

UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

**ESTRATEGIA DE ATENCIÓN EN  
SALUD BUCAL PARA NIÑOS Y NIÑAS  
INDÍGENAS DEL JARDÍN INFANTIL:  
“CASA DE PENSAMIENTO  
INTERCULTURAL SHINYAK”,  
LOCALIDAD SANTA FE- BOGOTÁ  
D.C.**

**Martha Lucy Agreda España**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad, de Odontología  
Bogotá D.C, Colombia  
2017



**ESTRATEGIA DE ATENCIÓN EN  
SALUD BUCAL PARA NIÑOS Y NIÑAS  
INDÍGENAS DEL JARDÍN INFANTIL:  
“CASA DE PENSAMIENTO  
INTERCULTURAL SHINYAK”,  
LOCALIDAD SANTA FE- BOGOTÁ  
D.C.**

**Martha Lucy Agreda España**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título en:  
**Especialidad en Estomatología Pediátrica y Ortopedia Maxilar**

Director:  
Edson Jair Ospina Lozano  
Profesor Asistente

Grupo de Investigación:  
Salud Colectiva

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Odontología  
Bogotá D.C., Colombia  
2017



## *Dedicatoria*

*A DIOS,  
Por ser mí apoyo físico y moral en todo momento,  
Por escucharme cuando más lo necesitaba.*

*A mis padres,  
por su apoyo incondicional a lo largo de toda la carrera,  
Por sus consejos y afecto emocional.*

*A mis hermanas y hermano,  
Por sus palabras de apoyo y por mantener  
el ánimo de seguir adelante.*

*A Martín,  
Por demostrarme lo fuerte y capaz que puedo llegar a ser,  
Por darme un nuevo futuro.*

*MAM*



## **Agradecimientos**

A Dios, porque con la confianza y la fe hacia a ti todo es posible y los sueños pueden hacerse realidad, por cada prueba en la vida que me fortalece como persona.

A mi padre y madre por seguir apoyándome a pesar de las dificultades, por hacer de mí una mujer con principios y valores.

A mis hermanas Nancy, Luz Dary y Nelly Esperanza, por su compañía física y emocional, sus palabras de apoyo para seguir adelante y su ayuda incondicional.

A mi hermano y hermana: Jesús Ángel y Ana Yeni, por su apoyo desde la lejanía.

A mi director de trabajo de grado, profesor Jair Ospina, por la paciencia y su valioso tiempo, por todos los conocimientos que me aportó durante el corto, pero enriquecedor tiempo.

A mis docentes, porque con sus enseñanzas me formaron como una profesional integral.

A mis amigos de la facultad que compartieron alegrías y tristezas durante mi formación, en especial a Katherine Álzate quien es mi amiga incondicional

A la persona que hizo de mi vida un nuevo reto: Ariel Erazo





## Resumen

El reconocimiento de las poblaciones indígenas en el Sistema General en Seguridad Social en Salud (SGSSS) debe soportarse en una perspectiva intercultural. Esta perspectiva hace parte del enfoque diferencial, mecanismo que impulsa formas propias de gobierno y, como corolario, estrategias específicas de atención en salud para poblaciones en condición de vulnerabilidad, entre los cuales se encuentran los niños menores de 5 años. Para dinamizar esta investigación, se diseñó un estudio mixto, de tipo descriptivo transversal, mismo que fue realizado en el del jardín infantil “Casa de Pensamiento Intercultural Shinyak” ubicado en la localidad Santa Fe, Bogotá D.C. A este jardín acuden 37 niños y niñas indígenas y no indígenas menores de cinco años. Los datos socio demográficos identifican a 7 niños que hacen parte de pueblos indígenas: 4 Kamëntša, 1 Muisca, 2 Emberá. Datos clínicos realizados a todos los niños indican un ceo-d de 6,44 para los niños y de 5,87 para niñas. De acuerdo con el nivel educativo de estos preescolares, el mayor índice se presentó en “caminadores”, con un valor de 16 para las niñas y de 16,6 en el nivel de “pre jardín” para los niños. Asimismo, se hace evidente un perfil socio epidemiológico que permite identificar las necesidades en salud bucal de esta población y plantear pautas para la construcción de una estrategia de atención intercultural en el jardín infantil “Casa de Pensamiento Intercultural Shinyak” ubicado en la localidad Santa Fe de Bogotá D.C. Esta es una iniciativa de atención intercultural en salud bucal en escenarios escolares en donde confluyen niños y niñas de diferentes grupos indígenas y población no indígena (blancos y mestizos).

