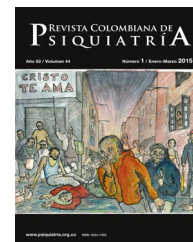




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Salud mental, sufrimiento emocional, problemas y trastornos mentales de indígenas colombianos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

Carlos Gómez-Restrepo^{a,b,*}, Carlos Javier Rincón^a y Zulma Urrego-Mendoza^c

^a Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^c Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de julio de 2016

Aceptado el 23 de septiembre de 2016

On-line el 2 de diciembre de 2016

Palabras clave:

Indígenas
Trastornos mentales
Problemas mentales
Cultura
Alcohol
Salud mental

RESUMEN

Introducción: Los indígenas son el 5% de la población mundial y un tercio de la población pobre del mundo. Se han observado tasas de alcoholismo, abuso de sustancias, problemas y trastornos mentales más altos que en la población general.

Métodos: Análisis de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. En esta se preguntó el autorreconocimiento como indígena de acuerdo con la cultura, el pueblo o los rasgos físicos.

Resultados: Se encuestó a 902 indígenas, que corresponden al 8,3% de la población adulta encuestada, localizados mayoritariamente en el Pacífico (39,5%), la Región Atlántica (23,7%) y Oriental (20%). Reporta estado de pobreza el 26,6%, solo el 31,7% habla la lengua de su pueblo y el 17,8% informa desplazamiento por la violencia. El 42,9% define salud mental como «tener buena salud física, comer, dormir, descansar». Respecto a problemas y trastornos mentales, un 8% reporta consumo excesivo de alcohol y el 7,9%, consumo de riesgo. Respecto a posible psicopatología general medida con el SRQ, se presentan síntomas en el 8,1% de la población abordada; las prevalencias de vida de los trastornos mentales ansiosos y depresivos alcanzaron el 6,7% de las mujeres y el 8,4% de los varones, y los factores asociados que muestran mayor riesgo son la edad de 18-44 años, no hablar la lengua de su pueblo, vivir en Bogotá, en área urbana, y consumir sustancias psicoactivas y cigarrillo.

Conclusiones: Las personas que se reconocen como indígenas presentan altas tasas de desplazamiento por violencia y reportan problemas y trastornos mentales frecuentes que se asocian con factores compatibles con pérdida de rasgos culturales propios.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgomez@javeriana.edu.co (C. Gómez-Restrepo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.005>

0034-7450/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Mental Health, Emotional Suffering, Mental Problems and Disorders in Indigenous Colombians. Data From the National Mental Health Survey 2015

A B S T R A C T

Keywords:

Indigenous
Mental disorders
Mental problems
Culture
Alcohol
Mental health

Background: Indigenous people represent 5% of the world population and one-third of the poor ones. Alcoholism rates, substance abuse problems, and mental disorders are shown to be higher than the general population.

Methods: An analysis was made of the data from the National Mental Health Survey 2015. In this survey, it was asked if self-recognition as a native was according to the culture, the people, or physical features.

Results: A total of 902 indigenous people were surveyed, corresponding to 8.3% of the surveyed adult population. The majority (39.5%) lived in the Pacific region, with 23.7% Atlantic region, and 20% in the Eastern region. More than one-quarter (26.6%) reported a status of poverty, 31.7% spoke the language of their people, and 17.8% reported displacement due to violence. Mental health was defined as, "having good physical health, to eat, sleep and rest, by 42.9%. As regards problems and mental disorders, 8% reported excessive consumption and 7.9% a risk consumption of alcohol. As regards general psychopathology, measured by the (Self-reporting questionnaire) SRQ, 8.1% of the population had symptoms. The life prevalences of anxiety and depressive mental disorders were reported by 6.7% women and 8.4% men, and the associated risk factors that show higher risk were: aged between 18 to 44 years, not speaking the language of their people, living in Bogota, living in urban areas, and consuming psychoactive substances and tobacco.

Conclusions: People who recognised themselves as indigenous have higher rates of displacement by violence, report problems and common mental disorders that are associated with factors consistent with loss of cultural characteristics.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Introducción

Los indígenas son el 5% de la población mundial¹. En la región de América Latina y el Caribe existen unos 45 millones pertenecientes a 826 pueblos²; en Colombia, hay 102 pueblos indígenas, 34 en riesgo de extinción³, que constituyen el 3,4% de la población⁴. En América Latina son el grupo social con menor acceso a los servicios básicos de salud y educación, lo que hace de la condición étnico-racial una causa de inequidad en salud⁵, y la provisión de datos discriminados según pertenencia étnica facilita actuar para superar dichas inequidades⁶.

El Censo colombiano del año 2005 incluyó la pertenencia étnica mediante autorreconocimiento, y se define indígena la persona perteneciente a un grupo caracterizado por rasgos culturales de origen prehispánico y con una economía de autoconsumo, en áreas previamente establecidas⁷, práctica poco sistemática en los estudios del sector salud que dificulta la planeación eficaz de intervenciones acordes con las necesidades⁸⁻¹¹.

