad, creando así rasgos propios y específicos de identidad. Además de ello, los autores agregan dos perspectivas de cuidado pautadas por algunas comunidades: la visión biocéntrica enfocada en integrar la naturaleza específica del territorio (plantas maestras ancestrales), y la visión simbólica por la cual se expresan creencias y perspectivas espirituales, es decir, la cosmogonía y la cosmovisión. Así mismo, la comunidad indígena de los Pijaos (sur del Tolima) resaltan la importancia de esta triada como pilar en el tejido social, considerando la misma como herramienta en salud mental.

Con respecto al uso y consumo de plantas maestras es trascendente esclarecer, que cada comunidad indígena conlleva en sí misma una perspectiva diferente, por ende, es importante recalcar que, aunque se les reconozca como un colectivo, cada comunidad ha estructurado usos o creencias específicas alrededor de las mismas. Por ejemplo, los Pijaos, esclarece Nupan (2022) tienen la costumbre de saludar las plantas de coca al salir de sus casas ya que las mismas ofrecen compañía y protección evitando desgracias o infortunios. Por otra parte, se ha identificado que, en gran parte de sus rituales enfocados en la medicina tradicional, usan el tabaco para esclarecer o interpretar los cuidados a seguir en una enfermedad para adquirir por medio de su conciencia una cura, a diferencia de la comunidad Bari (ubicados en regiones adyacentes al río Catatumbo) quienes plantean el uso de “droxara” (combinación de hojas de balsa, tabaco y ají) la cual se humedece en la boca de la persona que curse alguna enfermedad, luego de ello, por medio de rezos (iacucaynas) menciona el órgano que requiere sanación. Así mismo, existe la creencia de fenómenos o entes que protegen la naturaleza, por

ejemplo, el mohán, a quienes algunos indígenas le adhieren características de beneficios en actividades de pesca si se le ofrece al mismo aguardiente, sal y tabaco.

Teniendo en cuenta lo anterior,

### **Condiciones biopsicosociales de las comunidades indígenas**

El modelo biopsicosocial, según Pérez (2018): “relaciona el comportamiento, los pensamientos y las relaciones sociales de la persona con su estado de salud, al adoptar y practicar comportamientos positivos que estimulen el desarrollo de un buen estado de salud que le permita al individuo tener un buen nivel de calidad de vida al contar con un óptimo equilibrio físico, mental, emocional y social, que es influenciado por los factores sociales, económicos, espirituales, culturales y psicológicos que afectan de manera notoria su estado de salud. El manejo de las emociones y los sentimientos le permite al individuo contar con un estado de salud positivo, el apoyo brindado por las personas que lo rodean mitiga las situaciones de estrés que afectan de manera negativa el estado de salud aumentando las posibilidades de estimular el desarrollo de enfermedades coronarias, cancerígenas y de debilitamiento del sistema inmunológico; aspecto que no es reconocido por el modelo biomédico, al no creer en la relación existente entre mente y cuerpo, entre la conducta social y los procesos somáticos, los biomédicos o los neurofisiológicos”. Este modelo, nos ayuda a correlacionar factores externos que rodean al individuo e interfieren de manera directa en sus procesos de salud y enfermedad, tales como la política, la economía, el entorno social y demográfico, la accesibilidad a oportunidades laborales y académicas que pueden considerarse factores protectores o de riesgo acorde a caracteres propios de los individuos, por ejemplo sus pensamientos, relaciones interpersonales, conductas, aspiraciones y emociones con los cuales

brindan respuesta a las situaciones diarias que se pueden presentar en el transcurso de su rutina interfiriendo en el cumplimiento adecuado o no de sus necesidades como individuos desplegando en consecuencia procesos propios de salud-enfermedad.

En el transcurso de los años, la oficina del alto comisionado para los refugiados (ACNUR) ha brindado respuesta efectiva a las necesidades sociales de poblaciones vulnerables desde su constitución en 1950 por medio de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Por ende, es de gran importancia para la entidad brindar cuidado y respuesta específica a las comunidades indígenas, las cuales, han sido víctimas del conflicto armado interno consecuente a múltiples amenazas persistentes en contra de su sistema político, sus territorios y dinámicas de identidad cultural. Teniendo en cuenta las intervenciones desarrolladas por esta oficina, el 2% de las personas que han sido desplazadas en el territorio colombiano pertenecen a comunidades indígenas que han sido violentadas por grupos armados, vulnerando así derechos colectivos e individuales por medio de amenazas, agresiones físicas y psicológicas, invasión de cultivos de coca y marihuana legales, explotación de sus suelos y extracción de minerales e hidrocarburos, uso de minas antipersonas, asesinato de líderes sociales, reclutamiento a menores de edad, violencia de género y prostitución de niñas y adolescentes.

Según la Organización Indígena Colombiana (ONIC) consecuente al conflicto armado colombiano, se evidencian las siguientes estadísticas: “[...] en 2010 fueron asesinados 122 indígenas, 10 desaparecieron y 1.146 fueron forzados a desplazarse. En este año, el pueblo indígena que ha vivido mayores y profundas afectaciones en razón del conflicto armado es el pueblo Nasa (Cauca), el cual alcanza un total de 45 indígenas asesinados durante 2010, seguido de los Awá (Nariño y Putumayo) con 25 indígenas asesinados [...] entre 2005 y 2010

se desplazaron 52.521 personas pertenecientes a Pueblos Indígenas (según cifras oficiales a corte diciembre 2010) [...] más del 90% de la población localizada en el departamento del Putumayo vive en extrema pobreza”. Consecuente a estas cifras, el ACNUR ha pautado un proceso de educación importante enfocado en el fortalecimiento comunitario por medio de planes de prevención y protección del conflicto y al mismo tiempo, busca capacitar funcionarios públicos en temáticas propias de legislación indígena para lograr reconocer actores gubernamentales de las comunidades indígenas y brindar un acompañamiento oportuno a sus necesidades sociales y políticas. Así mismo, según el perfil de salud de la población indígenas, y medición de desigualdades en salud (2015): ”En el Registro Único de Víctimas (RUV) para septiembre de 2015 se identificaron un total de 6.149.028 personas víctimas del conflicto armado y 9.254.853 hechos victimizantes para una razón de hecho por persona de 1,51. Para la población indígena se tienen identificadas un total de 130.524 víctimas indígenas y 73.538 hechos victimizantes, para una razón de hecho por persona de 1,77. El 94,0% de los hechos victimizantes en la población indígena se encontraba tipificado como desplazamiento forzado. En cuanto a la distribución del número de víctimas por departamento, el mayor porcentaje de personas reportadas lo hizo Cauca con el 15,34%, seguido de Nariño con el 10,93%, y Putumayo con el 8,64% [...] De las personas reportadas el 47,02% (62.606) eran hombres y 52,02% (67.903), mujeres. Es importante destacar que el 47,08% (60.346) de personas indígenas víctimas del conflicto corresponde a menores de 24 años. [...] De acuerdo con el auto 004 de 2009, algunos pueblos indígenas de Colombia están en peligro de ser exterminados – cultural o físicamente- por el conflicto armado interno, y han sido víctimas de gravísimas violaciones de sus derechos fundamentales individuales y colectivos y del Derecho Internacional Humanitario”. Consecuente a ello, la corte