Palabras clave: interculturalidad, enfoque diferencial, salud bucal

## Abstract

The acknowledgement of the indigenous people in the General Health and Social Security System (SGSSS), must be held on an intercultural perspective. This perspective is part of the distinctive approach that is a mechanism that looks for own ways of government and specific health attention strategies for vulnerable population, including children until 5 years old. To invigorate this investigation, a transversal-descriptive mixed study was made at “Casa de Pensamiento Intercultural Shinyak” Kindergarden on Santafe district, in Bogotá, D.C. Inside this Kindergarden, there are 37 children under 5 years old. The socio-demographic data identifies seven (7) indigenous children from different communities: 4 Kamëntša, 1 Muisca, 2 Emberá. Some clinic data carried out to all the children of the Kindergarden showed a ceo-d of 6,44 on the boys and 5,87 on the girls. According to the educational level of these kindergarden children, the highest measure of the ceo-d was shown in the pre-kinder level. Furthermore, a socio-epidemiologic profile allows people to identify the buccal health needs of this population and plan new ways to build an intercultural attention strategy in the “Casa de Pensamiento Intercultural Shinyak” Kindergarden located in Santa Fe District in Bogotá D.C. This is an intercultural attention initiative in buccal health to be developed in scholar scenarios where children of different indigenous and non-indigenous groups come together.

Keywords: Interculturality, distinctive approach, buccal health.

# Contenido

<b>1. Capítulo 1: Marco Referencial .....</b>	<b>5</b>
1.1 Planteamiento del problema.....	5
1.2 Pregunta de investigación .....	8
1.3 Objetivo general .....	8
1.4 Metodología .....	9
1.4.1 Estudio descriptivo mixto transversal.....	9
1.4.2 Estrategia de búsqueda de la literatura.....	11
<b>2. Capítulo 2. Bogotá una ciudad multicultural .....</b>	<b>13</b>
2.1 El Pueblo Kamëntša .....	13
2.2 Pueblo Kamëntša en el contexto intercultural .....	16
2.3 El pueblo Kamëntša fuera de su territorio .....	19
2.4 El pueblo Kamëntša en Bogotá D.C: caracterización demográfica.....	20
2.5 Jardín infantil “Casa Pensamiento Shinyak” .....	22
<b>3. Capítulo 3. Marco teórico.....</b>	<b>25</b>
3.1 Salud Bucal.....	25
3.3 Atención Intercultural en Salud .....	27
<b>4. Capítulo 4. Resultados.....</b>	<b>35</b>
4.1 Datos sociodemográficos.....	35
4.2 Perfil socio epidemiológico en salud bucal .....	40
4.3 Datos sobre salud y enfermedad bucal .....	41
4.4 Necesidades en Salud Bucal de los niños y niñas del jardín Shinyak.....	44
4.5 Pautas de atención intercultural .....	46
<b>5. Conclusiones y recomendaciones.....</b>	<b>51</b>
5.1 Conclusiones.....	51
5.2 Recomendaciones.....	53
<b>Bibliografía .....</b>	<b>55</b>