Los indígenas conceptualizan la salud mental de manera holística, contextual, ligada al territorio, el bienestar colectivo y la armonía con la madre naturaleza^{12,13}. Además, entre indígenas colombianos, el concepto de salud es integral y equiparable al de buen vivir, sin distinciones de lo físico y lo mental^{14,15}.

En estudios poblacionales, se ha encontrado que las tasas de problemas y trastornos mentales de los indígenas

suelen ser mayores que las de los no indígenas que habitan las mismas zonas. Esto es producto de las diferencias socioeconómicas¹⁶⁻¹⁸, la pobre calidad de vida, el deterioro del tejido social, cultural y familiar^{18,19} y la violencia.

La conducta suicida, el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas y la exposición a violencia familiar e interpersonal son problemas que repuntan entre poblaciones indígenas por todo el mundo¹. En Colombia, el 5% de la población desplazada por el conflicto armado interno es indígena²⁰; los síntomas de ansiedad son manifestaciones de malestar frecuentes entre ellos²¹.

Las tasas de suicidio de indígenas varían entre países y regiones, pero habitualmente son mayores que las correspondientes a la población general, especialmente en jóvenes; por ejemplo, en Fiji es 6 veces mayor que la de población general²²; entre los indígenas brasileños se han encontrado tasas de 30/100.000²³, y en Colombia se ha calculado en 500/100.000²⁴.

Al iniciar la adultez un 58,2% de indígenas norteamericanos ya ha cumplido con el criterio de 1 solo uso de sustancias o trastorno mental a lo largo de la vida, y el 37,2%, 2 o más trastornos mentales o usos de sustancias psicoactivas²⁵. Un 41,8% de los indígenas brasileños participantes en una encuesta poblacional manifestaron tener al menos un miembro de la familia que hace uso de alcohol, que se inicia a edad temprana, sin vinculación con la cultura o los rituales propios²⁶.

Una revisión sistemática identificó tasas variables de prevalencia de trastornos mentales entre los indígenas

australianos, según subgrupos poblacionales, así: trastorno depresivo mayor (4,3-51%); trastornos del estado de ánimo (7,7-43,1%); trastorno de estrés postraumático (14,2-55,2%); trastornos de ansiedad (17,2-58,6%); dependencia de sustancias (5,9-66,2%); dependencia de alcohol (21,4-55,4%) y trastornos psicóticos (1,68-25%)²⁷.

En contraste con las necesidades en salud mental evidenciadas, habitualmente hay importantes barreras de acceso para que estas poblaciones puedan llegar a los servicios de salud mental cuando los requieren; las barreras culturales son especialmente importantes, aunque no las únicas, y no existen acuerdos respecto al tipo y el modo de proveer una atención adecuada^{28,29,9,30}.

Métodos

Este es un estudio de corte transversal; la información se extrajo de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (ENSM 2015) desarrollada por el Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Pontificia Universidad Javeriana. En la ENSM 2015 se recolectó información de 13.555 hogares y 15.351 personas mayores de 7 años, lo que conforma una muestra con representatividad regional.

Se tomó la información de la población de adultos de 18 y más años incluidos en la ENSM 2015 que reportaron pertenencia étnica indígena de acuerdo con la siguiente pregunta: «¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, usted se reconoce como: indígena; gitano/romaní, raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia, palanquero de San Basilio, negro/mulato, afrodescendiente/afrocolombiano, ninguno». Se incluyó en el presente estudio a los que se auto-reconocieron como indígenas. Siguiendo lo planteado por el DANE, en esta encuesta se asumió el criterio de autorreconocimiento cultural (costumbres y tradiciones) o por los rasgos físicos para reconocer a una persona como pertenencia a este grupo⁷.

Las variables observadas en esta población fueron: escolarización (si actualmente estudia o no), edad, sexo, desplazamiento de lugar de residencia a causa de la violencia, zona (rural/urbana), región (Central/Atlántica/Bogotá/Oriental/Pacífica), nivel de pobreza (medido a partir del índice de pobreza multidimensional), si ha presentado algún trastorno mental afectivo o ansioso a lo largo de su vida (depresión mayor o menor, distimia, manía, hipomanía, trastorno de ansiedad generalizada, pánico, fobia social), consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses y consumo de bebidas alcohólicas (medido a partir del cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol Audit).

Todos los análisis fueron ponderados utilizando el método de linealización mediante series de Taylor para la estimación de la varianza en encuestas complejas. Se estimó la proporción de las variables incluidas en el estudio con su correspondiente intervalo de confianza del 95% (IC95%). Se evaluó la asociación entre cada variable y la presencia de trastornos con la prueba de la χ^2 . Con las variables cuyo valor de p correspondiente a la prueba de asociación fuera $< 0,2$ se ajustó un modelo de regresión logística de tipo exploratorio,

Tabla 1 – Características sociodemográficas de la población indígena (n = 902)

Edad (años)	39 (18-88)
18-44 años	532 (59,0)
45 o más años	370 (41,0)
Sexo	
Varones	387 (42,9)
Mujeres	515 (57,1)
Estado civil	
Casado/unión libre/pareja	509 (56,4)
Separado/viudo/divorciado	146 (16,2)
Soltero	247 (27,4)
Región	
Central	86 (9,5)
Atlántica	214 (23,7)
Bogotá	66 (7,3)
Oriental	180 (20,0)
Pacífica	356 (39,5)
Zona	
Urbana	454 (50,3)
Rural	448 (49,7)
Pobreza: IMP	
Hogares en no pobreza	662 (73,4)
Hogares en pobreza	240 (26,6)
Habla lengua de su pueblo	
Sí	286 (31,7)
No	616 (68,3)

Los valores expresan n (%) o mediana (intervalo).

reportando como medida del efecto el riesgo relativo indirecto (OR) con su respectivo IC95%.