constitucional considera la pobreza, los rasgos de desnutrición, deterioro de la salud, mortalidad infantil, desintegración étnica y cultural e invisibilidad en censos poblacionales como consecuencias propias del desplazamiento forzado; respecto a las comunidades indígenas en peligro de extinción (Wiwa, Kankuamo, Arhuaco, Kogui, Wayúu, Embera-Katío, Embera-Dobidá, Embera-Chamí, Wounaan, Awá, Nasa, Pijao, Koreguaje, Kofán, Siona, Betoy Sikuaní, Nukak-M kú, Gu y , U'w , Ch m , Yukp , Ku , p - Siapidaara, Guambiano, Zenú, Yanacona, Kokonuko, Totoró, Huitoto, Inga, Kamentzá, Kichwa, Kuiva) se establecen planes de salvaguarda étnica por medio del Auto 004 de 2009 en el cual la Corte constitucional brinda Protección de derechos fundamentales a personas indígenas desplazados por el conflicto armado en el marco de superación del estado de cosas inconstitucional declarado en la sentencia T-025 de 2004 enfocada en abordar procesos de tutela en asociaciones de desplazados que interponen algún tipo de acción.

En el marco de salvaguardar las comunidades indígenas, se adquiere el compromiso de afiliar al Sistema General de Salud y Seguridad Social a gran parte de las víctimas, hasta el año 2015 se reporta el 86.99% de la población afiliada. Teniendo en cuenta la mortalidad de las comunidades indígenas, según el perfil de salud de la población indígenas, y medición de desigualdades en salud (2015): “Cuando se analiza la pirámide poblacional de la mortalidad general entre población indígena y no indígena, se observa que el 18,63% de la población indígena se muere entre los 0 y los 4 años de edad mientras que en la población no indígena este porcentaje es de 4,92%, lo que significa que la mortalidad de los niños en la población indígena es 2,79 veces más alta que la presentada en la población no indígena [...] Cuando se analiza la diferencia relativa por edad entre población indígena y no indígena se evidencia que la mortalidad indígena se concentra en las edades menores a 19 años [...] Cuando se

identifican las diez primeras causas de mortalidad de la población indígena y la población no indígena se observa que son similares. Con respecto a la población indígena se evidenció que la primera causa de mortalidad fueron las enfermedades isquémicas del corazón, que corresponde al 10,95% de todas las muertes en el periodo analizado.[...] De igual forma se comparten las siguientes causas: Agresiones (Homicidios) inclusive secuelas, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, enfermedades hipertensivas, resto de enfermedades del sistema digestivo, y accidentes de transporte terrestre inclusive secuelas. Cabe destacar que dos de las causas de mortalidad que aparecen en la población indígena no están presentes en la población no indígena, como son las infecciones respiratorias agudas que representan el 5,54% de todas las muertes y las deficiencias y anemias nutricionales que representan el 4,14% [...] La mortalidad materna se considera una de las primeras causas de muerte en las mujeres en edad reproductiva. Es un problema que está relacionado de manera directa con los determinantes sociales en salud, esto es la condición socioeconómica, clase social, condiciones de vida, cultura, valores sociales y educación. La mortalidad materna refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud, la casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. Dentro de las causas de la mortalidad materna están las complicaciones que se produjeron durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables (World Health Organization, 2007). De acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el compromiso de Colombia para 2015 era reducir las muertes maternas a 45 muertes por 100.000 nacidos vivos (Departamento Nacional de Planeación, 2006). [...] Para 2013, en cuanto al número de muertes maternas por departamento, La Guajira concentra el 50% de los casos con (26) muertes, Vichada, Nariño,

Cauca y Magdalena concentran el 5,77% de los casos con tres muertes maternas cada una; solo 14 departamentos no presentaron muertes maternas en 2013 y los demás departamentos menos del 1,99%, con un caso [...] La Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN) corresponde al número de recién nacidos que mueren antes de alcanzar los 28 días de edad, por cada 1.000 nacidos vivos en un año determinado. La mortalidad neonatal es componente de la mortalidad infantil. De acuerdo con datos de la OMS el 40% de los niños menores de cinco años que fallecen son niños de menos de 28 días o en periodo neonatal y el 80% de las causas corresponde a nacimiento prematuro y bajo peso al nacer, las infecciones, la asfixia (falta de oxígeno al nacer) y los traumatismos en el parto (World Health Organization OMS, 2005) [...] La tasa de mortalidad neonatal en la población indígena disminuyó en 2,5 muertes. En el período la tasa pasó de 13,96 a 11,42 nacidos lo cual es equivalente a una disminución de 18%. La TMN de la población Indígena es 67% más que la tasa de la población no indígena en 2009, para el final del periodo esta relación disminuyó a 59%. Ahora bien, en la población indígena entre 2009 y 2013 se registró un total de 863 muertes neonatales, para un promedio de 173 muertes anuales [...] las mujeres indígenas demandaron más atenciones por condiciones transmisibles y nutricionales 23,68% [...] Los hombres indígenas demandaron más atenciones por Condiciones transmisibles y nutricionales 30,29%”. Al brindar un análisis crítico a estas estadísticas, se evidencian inequidades en salud consecuente a la poca accesibilidad a servicios e intervenciones que pueden adquirir las comunidades indígenas, lo cual se refleja en la mortalidad prevalente y la esperanza de vida en población indígena joven limitada hasta los 19 años. Así mismo, la mortalidad materna es uno de los factores que más tiende a reflejar las inequidades en salud persistentes, ya que compila en sí mismo diversos pilares, entre ellos, falencias en educación sexual, embarazo adolescente, nula accesibilidad a métodos de

planificación familiar, inicio de relaciones sexuales en edades muy tempranas, contagio temprano de infecciones sexuales, nulo control prenatal y por ende aumento de mortalidad neonatal consecuente al nulo tamizaje de enfermedades gestacionales. Otro factor importante a tener en cuenta al analizar esta situación es la adherencia que brindan los individuos de las comunidades indígenas a la medicina ancestral, ya que abordan sus necesidades en salud acorde a las herramientas o plantas que brindan sus entornos naturales y que, en este caso aprovechan sus líderes espirituales y parteras.