## Lista de figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 2-1 Localización geográfica del valle de Sibundoy (20).....	15
Figura 2-2 Celebración anual del Bëtschnate o “Dia Grande” del pueblo Kamëntša .....	17
Figura 2-3 Niños y niñas indígenas hogar infantil Basetemëngbe Yebna .....	18
Figura 2-4 Distribución de la comunidad Kamëntša en Bogotá D.C .....	21
Figura 3-5 Atención con sensibilidad intercultural a la población indígena .....	33
Figura 4-6 Shinyak, tejido, plantas medicinales.....	38
Figura 4-7 Círculos de tradición oral .....	39
Figura 4-8 Fortalecimiento de la lengua Kamëntša .....	39
Figura 4-9 Atención odontológica en Hospital de la misericordia .....	45
Figura 4-10 Cepillero: “dientes sanos, niños sanos” .....	50

## Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
Tabla 2-1. Ubicación y pueblo que lidera las casas de pensamiento intercultural.....	23
Tabla 4-2 Total de usuarios de la casa de pensamiento Shinyak distribuidos por sexo y nivel educativo.....	36
Tabla 4-3 Distribución del total de niños de acuerdo al régimen de afiliación .....	36
Tabla 4-4 Distribución del total de niños de acuerdo con el grupo indígena .....	36
Tabla 4-5 Distribución del total de niños de acuerdo con lugar de nacimiento, aseguramiento en salud, localidad de origen.....	37
Tabla 4-6 Promedio de dientes sanos distribuidos por sexo y nivel educativo .....	41
Tabla 4-7 Experiencia de caries distribuida por nivel y sexo en la CPI Shinyak.....	42
Tabla 4-8 Experiencia de tratamiento de caries distribuida por nivel y sexo en la CPI Shinyak .....	43
Tabla 4-9 Índice ceo-d distribuido por nivel y sexo en la CPI Shinyak .....	43



# Introducción

Como profesional de la salud bucal, estudiante de la Universidad Nacional y orgullosamente perteneciente de la comunidad indígena Kamëntša, y además interesada en seguir conociendo la realidad de mi pueblo dentro y fuera del territorio primigenio, y en específico lo relacionado con su salud bucal. Por este motivo, a continuación, presento quienes son los Kamëntša. Los describo a partir de nuestra interacción con otros grupos socioculturales (mestizos, blancos y afros) y abordo el problema particular desde conocimientos occidentales en salud bucal la medicina tradicional de mis ancestros. Es en este contexto es que centro mis esfuerzos en la construcción de un programa de salud bucal con enfoque intercultural, para que sea implementado en los escenarios de interacción social entre los Kamëntša y otros colectivos.

En Colombia, la salud se rige al sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuya finalidad principal es promover, restaurar o mantener la salud de la población. Sin embargo, la población indígena se ha visto excluida en diferentes campos, sin excepción de la salud, en donde las políticas públicas no se han encargado de garantizar el cumplimiento de sus derechos, que tienen que ir más allá de permitir el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Se trata de promover y garantizar la dignidad humana y la igualdad de oportunidades en salud; entendiendo la cosmovisión indígena.

Con el reconocimiento de estrategias interculturales de atención a la salud, donde se respete la cosmovisión y etnicidad a que tienen derecho los pueblos indígenas, es posible orientar las políticas públicas a la creación de formas de autonomía y

gobiernos propios. Esto requiere de un diagnóstico inicial para implementar las acciones, y en el caso de la salud bucal, uno de los indicadores es el de caries dental, a partir del cual se generan las necesidades de promoción, educación, prevención y atención en salud de la población. Cabe resaltar que según el IV Estudio Nacional de Salud Bucal, el grupo etario de menores de cinco años presenta alta incidencia de esta enfermedad bucal.