Resultados

Se encontró que 902 personas adultas reportaron pertenencia étnica indígena, lo que corresponde al 8,3% de la población adulta encuestada. Este grupo tenía una mediana de edad de 39 (18-88) años; el 59% tenía 18-44 años y los demás, ≥ 45 años. El 57,1% eran mujeres y el 42,9%, varones. Convivían con alguna pareja el 56,4%. Según la región del país, están localizados mayoritariamente en el Pacífico (39,5%), seguida de la región Atlántica (23,7%) y la Oriental (20%). La distribución en áreas rural y urbana fue semejante, con alrededor del 50% para cada una de ellas. Estaba en estado de pobreza según el IMP el 26,6% y solo el 31,7% habla la lengua materna de su pueblo (tabla 1).

Acerca de la definición de salud mental, la más seleccionada entre las propuestas del estudio (el 42,9% de los indígenas) es «Tener buena salud física, comer, dormir, descansar», seguida por «Superar las dificultades y seguir adelante con ganas de vivir» (36,2%) y «Sentirse bien, feliz, en paz con uno mismo» (35,7%). En cuanto a las definiciones de paz presentadas por la encuesta, el 59,3% la consideró como «Poder vivir y compartir juntos dentro de la sociedad», seguida por «Desarrollo social y humano en aspectos de educación, salud, economía, entre otros», elegida por el 39%. Un 5,5% de los indígenas describen como regular o pobre su salud mental, con una valoración del estado de salud de 75,8/100, mientras

Tabla 2 – Definición, valoración de la salud mental y estados de salud en población indígena

	% (IC95%)
<i>¿Cómo define su salud mental?</i>	
Tener buena salud física, comer, dormir, descansar	42,9 (38,2-47,8)
Superar las dificultades y seguir adelante con ganas de vivir	36,2 (31,7-41)
Sentirse bien, feliz, en paz con uno mismo	35,7 (31,1-40,5)
No preocuparse, no estresarse, no sufrir	28,5 (24,4-33,1)
Ser productivo, trabajar, estudiar	28,5 (24,3-33)
Pensar, reflexionar, aprender de la vida	21,4 (17,7-25,6)
Tener todas las comodidades, que no le falte nada	21,0 (17,4-25,1)
Llevarse bien con los demás, querer y que lo quieran	19,9 (16,3-24)
No meterse con nadie y que nadie se meta con uno	15,8 (12,6-19,7)
Divertirse, gozar, disfrutar, vivir la vida	8,4 (5,8-11,9)
Poder hacer siempre lo que se quiere	6,9 (4,9-9,7)
<i>En general diría usted que su salud mental es:</i>	
Excelente	19,2 (16-22,9)
Muy buena	27,0 (22,9-31,5)
Buena	48,4 (43,5-53,2)
Regular	5,2 (3,5-7,7)
Pobre	0,3 (0-1,9)*
<i>¿Qué es paz para usted?</i>	
Poder vivir y compartir juntos dentro de la sociedad	59,3 (54,4-63,9)
Desarrollo social y humano en aspectos de educación, salud, economía, entre otros	38,0 (33,5-42,7)
Ausencia de violencia	27,3 (23,2-31,8)
VES, media (mayor puntuación, 100)	75,8 (74-77,6)
<i>Categorías VES</i>	
1-20	11,4 (8,4-15,4)
21-40	3,0 (1,7-5)
41-60	12,1 (9,6-15,1)
61-80	29,6 (25,2-34,3)
81-100	44,0 (39,2-48,8)

VES: valoración del estado de salud.

* Estimaciones con coeficiente de variación > 33,3%, por lo tanto, imprecisas.

que el 73,6% de las personas tiene valoraciones del estado de salud > 60 (tabla 2).

Acerca de la ideación suicida, el 4,9% de los indígenas han pensado seriamente en suicidarse y, de estos, el 27,3% ha tenido un plan suicida; finalmente, el 1,3% de los indígenas han sobrevivido al intento de suicidio; el estudio no indagó sobre la frecuencia del suicidio efectivamente consumado por personas adultas pertenecientes a esta población. El mayor consumo de sustancias psicoactivas (SPA) es de alcohol, con una prevalencia en los últimos 12 meses del 81,6%, seguido por consumo de cigarrillo (8,2%) y marihuana (1,5%). El consumo de alcohol evaluado por la escala Audit muestra un consumo excesivo del 8%, con consumo de riesgo del 7,9% y probable dependencia del alcohol del 0,3% (tabla 3).