González (2013), por medio de un estudio descriptivo valora la influencia de factores socioculturales al estructurar entornos violentos en consecuencia al consumo de sustancias psicoactivas. En este estudio, se reflejan antecedentes de violencia en los entornos familiares dentro de su ciclo vital infantil: “[...] En cuanto a la victimización la habían realizado fundamentalmente los padres y maestros dentro del domicilio y la escuela, respectivamente; asimismo, la mayoría de los pacientes exhibían conductas violentas o antisociales que ejercían sobre algunos miembros de su familia y otras personas de su entorno, de modo que reproducían los comportamientos aprendidos en la infancia. El consumo de sustancias tóxicas se inició desde la adolescencia, para mantenerse prolongadamente durante varios años”. Al mismo tiempo, esclarece que el consumo de sustancias no desencadena rasgos violentos específicos “[...] La droga no es la causa de la violencia, pero el consumo de drogas tiene un claro efecto sinérgico con otros factores que anticipan la violencia. De hecho, los factores de riesgo en el comportamiento violento y el consumo de drogas son los mismos y son compartidos por los agresores. Son bien conocidos los efectos intensos de las drogas en el estado psíquico del agresor: descontrol emocional, aumento de la agresividad, pérdida del control racional del comportamiento, entre otros. Todo ello, actuando conjuntamente,

incrementa la probabilidad, frecuencia y gravedad de la violencia; además, entre la violencia y las drogas se produce una retroalimentación mutua. Por este efecto un nuevo consumidor de drogas va, gradualmente, a distanciarse de sus compañeros y sus actividades más prosociales, se va a ir integrando en grupos más antisociales y, en consecuencia, va a exponerse a situaciones en las que el uso de la violencia es más y más probable [...] Una mala relación familiar en la infancia, predispone a futuros adultos incapaces de relacionarse establemente debido a la falta de patrones de convivencia adecuados, que deben ser incorporados desde los primeros años de vida. Deja de ser, por tanto, la familia la fuente de seguridad, de formación de valores y de respuestas emocionales estables que permitan enfrentar, de manera sana, conflictos futuros de la vida cotidiana [...] Asimismo, la violencia y el maltrato sufridos en la infancia pudieran explicar por qué los pacientes de esta serie se vincularon al consumo de sustancias o a conductas violentas, delictivas o antisociales, tomando en cuenta la repercusión del maltrato infantil en la formación de la personalidad y la creación de patrones con tendencia a la repetición de estos actos y, consecuentemente, al consumo de drogas que afectan la conciencia [...] La falta de un ambiente protegido y propicio para el desarrollo de una personalidad equilibrada en los lugares donde debía haberse creado, provocó, según la suposición de los autores de este artículo, que los afectados se relacionaran con personas de un ambiente social inapropiado, lo que reforzó las conductas negativas experimentadas en la casa y la escuela.”

Por otra parte, es de gran importancia identificar por medio de un enfoque legislativo, el reconocimiento de un estado de derecho pluricultural incorporado por el estado colombiano en la constitución política de Colombia (1991), aceptando y brindando protección a la diversidad de cosmovisiones, culturas, tradiciones y lenguajes presentes en la cultura

occidental, resaltando así el respeto a la dignidad humana por medio de la participación social. Además de ello, se destacan legislaciones específicas que brindan protección a las comunidades indígenas reconociéndolas como sujetos de derechos; entre ellas podemos encontrar la ley 21 de 1991, por medio de la cual el congreso de Colombia por medio de la conferencia internacional del trabajo (OIT) asume responsabilidades específicas sobre las comunidades indígenas, garantizando derechos sociales, respeto a su identidad cultural e instituciones. Así mismo, por medio de la ley 99 de 1993 el ministerio de medio ambiente establece la explotación de recursos naturales sin interferir en territorios de protección ancestral propios de las comunidades indígenas que puedan interferir de manera directa o indirecta en su economía.

## Discusión

En el transcurso histórico de las comunidades indígenas, es de gran importancia brindar un análisis a las condiciones biopsicosociales persistentes en sus entornos, entre ellas el conflicto armado, los procesos migratorios en búsqueda de oportunidades laborales-académicas y el reclutamiento o desplazamiento forzado. En este caso, se evidencia persistencia del conflicto armado en las áreas rurales del país, lo cual interfiere de manera directa en la calidad de vida de sus habitantes. Consecuente a ello, el Decreto 588 del 2017 pauta la creación de la comisión para el esclarecimiento de la verdad, la convivencia y la no repetición; el cual según el artículo cuatro de la misma funciona como un mecanismo extrajudicial, por ende, las actividades que devenguen de la misma no generarán imputación de cargos ni tendrán un enfoque de carácter judicial; todo esto, con el objetivo de brindar esclarecimiento a las infracciones al derecho internacional humanitario y violaciones a los derechos humanos cometidos en el transcurso del conflicto armado por medio de mecanismos y medidas específicas como lo son la Jurisdicción Especial para La Paz, la Comisión para el esclarecimiento de la verdad, la convivencia y la no repetición, la Unidad para la búsqueda de personas dadas por desaparecidas en el contexto y en razón del conflicto armado, las medidas de reparación integral para la construcción de paz y las garantías de no repetición. Por otra parte, pauta tres objetivos específicos: en primer lugar, contribuir al esclarecimiento de lo ocurrido promoviendo el discernimiento social y aspectos que no son conocidos del conflicto, como por ejemplo el impacto del mismo en niños, niñas o adolescentes; en segundo lugar, brindar reconocimiento a las víctimas como ciudadanos con derechos vulnerados y así mismo el reconocimiento individual y colectivo de participantes directos e indirectos del conflicto armado contribuyendo a la verdad, la

justicia, la reparación y la no repetición; por último y en tercer lugar, se busca generar conciencia partiendo de la resolución de conflictos y la construcción de una cultura respetuosa y tolerante con base a la democracia.