Para contextualizar esta situación, es fundamental subrayar que varias de las comunidades indígenas del país se encuentran actualmente asentadas en Bogotá y organizadas en la Asociación de Cabildos Indígenas de Bogotá-ASCAI-. Esta organización gestiona los derechos y el bienestar de esta población en diferentes campos sociales en un ambiente capitalino, para continuar con sus usos y costumbres aprendidos desde sus territorios. De acuerdo con esta iniciativa, y considerando que en los propios territorios y en la misma ciudad los niños y niñas son una de las poblaciones de mayor vulnerabilidad, se han impulsado los hogares infantiles dentro de la modalidad de Casas de Pensamiento Indígena (CPI), espacios disponibles para la recuperación del saber ancestral. Una de éstas es la CPI Shinyak de la comunidad Kamëntša, que a través de un componente intercultural vincula y atiende en diferentes dimensiones a familias indígenas y no indígenas. Lo anterior permite un acercamiento a las poblaciones indígenas y realizar un análisis preliminar a problemáticas en salud, como es el caso de la situación en salud bucal en niños menores de 5 años a través de un componente intercultural, siendo este uno de los principios que no se encuentra incluido en el sistema general de seguridad social en salud.

La situación en salud bucal se puede valorar a través de la creación de líneas de base con previa realización de un examen clínico para el posterior cálculo del índice COP-D o ceo-d en el caso de dentición decidua, el cual indica la experiencia de caries en tiempo presente y pasado, tomando en cuenta dientes cariados, perdidos y obturados. Este puede estar influenciado por los aspectos sociales por lo que se requiere de una valoración en torno a las condiciones de vida. Posteriormente es



posible diseñar e implementar políticas, planes, programas y estrategias que contribuyan a generar condiciones óptimas de salud bucal desde edades tempranas, sin dejar de lado las comunidades indígenas, ya que se tienen las mismas preocupaciones.

Implementar acciones de salud bucal basados en un enfoque de interculturalidad requiere comprender elementos socioculturales de la cultura a atender. Así, es necesario analizar la interacción entre el sistema de salud y la perspectiva indígena, tal como lo han realizado países como Chile, Honduras, Bolivia, México.

El presente trabajo es por lo tanto una iniciativa que reconoce las necesidades en salud bucal de la población indígena fuera de sus territorios de origen, desde una perspectiva intercultural que permite crear una estrategia de atención en salud bucal, a partir de un diagnóstico inicial tomando como referencia la Casa de Pensamiento Shinyak ubicada en la localidad Santa Fe de Bogotá D.C



# **1. Capítulo 1: Marco Referencial**

## **1.1 Planteamiento del problema**

La Ley 100 de 1993 establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), encargado de regular el servicio público en salud y crear condiciones de acceso a la población en todos los niveles de atención, bajo principios que orientan la atención individualizada. Para este fin, el Estado garantiza la cobertura de toda la población mediante regímenes de aseguramiento y planes de salud: el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

El POS ofrece atención médica y odontológica, medicamentos, exámenes diagnósticos (1, 2) Por otro lado, el PIC orienta los planes locales y regionales de salud pública a partir del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (3, 4).

En salud bucal, el POS incluye algunos procedimientos de odontología general y especializada en necesidades de operatoria, endodoncia, cirugía y odontopediatría, así como de protección específica (sellantes, flúor) y detección temprana (enseñanza de cepillado e higiene oral).

El POS y el PIC representan el enfoque occidental de la medicina; por lo tanto, van dirigidos al tratamiento de la enfermedad sin contemplar las necesidades de las minorías que habitan el país. Una de estas minorías son los grupos indígenas, colectivos con un modo de vida específico, en el cual la salud y la enfermedad tienen una alta carga sociocultural que no es reconocida por el sistema de salud colombiano, así mismo, debe tener modificaciones específicas para hacer frente a esta situación (5).

Bogotá, es hoy en día una metrópoli habitada por pueblos indígenas provenientes de diversas regiones del país. Varios de éstos reconocen que: Bogotá ya no es exclusivamente un territorio de tránsito por lo que se han llegado a organizar en Cabildos, de esta manera interactuar desde sus particularidades socio culturales e instituciones socio políticas propias con las autoridades distritales y los demás segmentos de la sociedad capitalina (6).