Respecto a la psicopatología general medida con el SRQ, se presentan síntomas en el 8,1% de la población indígena, con prevalencia ligeramente mayor en las mujeres (el 8,9 frente al 7,3%), los mayores de 45 años (el 11 frente al 6,6%), los que no

Tabla 3 – Intento de suicidio y consumo de sustancias en población indígena

<i>Alguna vez ha pensado seriamente en suicidarse</i>	
Sí	44 (4,9)
No	858 (95,1)
<i>De los que han pensado en suicidarse alguna vez, han hecho un plan para suicidarse</i>	
Sí	12 (27,3)
No	32 (72,7)
<i>Intento de suicidio en la población</i>	
Sí	12 (1,3)
No	890 (98,7)
<i>Consumo de sustancias psicoactivas en toda la vida</i>	
Cigarrillo	38 (4,2)
Alcohol	308 (34,1)
Marihuana	15 (1,7)
Otras	12 (1,3)
Ninguna de las anteriores	529 (58,6)
<i>De los que consumieron en toda la vida, ¿cuál es el consumo de SPA en los últimos 12 meses?</i>	
Cigarrillo	27 (8,2)
Alcohol	270 (81,6)
Marihuana	5 (1,5)
Otras	0
Ninguna de las anteriores	29 (8,8)
<i>Consumo de alcohol: AUDIT</i>	
Consumo excesivo	72 (8,0)
Bebedores de riesgo	71 (7,9)
Probable dependencia	3 (0,3)
Ninguno de los anteriores	756 (83,8)

Los valores expresan n (%).

reportan estado de pobreza, no hablan el lenguaje de su pueblo (el 9,4 frente al 5,8%), los que viven en área urbana (el 10,9 frente al 6,2%) y en Bogotá (17,8%) y la región Central (16,6%). El 26,8% de los indígenas refieren haber sido desplazados alguna vez en la vida por amenazas contra ellos mismos o alguna persona de su hogar; acerca de la última ocasión en que ha sido desplazado, un 17,8% describe que se debió al conflicto armado o inseguridad. El 21,1% refiere haberse sentido discriminado, y ello es más frecuente entre las mujeres y los indígenas que no hablan la lengua de su pueblo (tabla 4).

Respecto a lo trastornos mentales medidos en el espectro afectivo (depresión mayor, distimia, bipolaridad) y en los trastornos ansiosos (ansiedad generalizada, ataques de pánico, fobia social), se observa en general que los indígenas presentan una prevalencia de vida del 7,6%, con mayor frecuencia entre mujeres, de 18 a 44 años, sin pobreza, que no hablan el lenguaje materno indígena, habitantes urbanas y que vivan en Bogotá o región pacífica (tabla 5). Esta prevalencia en los últimos 12 meses es de 4,1 (IC95% 2,4-7,1) para trastornos de ansiedad y el 1,4% (IC95% 0,7-2,6) para trastornos del afecto. En el total de ambos grupos es del 5,3% (IC95% 3,4-8,3).

Finalmente se realizó un modelo de regresión en el que se evidencia un mayor riesgo de los trastornos depresivos y ansiosos medidos entre los pacientes de 18-44 años, que no hablan la lengua de su pueblo, que viven en Bogotá, en área urbana, reportan consumo de sustancias psicoactivas/no marihuana y cigarrillo (tabla 6).

Tabla 4 – Problemas en salud mental (SRQ), desplazamiento y discriminación en población indígena

	SRQ-indicador de psicopatologías % (IC95%)	Alguna vez cambió de residencia por ser amenazado usted o alguien de su hogar por la violencia % (IC95%)	Último cambio de residencia (desplazamiento) fue por conflicto armado o inseguridad % IC (95%)	Alguna vez en la vida se ha sentido discriminado % (IC95%)
Sexo				
Varones	7,3 (4,2-12,4)	25,4 (15,8-38,2)	16,4 (8,6-29)	16,8 (11,8-23,3)
Mujeres	8,9 (5,9-13,2)	28,0 (19,5-38,5)	19,0 (12,1-28,6)	25,6 (20-32,1)
Grupos de edad				
18-44 años	6,6 (4,2-10,2)	24,3 (16,2-34,7)	18,9 (11,7-29,2)	21,5 (16,5-27,5)
45 o más años	11,0 (6,6-17,6)	30,9 (20,6-43,7)	16,0 (9-26,9)	20,5 (15-27,3)
Pobreza				
Hogares en no pobreza	8,4 (5,7-12,2)	26,7 (19,1-35,9)	18,4 (12-27,2)	21,7 (17,5-26,7)
Hogares en pobreza	7,5 (3,9-14)	27,2 (15,1-44)	15,7 (7,6-29,9)*	20,0 (12,9-29,7)
Habla lengua de su pueblo				
Sí	5,8 (3,1-10,7)	30,5 (17,6-47,4)	25,7 (13,9-42,5)	15,8 (10,1-23,7)
No	9,4 (6,3-13,8)	25,9 (18,5-35)	15,9 (10,1-24,3)	24,3 (19,4-30)
Zona				
Urbana	10,9 (7,2-16,1)	29,5 (20,9-39,9)	19,0 (12,1-28,6)	27,1 (21,3-33,8)
Rural	6,2 (3,6-10,6)	22,6 (13,5-35,3)	16,0 (8,3-28,7)	17,2 (12,3-23,5)
Región				
Central	16,6 (8-31,3)*	39,7 (21,6-61)	20,7 (9,1-40,5)*	26,4 (14,9-42,3)
Atlántica	3,8 (1,6-9,1)*	12,4 (6,2-23)*	9,0 (4,3-18,1)*	12,2 (6,8-21)
Bogotá	17,8 (7,4-36,8)*	37,6 (18,8-61,1)	21,7 (7,9-47,2)*	36,5 (21,6-54,5)
Oriental	2,1 (0,9-5)*	28,8 (15,6-46,8)	22,4 (11,9-38,4)	30,8 (19,3-45,5)
Pacífica	7,9 (5,2-11,7)	21,3 (11,5-35,9)	16,9 (7,9-32,3)*	22,2 (16,8-28,6)
Total	8,1 (5,8-11,2)	26,8 (20,1-34,7)	17,8 (12,3-25,1)	21,1 (17,2-25,6)