En el transcurso de su ejercicio, se desarrollan cuatro tomos con temáticas específicas correlacionadas con el conflicto armado colombiano, entre ellos, el tomo: “Resistir no es aguantar. Violencias y daños contra los pueblos étnicos de Colombia”; en el cual, reconocen como víctimas los pueblos ancestrales del territorio colombiano y se esclarecen violaciones a sus territorios, comunidades e individuos recogiendo históricamente sus memorias de violencia. En algunos de los testimonios, se señala de manera directa a los actores armados, la sociedad colombiana y el estado como principales responsables en la deshumanización y la violencia ejercida en los pueblos ancestrales durante el conflicto armado; entre estos testimonios, se encuentra los siguientes: “Un soldado que recordó la mutilación y profanación del espacio sagrado del río y el árbol, y cómo, frente a la desesperación y las quejas de los indígenas, actuó con indiferencia y se rehusó a detener los hechos. ¿Cómo no identificar en esas palabras una mentalidad que ridiculiza los saberes y la cultura indígena, y ofende a la naturaleza? [...] Una mujer de un pueblo indígena del Vaupés, en riesgo de extinción física y cultural, que narró cómo las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo (FARC-EP) reclutaron en la Amazonía a niños para que combatieran en diferentes unidades móviles guerrilleras, donde murieron muchos de ellos. O el de otras víctimas de reclutamiento forzado en esta región, que contaron cómo la guerrilla ejecutaba a los menores que intentaban desertar. ¿Cómo no reconocer que el conflicto armado ha favorecido el exterminio cultural y físico de pueblos indígenas, y que el reclutamiento forzado de menores afecta su identidad milenaria

y su capacidad de pervivencia?”. Con respecto a estos testimonios, se logran evidenciar acciones poco empáticas hacia las comunidades indígenas por parte de las sociedades occidentalizadas y así mismo, rasgos evidentes de violencia deshumanizada y discriminación que interfieren en la toma de decisiones, el libre desarrollo de su personalidad, su cultura y caracteres espirituales, la autonomía, la reconfiguración continua y persistente de factores biopsicosociales y la salud de los pueblos ancestrales. Así mismo, refieren hallazgos de violencia persistente en el transcurso de la historia enfocados en los pueblos ancestrales: “El primer hallazgo de la Comisión de la Verdad documenta el trato colonial y el racismo estructural vivido por los pueblos étnicos en Colombia a lo largo de un contínuum de violencias en que el Estado, por acción u omisión, ha incumplido su obligación de respetar, proteger y garantizar los derechos de todos los ciudadanos, sin discriminar ni revictimizar a ningún sector de la población, ya sea por su color de piel, pertenencia étnica o ubicación en la geografía nacional. Las evidencias indican que el trato colonial persiste en pensamientos, discursos y prácticas basados en el proyecto identitario europeo que subordina a otras culturas para disolverlas dentro de sí: un proyecto único, monocultural y monolingüe que fomenta instituciones e imaginarios coloniales. Este hallazgo cuenta con distintas connotaciones para cada pueblo étnico. El segundo hallazgo evidencia que, como consecuencia de creencias y prácticas sociales basadas en el trato colonial y en el racismo estructural, el contínuum de violencias contra los pueblos étnicos fue asimilado y replicado en el accionar de los grupos armados en el conflicto armado y causó daños e impactos desproporcionados. El tercer hallazgo da cuenta de la existencia de diecisiete corredores del conflicto armado en macroterritorios étnicos. Estos corredores son dinámicos y han constituido el epicentro de la confrontación de los grupos armados que

disputan las rentas de seguridad para desarrollar economías extractivas legales e ilegales. El cuarto hallazgo muestra cómo el trato colonial y el racismo estructural están expresados en la invisibilidad de información estadística sobre los pueblos étnicos, narrativas del conflicto armado y la violencia histórica, lo que ha impedido a la sociedad colombiana, bajo su propia voz y análisis, conocer la realidad de la historia de los pueblos étnicos y la dimensión de las violencias y daños sufridos en el marco del conflicto armado. De igual modo, se ha reproducido un racismo institucional, puesto que, ante el diagnóstico incompleto y con fallas estructurales, las respuestas institucionales no garantizan los derechos de los pueblos étnicos. El quinto hallazgo expone la desproporción de la violencia, los daños del conflicto armado y las violencias históricas contra los pueblos étnicos, debido a la sobrerrepresentación de víctimas de pueblos étnicos, en lo que respecta al total de población étnica y a la drástica disminución de la población de algunos pueblos y territorios (varios incluso han desaparecido o cuentan con muy pocos habitantes). La desproporcionalidad queda también manifiesta en el acumulado de daños y violencias de los distintos actores armados, que ha generado graves afectaciones a la pervivencia cultural como pueblos, a la existencia como colectivo, a la transmisión de conocimiento intergeneracional, a sus formas de gobierno y organización, y al territorio. El sexto hallazgo muestra que, como integridad viviente y sustento de la vida e identidad cultural, el territorio y la naturaleza fueron víctimas del conflicto armado. Estos sufrieron múltiples daños y fueron profanados por el accionar violento de los grupos armados en asociación con sectores económicos o políticos que se beneficiaron del conflicto armado. El séptimo hallazgo indica que las violencias continuas contra los pueblos indígenas u originarios evidencian prácticas recurrentes que permiten la imposición cultural mediante procesos de invasión, ocupación del territorio y

sometimiento de las comunidades y de sus miembros, lo que contribuye, en el marco del conflicto armado, al exterminio físico y cultural de los pueblos indígenas. El octavo hallazgo explica la profundización del discurso de negación del ser al pueblo negro, que está directamente relacionado con la privación de los derechos a un territorio, a una cultura y a un proyecto comunitario libre de discriminación racial. Como consecuencia, estos pueblos han sido víctimas recurrentes, en el marco de la introducción del conflicto armado, de ciclos desproporcionados de desterritorialización, ocupación de territorios, despojo y desprotección. El noveno hallazgo señala que las principales vulneraciones al pueblo rom en el marco del conflicto armado han sido la persecución cultural, el desplazamiento y el eterno exilio. Un pueblo que históricamente ha sido víctima de prejuicios, creencias racistas, persecución y estigmatización cultural”. En síntesis, se ha planteado con anterioridad que las comunidades indígenas o ancestrales llevan consigo un trauma histórico consecuente a los actos de violencia persistentes en su línea de tiempo, en las cuales se tienen en cuenta grandes problemáticas sociales como lo son discriminación, abandono estatal, procesos de aculturación impuestos, racismo, aprovechamiento de cultivos ancestrales por medio de actividades económicas ilícitas, violencia estadística, estigmatización y prejuicio sociocultural.