Así, en Bogotá perviven desde hace centenares de años integrantes del pueblo Muisca. Y también han llegado indígenas pertenecientes a los pueblos Wounnan y Eperaras del Chocó; pueblos de los andes como Yanaconas, Nasas, Pastos, Misaks, Kamentsás e Ingas; grupos amazónicos como los Sionas, Tubús y Uitotos; así como Kichwas del Ecuador y Ambikas del Tolima. Puesto que mis raíces indígenas pertenecen a la comunidad Kamëntša, es de mi interés dar a conocer cómo se desenvuelve fuera de su territorio en la conservación de sus usos y costumbres aplicados en diferentes áreas: educación, salud, política, economía y en especial salud bucal.

En la ciudad de Bogotá, estos pueblos tienen hoy en día sus propios cabildos, conformando desde hace una década la Asociación de Cabildos Indígenas de Bogotá –ASCAI-, instrumento central para gestionar sus derechos y proveerse bienestar en diferentes campos sociales. Uno de estos campos es la salud, dimensión en donde esta población demanda la construcción de estrategias diferenciales en los servicios de atención a la salud (6).

En el caso de la población infantil, en consecuencia con los retos que la ciudad le impone, el Consejo de Bogotá en el año 2009 expidió el Acuerdo 359, por el cual se establecen los lineamientos de política pública para los indígenas en el distrito capital con un enfoque de derechos y con una perspectiva diferencial y de inclusión social, que dé respuesta a las necesidades de la creciente diversidad poblacional que la ciudad alberga (7) por lo que se han construido jardines infantiles; espacios pensados para la infancia y la recuperación del saber ancestral considerándolos como los que “sembrarán con fuerza y esperanza el pensamiento, la memoria y el idioma de nuestro territorio”; por lo que se hace indispensable la creación de jardines infantiles dedicados a la enseñanza de cada una de las culturas o pueblos. Por esta razón en el jardín infantil o Casa de Pensamiento Intercultural Shinyak del pueblo Kamëntša se tiene la posibilidad de enseñar y aprender costumbres de los ancestros dentro de un contexto pedagógico indígena en el Distrito. La Casa de

7 Estrategia de atención en salud bucal para niños y niñas indígenas del jardín infantil: “casa de pensamiento intercultural Shinyak”, localidad santa fe- Bogotá D.C.

---

Pensamiento Shinyak tiene una cobertura de 47 niños y niñas, está orientado a la construcción de saberes de la comunidad Kamëntša. La población vinculada a la Casa de Pensamiento Intercultural Shinyak son familias indígenas y no indígenas, las cuales están conformadas por núcleos mono parentales, menores de edad o con compañeros mayores, en otros, también se acompañan de la presencia de familias de segundo y tercer orden de consanguinidad y familias nucleares (8).

En estos jardines se han detectado problemas de salud bucal, dificultades que también han sido señaladas en el IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) a nivel nacional. Llama la atención, que a pesar de que existe evidencia científica sobre la adecuada y necesaria intervención temprana de las lesiones de caries, (especialmente con acciones de cuidado bucal como higiene, detección temprana por el profesional y atención no invasiva), los resultados de los estudios reflejan una larga historia de caries con prevalencias altas de caries en niños y niñas. Los índices ceo-d modificado, no se ha logrado controlar, al contrario, se reporta un aumento en este índice a la edad de 1 año (1,10%) a los 3 y/o 5 años (5,86% y 6,78% respectivamente) (9). En la población infantil indígena en Colombia se puede inferir una situación similar, sin tener relación a la ubicación geográfica de la población ya sea que se encuentre en su propio territorio o en ciudades capitales (10).