* Estimaciones con coeficiente de variación > 33,3%, por lo tanto, imprecisas.

Tabla 5 – Trastornos de ansiedad y depresión en población indígena en toda la vida

	Cualquier trastorno ansioso o depresivo, % (IC95%)
Sexo	
Varones	6,7 (3,8-11,5)
Mujeres	8,4 (5,2-13,2)
Grupos de edad	
18-44 años	7,9 (5-12,2)
45 o más años	6,9 (3,8-12)
Pobreza	
Hogares en no pobreza	10,3 (7-14,8)
Hogares en estado de pobreza	2,5 (1,1-5,9)*
Habla lengua de su pueblo	
Sí	1,0 (0,2-4,1)*
No	11,4 (7,9-16,2)
Zona	
Urbana	14,4 (9,5-21,2)
Rural	2,7 (1,5-4,9)
Región	
Central	6,7 (2,1-19,6)*
Atlántica	2,3 (0,9-5,8)*
Bogotá	24,7 (12,2-43,6)
Oriental	7,6 (2,7-19,6)*
Pacífica	9,2 (5,4-15,4)
Total	7,6 (5,3-10,7)

Discusión

Según la encuesta, un 8,3% de la población adulta se identificó como indígena por autorreconocimiento, como establece la ENSM 2015 para medir la pertenencia étnica. Ello difiere del 3,4% que reporta el DANE³¹, puesto que en la metodología utilizada por ellos un grupo poblacional es indígena según lo indicado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en su Convenio N.º 169 de 1989³², requiriéndose además del autorreconocimiento: a) existencia y continuidad histórica desde antes de la conquista y colonización; b) conexión ancestral con el territorio que habitan, porque sus antepasados moraban allí, y c) continuidad total o parcial de políticas, instituciones culturales, económicas y sociales distintivas y ancestrales³³, método que claramente lleva a reducir el número de indígenas a solo los que cumplen estrictos criterios. No obstante, pensamos que con el autorreconocimiento el grupo de personas que se considera indígena debe conocer o suponer un cercano ancestro indígena, y ello facilita tener datos sobre este grupo y planear intervenciones como han propuesto algunos reportes³³.

En el estudio se muestra que alrededor de la mitad de los indígenas viven en área urbana, y el 26,6% se reporta en estado de pobreza, lo que ratifica que el tercio de población mundial pobre es indígena¹ y hace cuestionar que este grupo de población tiene aproximadamente el doble de pobreza

Tabla 6 – Factores asociados a un modelo de regresión para trastornos depresivos y de ansiedad

Cualquier trastorno ansioso o depresivo	OR	EE	t	p	(IC95%)
Sexo (varón)	0,79	0,3	-0,6	0,551	(0,37-1,71)
Edad (18-44 años)	2,20	0,8	2,1	0,040	(1,04-4,69)
Pobreza (estado de pobreza)	0,68	0,3	-0,8	0,436	(0,26-1,79)
Habla lengua de su pueblo (sí)	0,08	0,1	-3,0	0,003	(0,02-0,42)
Zona (rural)	0,30	0,1	-2,8	0,005	(0,13-0,69)
Región (Bogotá)	3,33	1,8	2,2	0,028	(1,14-9,74)
Consumo de sustancias psicoactivas (marihuana)	5,03	5,6	1,5	0,144	(0,57-44,06)
Consumo de sustancias psicoactivas (cigarrillo)	3,95	2,5	2,2	0,030	(1,14-13,63)
Consumo de sustancias psicoactivas (otras)	7,18	6,3	2,3	0,025	(1,29-40,15)
Problemas con el alcohol (ninguno)	2,20	1,6	1,1	0,278	(0,53-9,19)

EE: error estándar; IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio.

del 13,5% hallado para la población general colombiana. Esta situación hace suponer el sometimiento a cambios sociales innumerables y traumáticos, discriminación, marginación, precariedad económica, y otras condiciones de desventaja social, lo cual los expone crónicamente al sufrimiento emocional y a la desestructuración de su identidad^{34,33,28,35,36}, que se ve reflejada en que solo el 31,7% de los indígenas reportaron hablar la lengua de su pueblo.