En otro tomo presentado por la comisión de la verdad (2017), titulado: “Hallazgos y recomendaciones de la comisión de la verdad de Colombia” se presenta un apartado correlacionando el narcotráfico con el conflicto armado, en el cual Juan Manuel Santos expresidente de la república de Colombia afirma: “El precio que hemos pagado y lo que ha significado para el conflicto el negocio del narcotráfico es inmenso. Y lo he podido comprobar en todas las impresiones, porque en todo lo que se diga de una u otra forma hay

una relación con el narcotráfico, en todo sentido. Eso es transversal a todo el conflicto. Es como una flecha envenenada que atraviesa todo”. Teniendo en cuenta lo anterior, se refleja la frustración gubernamental consecuenta a la poca eficacia que tienen las intervenciones con objetivo de erradicación y control de cultivo ilícito que influye de manera directa en la economía nacional y al mismo tiempo, la violencia y el poder ejercido por grupos armados al margen de la ley alrededor de la misma. El afrontamiento pautado en este caso por parte del gobierno colombiano ha sido aumentar las penas carcelarias, ejecutar capturas numerosas de narcotraficantes, extender de manera rigurosa la seguridad en los diferentes puertos, bases aéreas y terrestres, generar acciones ante bandas de microtráfico organizadas, etc.; aun así, se evidencia la persistencia de esta problemática con nuevas ideaciones y estrategias que incluso pueden pasar por desapercibidas para algunas autoridades.

Consecuente a ello, uno de los factores problemáticos que más prevalece en las comunidades indígenas es el desplazamiento forzado; y en gran parte, a ello se le atribuyen problemáticas persistentes en las comunidades, entre ellas el consumo de coca, marihuana y alcohol, necesidades laborales, económicas y académicas. Para brindar un análisis a estos factores persistentes, es de gran importancia recalcar los determinantes sociales en salud, dentro de los cuales, según el perfil de salud de la población indígena, y medición de desigualdades en salud (2016) pauta un referente teniendo en cuenta elementos específicos, como por ejemplo, la accesibilidad a servicios públicos: “La proporción de viviendas en la población general sin ningún servicio público fue de 16,4%, mientras que en la población indígena fue de 50,2%. Ahora bien, el 81,8% de las viviendas ocupadas de la población general en el área rural dispersa tenía conexión al servicio de energía eléctrica, el 42,5% tenía acueducto y solo el 6,0% tenía alcantarillado. En la población indígena el 49,1% tenía

conexión al servicio de energía eléctrica, 20,0%, tenía acueducto y 5,5% tenía alcantarillado”; otro indicador a tener en cuenta es la accesibilidad a la educación, donde nuevamente se evidencian, rasgos de inequidad social: “El 12,6% de la población de la zona rural dispersa mayor a 15 años reportó que no sabía leer ni escribir y el 22,2% de la población que se auto reconoce indígena de la zona rural dispersa mayor a 15 años reportó que no sabía leer ni escribir. El 79,7% de la población entre 5 y 16 años en el área rural dispersa asiste a la educación. En territorio de población indígena el 77,3% de la población que se auto-reconoce indígena entre 5 y 16 años asistía a la educación. Frente al analfabetismo de los jefes de hogar mayores de 15 años se encontró que el 12,5% de la población mayor a 15 años reportó que no sabía leer ni escribir. El 27,5% de los jefes de hogar (mayor a 15 años) que se auto-reconocieron indígenas reportó que no sabía leer ni escribir”.

En el caso de consumo de coca y marihuana de las comunidades indígenas en entornos occidentales, es imposible diferenciar el uso recreativo o espiritual de las mismas consecuente a que gran parte de los artículos, publicaciones y estadísticas no caracterizan el objeto de consumo que brindan los individuos; además de esto, el modelo biomédico actual pauta el consumo de coca y marihuana como un trastorno en salud mental establecido en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (2024): “F10-F19: Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas- Uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas” en este caso, se establecen criterios para entablar un diagnóstico clínico; bien sea por consumo habitual de sustancias, alteraciones emocionales y conductuales con evidentes alteraciones en sus entornos sociales.

Otra temática importante a tener en cuenta ante el consumo temprano de sustancias psicoactivas en niños y adolescentes son las habilidades sociales para la vida ya que se evidencian falencias específicas en el afrontamiento a conflictos, toma de decisiones y autonomía. Además de ello, los entornos familiares interfieren directamente en los individuos y sus habilidades sociales, por ende, es de gran importancia evaluar las dinámicas familiares y las herramientas biopsicosociales con las cuales cuentan en sus entornos, ayudando a fortalecer las mismas por medio de intervenciones comunitarias que incrementen factores protectores y así mismo, ayuden a la población a fortalecer sus habilidades sociales.

Según Rojas (2020): “El consumo de drogas licitas e ilícitas supone una problemática que acarrea un sinnúmero de factores de riesgo y factores protectores, que bajo influencias inconscientes determinan conductas fuera de lo normal en los individuos. Los factores de riesgo y los factores de protección, relacionados con el consumo, aparecen en la adolescencia, que es un momento clave en la adquisición de las conductas, debido a que la adolescencia, por ser parte de la etapa evolutiva, se relaciona significativamente con el consumo de las sustancias psicoactivas [...] Los factores de riesgo son características o atributos individuales, familiares o sociales, que posibilitan o aumentan el consumo de sustancias psicoactivas. A nivel individual los factores de riesgo están asociados la baja tolerancia a la frustración, conductas agresivas, baja autoestima, entre otros; entre los factores familiares se encuentran: consumo de sustancias psicoactivas por parte de padres de familia o cuidadores, disciplina autoritaria, sobreprotección, falta de supervisión de los padres o cuidadores en las actividades de los hijos, violencia intrafamiliar, entre otros; entre los factores de riesgo social se encuentran: bajo apoyo de redes sociales, disponibilidad de

las sustancias psicoactivas, uso de sustancias psicoactivas por parte de pares, violencias en el entorno escolar y social, entre otro. Generando un problema social que cada vez es más latente en nuestra sociedad [...] Los factores protectores son características o atributos individuales y tienen la capacidad de reducir, inhibir y atenuar la probabilidad de que se consuman sustancias. Los familiares o sociales, que reducen la posibilidad de uso, abuso o dependencia de las sustancias psicoactivas. Entre los factores individuales se encuentran: empatía, habilidades sociales, capacidad para afrontar problemas, entre otros; entre los factores familiares se encuentran el respeto, la confianza, las normas y reglas del hogar, entre otros; entre los factores sociales se encuentran la participación en actividades comunitarias, la normatividad respecto a las sustancias psicoactivas, el acceso a servicios de salud y educación, entre otros”. Teniendo en cuenta lo anterior, se identifican factores prevalentes para desarrollar un consumo temprano de sustancias, como lo son maltrato (físico, verbal, emocional, económico), ausencia del rol y poca presencia-acompañamiento en el entorno y consumo problemático de sustancias por parte de los padres (conductas normalizadas o adaptadas por imitación).