Acerca de la definición de salud mental y su autopercepción, más de un tercio de los indígenas reportan que salud mental es tener buena salud física, comer, dormir y descansar; superar las dificultades y seguir adelante con ganas de vivir o sentirse bien, feliz, en paz consigo mismo. En ello se observa que se repite lo reportado en los indígenas colombianos, como un concepto de salud integral y equiparable al de buen vivir, sin distinciones de lo físico y lo mental^{15,37}. Llama la atención que un 5,5% de los indígenas informan una salud mental regular (5,2%) o pobre (0,3%), lo cual puede ser congruente con su definición integral de salud mental y con que los pueblos indígenas han soportado largos siglos de opresión, afrontada mediante estrategias de supervivencia, resistencia y resiliencia; la promoción de la cultura propia entre los jóvenes³⁸, la participación activa en prácticas tradicionales y actividades de subsistencia y en la vida comunitaria protegen la salud mental indígena³⁹. Sin embargo, no dudando de la conveniencia de las prácticas tradicionales y la vida comunitaria para proteger la salud mental indígena en medio de la adversidad, este punto merece mayor estudio, puesto que estas cifras son semejantes a las encontradas en población general en la ENSM 2015, lo cual llevaría a pensar que esta podría ser una característica de la población en general, y no solo de los pueblos indígenas⁴⁰.

Ahora, alrededor de la salud general puntúan en promedio 75,8/100, pero un 26,5% tiene puntuaciones > 60, lo que indica por lo menos una cuarta parte de los indígenas con percepciones bajas en esta escala y amerita mayores profundizaciones en torno a las desigualdades e inequidades que evidenciamos en el campo de la salud con este grupo de población.

Acerca de las cifras de violencia, es preocupante que un 26,8% de los indígenas refieran haber sido amenazados, ellos o algún familiar, por cualquier situación de violencia; el 17,8% reporta que su último cambio de vivienda (desplazamiento) lo suscitó el conflicto armado que se vive en Colombia y el 21,1% se ha sentido discriminado, mayormente las mujeres. Estas cifras muestran el riesgo a que está sujeta esta población

producto del desplazamiento, las violencias, marchar hacia áreas urbanas y la desposesión o alteración del territorio tradicional y la cultura propia^{41,42}.

Acerca de posibles problemas y trastornos, el 1,3% ha intentado suicidarse y el 4,9% ha pensado en suicidarse. Estas cifras son ligeramente más bajas que las halladas en la población general, y no son comparables con las cifras de suicidio consumado e intentos de suicidio, mucho mayores que las de la población general, identificadas por otros estudios en pueblos indígenas específicos del país, tales como los embera, cuya tasa de suicidio consumado se ha calculado en 500/100.000 personas⁴³, o poblaciones indígenas colombianas en situaciones especiales, como la pertenencia al grupo etario infantil y juvenil, a pueblos indígenas habitantes de zonas afectadas por el conflicto armado interno, el narcotráfico y los cultivos de uso ilícito, expuestos a aculturación violenta por contacto forzoso con la sociedad dominante o por la interdependencia de otros factores⁴⁴.

Además, aunque establecer cuál es la tasa de suicidio consumado correspondiente a la totalidad de la población indígena de Colombia enfrenta a la fecha grandes problemas derivados de la ausencia de consenso en torno al tamaño de dicha población y del subregistro de los eventos⁴⁵, ha sido reconocido por el Ministerio de Salud y Protección Social del país a través del trazado de perfiles epidemiológicos específicos por etnia elaborados a partir de los registros oficiales disponibles desde el sector salud, que el suicidio se constituye en tercera causa de mortalidad general entre indígenas colombianos de 15-44 años, ubicándose además entre las primeras 10 causas de mortalidad de los niños, niñas y adolescentes indígenas de 5-14 años, con el octavo lugar⁴⁶. Todo ello lo identifica como un problema de salud pública prioritario que pone en riesgo la supervivencia de estos pueblos y amerita estudios futuros diseñados específicamente para el abordaje del problema desde una perspectiva intercultural.

Respecto al consumo de sustancias, es de resaltar el consumo de alcohol, con un 16,2% de la población que presenta consumo al menos excesivo. De estos, el 7,9% son bebedores de riesgo y el 0,3% tiene posible dependencia. Estas cifras son similares a las encontradas en otros estudios internacionales con esta población, y reflejan un alto consumo que amerita nuevos estudios que profundicen en las causas para la implementación de programas de intervención culturalmente adaptados. Respecto a los problemas mentales medidos con el

SRQ, observamos que un 8,1% de los indígenas presentan puntuaciones altas alrededor de posibles problemas mentales y el 7,6% de los trastornos depresivos y ansiosos medidos. Esto va en consonancia de los reportes que existen en Latinoamérica, aunque los colombianos son más bajos, por cuanto en esta cifra no se incluye a las personas con consumo de alcohol alto u otras enfermedades que se han medido en esos estudios y no en este^{27,47}.

El modelo de regresión muestra factores asociados con presentar los trastornos afectivos o ansiosos medidos: mayor riesgo de tener 18-44 años, vivir en Bogotá, consumir sustancias ilegales excepto marihuana (con la que no hay diferencias). Entre tanto están asociados negativamente o pueden ser protectores hablar la lengua de la comunidad indígena (92%; OR = 0,08) y vivir en área rural (70% menos riesgo; OR = 0,3). Estos datos son congruentes con ausencia de desarraigo y aculturación como factores protectores en este grupo de población, y señalan la necesidad de protegerlos de la exposición a violencia como factor que previene esto.

Finalmente pensamos que este estudio se constituye en el primero realizado a nivel poblacional en indígenas en Colombia, y a pesar de no ser exhaustivo para todos los trastornos y problemas posibles, permite pensar de manera general en cómo está la situación de salud mental de los pueblos indígenas del país.

Conclusiones

La población indígena en Colombia presenta cifras de pobreza altas (26,6%) y exposición a violencia que suscita desplazamiento (17,8%), cifras mayores que en otros grupos de población en Colombia.

La prevalencia de problemas es del 8,1%; la de consumo excesivo de alcohol, del 16,2%, y la de trastornos mentales (ansiedad y depresión) en el último año, del 7,6%.

Son factores que se asocian con menor riesgo de enfermedad mental en esta población hablar la lengua materna del pueblo indígena y vivir en área rural (no ser desplazado a la ciudad).

Se requiere trabajar con y por la población para reducir las inequidades que existen en salud mental, desde una perspectiva intercultural de la epidemiología y la salud.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Este estudio está financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la invitación para presentar propuesta para ejecutar la Encuesta Nacional de Salud Mental ENSM; contrato 762-2013.

BIBLIOGRAFÍA

1. United Nations State of the World's Indigenous Peoples. New York: United Nations Press; 2009.
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Los pueblos indígenas y afrodescendientes en las fuentes de datos: experiencias en América Latina. Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL, Organización Panamericana de la Salud-OPS. Santiago de Chile; 2008.
3. Organización Nacional Indígena de Colombia-ONI.C. Palabra dulce aire de vida. Forjando caminos para la pervivencia de los pueblos indígenas en riesgo de extinción en Colombia. Ediciones ONIC. 2010.
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Colombia: una nación multicultural. Su diversidad étnica. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 2007.
5. Haro JA. Etnicidad y salud. Estado del arte y referentes del noroeste de México. Región y Sociedad. 2008; 20:265-313.
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Los pueblos indígenas y afrodescendientes en las fuentes de datos: experiencias en América Latina. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL, Organización Panamericana de la Salud-OPS; 2008.
7. Colombia: una nación multicultural. Su diversidad étnica. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 2007.
8. Patiño A, Sandín M. Diálogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia. Salud Colectiva. 2014;10:317-96.
9. Hunter E. Best intentions lives on: untoward health outcomes of some contemporary initiatives in Indigenous affairs. Aust N Z J Psychiatry. 2002;36:575-84.
10. Clelland N, Gould T, Parker E. Searching for evidence: what works in Indigenous mental health promotion. Health Promot J Austr. 2007;18:208-16.
11. Mosquera J. Develando lo que dicen sobre raza y etnia las revistas de salud pública de Colombia. Revista CS. 2015;16:113-33.
12. Ruiz E, Luisa F. Salud mental en tiempos de guerra: una reflexión sobre la relación salud mental-conflicto armado en pueblos indígenas en situación de desplazamiento en Bogotá. Rev Fac Nac Salud Pública. 2012;17-20, 30 Supl 1.
13. Cardona J, Rivera Y. Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas EmberaChamí de Colombia. Rev Cubana Salud Pública. 2012;38:471-83.
14. Subcomisión Nacional de Salud Propia e Intercultural de la Mesa Permanente de Concertación-SNSPI-MPC/DTO: 1397/96. Documento que recoge algunos planteamientos y propuestas sobre el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural-SISPI, como una propuesta propia de salud y la