Así mismo, es de gran importancia aclarar que los abordajes pautados en salud pública para brindar afrontamiento al consumo problemático de sustancias conllevan una perspectiva propia de las sociedades occidentalizadas, por ende, las mismas no brindan respuestas efectivas a las necesidades percibidas en salud mental por las comunidades indígenas. En este caso, se debe brindar un abordaje multidireccional, multidisciplinar e interdisciplinar desde el aspecto comunitario, adhiriendo, respetando y comprendiendo la cosmovisión propia de las comunidades; logrando así, un afrontamiento completo y transversal a sus necesidades o problemáticas pautando herramientas específicas, como por

ejemplo, la escucha activa de sus líderes sociales y espirituales, la promulgación de sus cuidados o saberes en salud y la armonización de los sistemas de salud ancestrales por medio de una perspectiva integral e intercultural.

## Conclusiones

Es necesario establecer abordajes que se adapten a las necesidades en salud mental de las comunidades indígenas colombianas, con base a su cosmovisión, prácticas y antecedentes ancestrales desde un enfoque biopsicosocial. Esto en consideración a lo evidenciado en el transcurso de la investigación, pues persiste una generalización de saberes y perspectivas biomédicas, en las cuales se tiende a psiquiatrizar el uso de plantas maestras; limitando la comprensión de la cosmovisión, cosmogonía y cosmoexistencias propias de cada comunidad.

Es de gran importancia ejercer y pautar espacios de escucha activa con colectivos que forman parte de las comunidades, ya que, por medio de estos, se permite en primer lugar comprender las perspectivas, costumbres y saberes propios de las comunidades, con el fin de construir intervenciones desde un enfoque intercultural y pluriétnico teniendo en cuenta los pilares epistemológicos propios de los colectivos comunitarios. En segunda medida, el objeto de estos espacios se enfoca en identificar y pautar por medio de sus voceros modelos pedagógicos específicos, con los cuales se incrementa la adherencia a estrategias e intervenciones en salud mental, generando al mismo tiempo, un espacio ambivalente de saberes que aporten al abordaje adecuado de sus necesidades comunitarias, colectivas e individuales.

La concepción gubernamental de las comunidades indígenas (gobernanza), conlleva en sí misma estatutos y perspectivas opuestas ante las ramas del poder ejecutivo, legislativo y judicial ejercido en este caso por las sociedades occidentalizadas. Ahora bien, es necesario

esclarecer que, aunque algunos colectivos de las comunidades indígenas ejercen participación política, no se evidencia adherencia ante estrategias o políticas en salud pública. Teniendo en cuenta lo anterior, cabe aclarar que los bajos índices de adherencia por parte de algunas comunidades indígenas, se atribuye en específico a la nula maleabilidad e interculturalidad en el planteamiento de intervenciones y estrategias. A partir de ello, es necesario tener en cuenta los determinantes sociales en salud mental presentes en sus colectivos, para ello se pueden plantear estudios etnográficos enfocados en lectura de necesidades; no solamente para lograr establecer o pautar intervenciones, sino más bien para comprender su historia generacional y brindar un abordaje holístico enfocado en habilidades sociales.

En el transcurso de su historia cultural y espiritual, las comunidades indígenas han establecido un consumo habitual de plantas maestras en torno a sus conceptualizaciones y costumbres ancestrales, las cuales han sido arraigadas a sus necesidades espirituales y comunitarias. El uso de estas plantas maestras se aísla por completo del objeto recreativo y psicoactivo evidenciado en las sociedades occidentalizadas. Sin embargo, gran parte de los estudios identificados en la revisión narrativa tienden a psiquiatrizar el uso de plantas maestras en las comunidades indígenas, y al mismo tiempo lo considera como una de las principales problemáticas en salud pública persistentes en las sociedades occidentalizadas. Limitando así, la visión cosmogónica de las comunidades, e incrementando de cierta manera los sesgos de interpretación y la estigmatización social persistente en las sociedades occidentalizadas hacia las comunidades indígenas.

Por otra parte, se evidencian sesgos de información y análisis en la caracterización de los estudios poblacionales; ya que en primer lugar no se estipula la funcionalidad u objeto que los miembros de las comunidades indígenas brindan al uso y consumo de sus plantas maestras (espiritual, ritual, recreativo, etc). Por otra parte, no se especifica su comunidad de origen, generalizando la información e incrementando el desconocimiento de las sociedades occidentalizadas ante la pluriculturalidad de las comunidades y sus colectivos, minimizando así, su cosmovisión espiritual y conceptualizaciones específicas arraigadas a sus principios y valores.

En tanto a los aportes o beneficios de nuestra investigación, es de gran importancia recalcar que se pauta la perspectiva de las comunidades indígenas colombianas y sus colectivos; evitando por completo adherir un modelo biomédico con tendencias a la psiquiatrización. De igual manera, se genera un aporte de herramientas académicas ante temáticas sociales con poco abordaje y disponibilidad de fuentes bibliográficas, esto con la intencionalidad de evitar interferencias en el curso y construcción de próximos estudios interdisciplinarios. Así mismo, incide en un enfoque educativo con el objeto de evitar la estigmatización social ante el uso y consumo de plantas maestras por parte de las comunidades indígenas, sus colectivos e individuos.

## Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Presentación de la propuesta de investigación a los docentes											
	■										
Presentación de la justificación y planteamiento del problema											
		■									
Revisión de la metodología e instrumento											
			■								
Desarrollo del marco teórico											
				■							
Recolección de la información											
					■						
Realización del plan de análisis											
					■	■	■	■	■	■	■
										■	
											■

Fuente: Investigadoras (2.023).