- apuesta colectiva de los pueblos indígenas. En: Líneas de Trabajo y Prioridades. Bogotá: Consejería de Medicina Tradicional y Salud Occidental de la ONIC; 1996.
15. Morales L. Salud, salud mental, y musicoterapia comunitaria en población revitalizada (retnizada) indígena colombiana: el caso de la comunidad muisca de Cota 2012-2014. [tesis doctoral]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2015. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/50904/>.
 16. Hunter E. Indicators of psychoses or psychoses as indicators: the relationship between Indigenous social disadvantage and serious mental illness. *Australas Psychiatry*. 2013;21:22-6, <http://dx.doi.org/10.1177/1039856212460598>.
 17. Shepherd CC, Li J, Zubrick SR. Social gradients in the health of Indigenous Australians. *Am J Public Health*. 2012;102:107-17, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300354>.
 18. Shepherd CC, Li J, Mitrou F, Zubrick SR. Socioeconomic disparities in the mental health of Indigenous children in Western Australia. *BMC Public Health*. 2012;12:756, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-756>.
 19. Semenova NB, Lapteva LV. The social hygienic and medical demographic characteristics of families of indigenous populatios of Yakutia. *Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranennii Istor Med*. 2015;23:12-6.
 20. Andrade J. Desplazamiento forzado y vulnerabilidad en salud mental en Colombia. *Revision del Estado del Arte. Poiesis [Revista electronica]*. 2013:25.
 21. Mora C. Ansiedad en población indígena emberá en condición de desplazamiento en la ciudad de Bogotá. *Vanguardia Psicológica*. 213;4:154-63.
 22. Pridmore S, Ryan K, Blizard L. Victims of violence in Fiji. *Aust N Z J Psychiatry*. 1995;29:666-70.
 23. Marín-León L, Oliveira H, Botega N. Suicidios en el Brasil, 2004-2010: la importancia de los municipios pequeños. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32:351-9.
 24. Lopera J, Rojas S. Salud mental en poblaciones indígenas: una aproximación a la problemática de salud pública. *Med U P B*. 2102;31:42-52.
 25. Whitbeck LB, Sittner Hartshorn KJ, Crawford DM, Walls ML, Gentzler KC, Hoyt DR. Mental and substance use disorders from early adolescence to young adulthood among indigenous young people: final diagnostic results from an 8-year panel study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49:961-73, <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-014-0825-0>.
 26. Melo J, Maciel S, Oliveira R, Silva A. Implicações do uso do álcool na comunidade indígena Potiguara. *Physis (Rio J)*. 2011;21:319-33.
 27. Black EB, Ranmuthugala G, Kondalsamy-Chennakesavan S, Toombs MR, Nicholson GC, Kisely S. A systematic review: Identifying the prevalence rates of psychiatric disorder in Australia's Indigenous populations. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015;49:412-29, <http://dx.doi.org/10.1177/0004867415569802>.
 28. Johnson JL, Cameron MC. Barriers to providing effective mental health services to American Indians. *Ment Health Serv Res*. 2001;3:215-23.
 29. Legha RK, Novins, D. The role of culture in substance abuse treatment programs for American Indian and Alaska Native Communities. *Psychiatr Serv*. 212;63:686-92.
 30. Gone JP, Trimble JE, American Indian. Alaska Native mental health: diverse perspectives on enduring disparities. *Annu Rev Clin Psychol*. 2012;8:131-60.
 31. Colombia: una nación multicultural. Su diversidad étnica. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 2007.
 32. Organización Internacional del Trabajo-OIT. Convenio N.º 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. 2.ª ed. Lima: OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe; 2007.
 33. King M, Smith A, Gracey M. Indigenous Health Part 2: The Underlying causes of the Health Gap. *Lancet*. 2009;374:76.
 34. Lopera J, Rojas S. Salud mental en poblaciones indígenas: una aproximación a la problemática de salud pública. *Med U P B*. 2012;31:42-52.
 35. Kirmayer LJ, Brass GM, Tait CL. The mental health of Aboriginal peoples: transformations of identity and community. *Can J Psychiatry*. 2000;45:607-16.
 36. Pedersen D. El impacto de la pobreza, el racismo y la violencia política sobre la salud mental de los pueblos latinoamericanos. *An Salud Ment*. 1998;14:103-28.
 37. Subcomisión Nacional de Salud Propia e Intercultural de la Mesa Permanente de Concertación-SNSPI-MPC/DTO: 1397/96. Documento que recoge algunos planteamientos y propuestas sobre el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural-SISPI, como una propuesta propia de salud y la apuesta colectiva de los pueblos indígenas. En: Líneas de Trabajo y Prioridades de la Consejería de Medicina Tradicional y Salud Occidental de la ONIC, en Busca de Alternativas para el Buen Vivir; 1996.
 38. Cwik M, Barlow A, Tingey L, Goklish N, Larzelere-Hinton F, Craig M, et al. Exploring risk and protective factors with a community sample of American Indian adolescents who attempted suicide. *Arch Suicide Res*. 2015;19:172-89.
 39. DeCou CR, Skewes MC, López ED. Traditional living and cultural ways as protective factors against suicide: perceptions of Alaska Native university students. *Int J Circumpolar Health*. 2013:72.
 40. Gómez-Restrepo C, Escudero de Santacruz C, Matallana D, Gomzalez L, Rodríguez V, et al. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. MinSalud y Colciencias. Bogotá: Javegraf; 2015.
 41. State of the World's Indigenous Peoples. New York: United Nations Press; 2009.
 42. Marín-León L, Oliveira H, Botega N. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32:351-9.
 43. UNICEF. Suicidio adolescente en pueblos indígenas: tres estudios de caso. Panamá: IWGIA; 2012.
 44. Romero A, Pinilla Y, Prieto D, Potes J. Revisión integral sobre prevención y atención integral a la conducta suicida en población indígena de Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social-Organización Panamericana de la Salud; 2012.
 45. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Boletín Epidemiológico Suicidio de Indígenas en Colombia, 2010-2014. Bogotá: INMLCF; 2015.
 46. Buitrago N. Perfil epidemiológico de pueblos indígenas de Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social-Organización Panamericana de la Salud; 2012.
 47. Vicente B, Kohn R, Riosco P, Saldivia S, Torres S. Psychiatric disorders among the Mapuche in Chile. *Int J Soc Psychiatry*. 2005;51:119-27.