### Referencias bibliográficas

ACNUR (2011) Colombia situation. INDÍGENAS. Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados. Vol. 4. Recuperado de

[https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Colombia/Situacion\\_Colombia\\_-\\_Pueblos\\_indigenas\\_2011.pdf](https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Colombia/Situacion_Colombia_-_Pueblos_indigenas_2011.pdf)

Aguilera (2014) ¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis? Revista de la Sociedad Española del Dolor. Vol. 21 (No. 6). Recuperado de

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462014000600010&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462014000600010&script=sci_arttext&tlng=pt)

Arévalo, C., Ocampo, J., Buitrago, M. (2023) Determinación social del consumo de alcohol entre los pueblos indígenas de Colombia: una metasíntesis cualitativa.

Revista BMC salud pública. Vol 23 (No 1). Recuperado de

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36915079/>

Atehortúa, A., Rojas, D. (2008) El narcotráfico en Colombia. Pioneros y capos. Revista Historia y espacio. Vol. 4. (No. 31). Recuperado de

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4015471.pdf>

Babor, T., Higgins, J., Saunders, J., Monteiro. (2001) Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Organización Mundial de la salud.

Departamento de salud mental y dependencia de sustancias. Recuperado de

[https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AUDIT\\_spa.pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AUDIT_spa.pdf)

Burgess, R., Dedios, M., Maldonado, D., Fonseca, L., Vera, N., Lucumí, D., González, M., Carreño, M., Gaviria, M., Tovar, D., Jovchelovitch, S. (2022) Uso de la

investigación-acción participativa para reimaginar los servicios comunitarios de salud mental en Colombia: un protocolo de estudio de métodos mixtos. BMJ open. Vol 12 (No.

12) Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36549743/>

Chindícue, B., Castaño, G. (2021) Consumo de drogas en comunidades indígenas del Cauca-Colombia. Características sociodemográficas y clínicas. Universidad

CES. Recuperado de <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/5345?show=full>

Comisión de la verdad (2022) Hay futuro si hay verdad. Informe final. Hallazgos y recomendaciones de la comisión de la verdad de Colombia. Tomo 2.

Recuperado de <https://www.comisiondelaverdad.co/hay-futuro-si-hay-verdad>

Comisión de la verdad (2022) Hay futuro si hay verdad. Resistir no es aguantar. Violencias y daños contra los pueblos étnicos de Colombia. Tomo 9. Recuperado de

<https://www.comisiondelaverdad.co/hay-futuro-si-hay-verdad>

Comisión de la verdad (2017) ¿Qué es la Comisión de la Verdad?. Recuperado de

<https://web.comisiondelaverdad.co/la-comision/que-es-la-comision-de-la-verdad>

Corte constitucional (2009) Auto 004/09. Protección de derechos fundamentales de personas e indígenas desplazados por el conflicto armado. Recuperado de

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2009/a004-09.htm>

Corte constitucional (2004) Sentencia T-025/04. Agencia oficiosa en tutela. Recuperado de

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-025-04.htm>

Cote, M., Uribe, M., Prieto, E. (2013) Validación para Colombia de la escala Crafft para tamización de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. Revista

salud pública. Vol. 15 (No. 2). Recuperado de

<https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2013.v15n2/220-232>

Cortina, G. (2014) La adolescencia como periodo de cambio. La formación de la identidad en el adolescente. Universidad Internacional de la Rioja UNIR. Recuperado de [https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/3061/Gema\\_Cortina\\_Barro.pdf;sequence=1](https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/3061/Gema_Cortina_Barro.pdf;sequence=1)

Izquierdo (2019) Coca, planta sagrada para el cuidado de la madre tierra.

AYU KUNSU NIWIZEY. Licenciatura en pedagogía de la Madre Tierra.

Universidad de Antioquia. Recuperado de

<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/19312>

Departamento Nacional de Planeación-DNP (2020) Formulación de políticas públicas y programas. Recuperado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/DNP/SIG/PT->

[CA-](#)

[03%20Formulaci%C3%B3n%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20y%20Programas.Pu.pdf](#)

Función pública (2017) Decreto 588 de 2017. “Por el cual se organiza la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la no Repetición”. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=80633>

González, I., Hernández, A., Otero, A. (2013) El ciclo de la violencia en consumidores de sustancias tóxicas. Revista MEDISAN. Vol. 17 (No. 12). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013001200008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001200008)

Hernández, F., Rojas, R. (2023) Ciencias de la Implementación y Salud Mental: un Diálogo Urgente. Revista colombiana de psiquiatría. Vol 52 (No.1). Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745021001384>

Informe Belmont sobre Psiquiatría Legal. Revista digital INESEM. Saude Publica. (2016)

<https://www.inesem.es/revistadigital/juridico/informe-belmont/>

Kokole, D; Jané-Llopis, E; Mercken, L. (2021) Factores asociados con la conducta de detección de alcohol en proveedores de atención primaria de salud en Colombia, México y Perú. Revista Abuso de sustancias. Vol. 42 (No.4). Recuperado de <https://doi.org/10.1080/08897077.2021.1903658>

Mendoza, A. (2015). Significados del consumo de sustancias psicoactivas en indígenas estudiantes de una universidad de Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672015000300015](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672015000300015)

Ministerio de educación (2021) ¿Cuándo se debe hablar de restablecimiento de derechos para menores de edad en las IES?. Recuperado de [https://www.colombiaaprende.edu.co/sites/default/files/files\\_public/2021-12/Reestablecimiento%20de%20derechos%20ICBF.pdf](https://www.colombiaaprende.edu.co/sites/default/files/files_public/2021-12/Reestablecimiento%20de%20derechos%20ICBF.pdf)

Ministerio de salud y protección social (2015) Perfil de salud de la población indígenas, y medición de desigualdades en salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>

Ministerio de Justicia (2023) Sembrando vida desterramos el narcotráfico. Política Nacional de drogas (2023-2033). Recuperado de <https://www.minjusticia.gov.co/Sala-de-prensa/Documents/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Drogas%202023->

[2033%20%27Sembrando%20vida,%20desterramos%20el%20narcotr%C3%A1fico%27.pdf](#)  
f

Ministerio de Salud (2015) Encuesta Nacional de Salud mental 2015. Tomo I. Recuperado de [https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud\\_mental\\_tomoI.pdf](https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf)

Ministerio de salud y protección social (2012) Ley 1566 del 2012. El consumo de sustancias psicoactivas, un asunto de salud pública. Recuperado de <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031052013-Cartilla.pdf>

Ministerio de salud y protección social (2016) ABECÉ de la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Abece-salud-mental-psicoactivas-octubre-2016-minsalud.pdf>

Montoya, E., López, J., Cristancho, S., Valencia, M., Montero, O., Hernández, D. (2020) Aproximación a la concepción de la salud mental para los pueblos indígenas de Colombia. Revista Ciência & saúde Coletiva. Vol. 25 (No. 3). Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csc/a/4jkWHLjgJGrgSpBdgcsRr4H/#>

Nupan, H., Sanabria, J., Peralta. H. (2022) Salud mental y medicina tradicional de las comunidades ancestrales Pijaos del Tolima en contextos de violencia.

Universidad de San Buenaventura. Recuperado de [https://www.editorialbonaventuriana.usb.edu.co/libros/2022/pdfs/salud\\_mental\\_pijaos\\_violencia.pdf](https://www.editorialbonaventuriana.usb.edu.co/libros/2022/pdfs/salud_mental_pijaos_violencia.pdf)

Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito (2016) Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá. Alcaldía mayor de Bogotá. Recuperado de

[https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Consumo/Estudios/Locales/CO031052016-estudio-consumo-sustancias-psicoactivas-bogota-2016%20\(1\)1.pdf?csf=1&e=MC8bAo](https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Consumo/Estudios/Locales/CO031052016-estudio-consumo-sustancias-psicoactivas-bogota-2016%20(1)1.pdf?csf=1&e=MC8bAo)

Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito (2022) Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá. Alcaldía mayor de Bogotá. Recuperado de

[https://www.unodc.org/documents/colombia/2023/septiembre-9/ESTUDIO\\_DE\\_CONSUMO\\_DE\\_SUSTANCIAS\\_PSICOACTIVAS\\_BOGOTA\\_2022.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2023/septiembre-9/ESTUDIO_DE_CONSUMO_DE_SUSTANCIAS_PSICOACTIVAS_BOGOTA_2022.pdf)

Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (2020) Manual de estrategias de prevención del uso de sustancias psicoactivas. Alcaldía mayor de Bogotá.

Recuperado de <https://www.saludcapital.gov.co/Documents/9.%20MANUALSDS-JUL31%20FINAL.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2006) La salud de los pueblos indígenas de las américas. Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos. Área de tecnología y prestación de servicios de salud. Recuperado de

<https://www.paho.org/es/file/21036/download?token=YbUbke2a>

Pardal, J. (2024) Los artículos de revisión. Orientaciones para los autores y revisores.

Revista ORL. Vol. 14. (No. 3). Recuperado de

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2444-79862023000300001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-79862023000300001)

Pardo, E (2023) Indígenas se toman sede del DANE en Bogotá: con huelga de hambre piden rectificar decisión. Red+. Recuperado de

<https://redmas.com.co/colombia/Cifras-con-las-que-no-contaba-el-DANE-cientos-de-indigenas-acampan-en-su-sede-en-Bogota-20231114-0037.html>

Pedroza, A. (2020). Consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas de los adolescentes de un territorio indígena en la Amazonía colombiana. Recuperado de [http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502020000400246](http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502020000400246)

Pérez, A. (2014). Sustancias psicoactivas: historia del consumo en Colombia. Bogotá D.C.: Universidad de Los Andes. Recuperado de <https://cienciassociales.uniandes.edu.co/publicaciones/sustancias-psicoactivas/>

Perez, Y. (2018) Modelo biopsicococial como fuente de bienestar integral en el ser humano. Revista Dialnet- Perspectivas educativas. Vol. 8. (No. 1). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7845087>

Portal territorial de Colombia () Régimen de la AESGPRI. Recuperado de <https://portalterritorial.dnp.gov.co/AdmEtnico/KitERegimen>

Rojas, T., Reyes, B., Tapia, A., Sanchez, J. (2020) El consumo de sustancias psicoactivas y su influencia en el desarrollo integral. Journal of business and entrepreneurial studies, Vol. 4. (No.1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/5736/573667940004/html/>

Satizabal, M., Ortiz, D., (2019) Mentalmente sanos:Una experiencia con enfoque comunitario. Revista salud pública. Vol 21. (No. 1). Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/63309>

Torres, J (1998) Acerca de la planta maestra: vehículo de introspección. Memorias del segundo foro internacional sobre espiritualidad indígena (Pág. 58-62). Recuperado de [https://www.takiwasi.com/docs/arti\\_esp/acerca\\_planta\\_maestra.pdf](https://www.takiwasi.com/docs/arti_esp/acerca_planta_maestra.pdf)

Tamayo (2002) El proceso de la investigación científica. Cuarta edición Editorial Limusa.

Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/0B4R1ssRAL-->

[ZNzExZDVIYWEtNDc5Yi00NWYyLTg4ZjMtMGI0YWZyYjFIMmUx/view?hl=es&pli=1  
&resourcekey=0-myplvhXFcpPJZUUQojSYSQ](https://drive.google.com/file/d/0B4R1ssRAL--ZNzExZDVIYWEtNDc5Yi00NWYyLTg4ZjMtMGI0YWZyYjFIMmUx/view?hl=es&pli=1&resourcekey=0-myplvhXFcpPJZUUQojSYSQ)

Urrutia, J., Brian, A., Belouin, S., Berger, A., Griffiths, R., Grob, C., Henningfield, J.,

Labate, B., Maier, L., Maternowska, C., Weihold, F., Yaden, D., Magar, V.

(2023) Ciencia psicodélica, prácticas contemplativas y sistemas de conocimientos

indígenas y otros sistemas tradicionales: hacia enfoques integradores comunitarios en

salud global. Revista de drogas psicoactivas. Vol 55. (No. 5). Recuperado de

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37747281/>

Urrego, Z. (2017). Consideraciones éticas para la investigación en salud con pueblos

indígenas de Colombia. Revista de salud pública. Vol. 19 (No. 6). Recuperado

de

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012400642017000600827&script=sci\\_abstract&  
tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012400642017000600827&script=sci_abstract&tlng=es)

Zuluaga, G., Correal, C., Rodríguez, A., Cano, P., Sarmiento, I. (2022) Panorama de la

medicina tradicional en el resguardo Muisca de Cota, Colombia: estudio

transversal. Medwave. Vol 22 (No.02). Recuperado de

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1366382>