Esta población urbana no cuenta con un análisis de la situación en salud o línea base, a pesar de estar incluidas en las diferentes actividades enfocadas a mejorar la salud oral propuestas por el gobierno de Bogotá. Por su parte la Secretaría Distrital de Salud (SDS), desarrolla el programa “Territorios Saludables y Red de Salud para la Vida desde la Diversidad”, por medio del cual ejecuta el modelo de atención en salud mediante la estrategia de Atención Primaria en Salud, buscando generar una cultura humanizada de prestación de los servicios desde un modelo inclusivo y diferencial de calidad (11, 12) . Se requiere de un análisis con enfoque diferencial para tener una idea de la situación en salud oral de comunidades asentadas en el distrito capital, de esta manera tener una visión inicial de sus necesidades en salud bucal de las comunidades indígenas y dar cuenta de una gran necesidad de realizar una diferencia en cuanto a la aplicación o reporte de una línea base a nivel nacional.

Una manera de garantizar que las comunidades indígenas puedan acceder a los servicios de salud en condiciones de calidad, oportunidad y efectividad, es la iniciativa propuesta por los pueblos indígenas y acogida por el gobierno nacional en la Ley 1450 del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 (Art. 237) (13), para concertar con las autoridades y organizaciones indígenas, la estructuración, desarrollo e implementación de un sistema de salud, conocido como Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI).

El SISPI actualmente contiene procesos y acciones orientadas al fomento, protección y recuperación de la salud dentro de los siguientes componentes: sabiduría ancestral, político organizativo, formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud, cuidado de salud propia e intercultural, administración y gestión; que se implementara gradualmente de acuerdo con la iniciativa y dinámica de cada territorio indígena (14), aún más, ésta tiene su iniciativa en la zona urbana para el desarrollo inicial de las políticas de salud que pueden ser aplicables a comunidades indígenas asentadas con formas de gobierno propio incluyendo la generación de programas de salud efectivos e incluyentes. Por lo que, para los pueblos indígenas siempre tendrán grandes retos frente a la preservación de la medicina tradicional, definida como una herencia ancestral que no reconoce el mundo occidental, lo que impide fomentarla y divulgarla.

## **1.2 Pregunta de investigación**

¿Qué lineamientos debe incluir una estrategia de atención en salud bucal con enfoque diferencial para niños y niñas indígenas del hogar infantil “Casa de Pensamiento Intercultural Shinyak”?

## **1.3 Objetivo general**

Describir las pautas que debe tener una estrategia de atención en salud bucal con enfoque intercultural para la población indígena del jardín infantil: “casa de pensamiento intercultural Shinyak” ubicado en la localidad santa fe- Bogotá D.C

### **1.3.1 Objetivos específicos**

1. Describir el perfil socio epidemiológico en salud bucal del jardín infantil: “Casa de Pensamiento Intercultural Shinyak” ubicado en la localidad santa fe- Bogotá D.C.
2. Describir brevemente al pueblo Kamëntša dentro y fuera de su territorio ancestral.
3. Señalar las necesidades en salud bucal del jardín infantil: “Casa de Pensamiento Intercultural Shinyak” ubicado en la localidad santa fe- Bogotá D.C.
4. Identificar de forma participativa una estrategia de atención en salud bucal que puedan formar parte de un programa de salud bucal dirigido a la población indígena localizada en la zona urbana de Bogotá D.C

## **1.4 Metodología**

Esto es un estudio mixto de tipo descriptivo transversal, en el que se emplearon técnicas cualitativas y cuantitativas.

### **1.4.1 Estudio descriptivo mixto transversal**

Para el estudio se tomó una muestra de 37 niños y niñas usuarios de la Casa de Pensamiento Shinyak durante el año 2017 en los diferentes niveles: “salacuna”, “caminadores”, “párvulos”, “pre jardín” y “jardín”, todos con 5 o menos años y que pertenezcan o no a una comunidad indígena. Durante este tiempo se realizaron visitas al hogar infantil para realizar la observación de las actividades que se desempeñan en el hogar, aquellas que estaban relacionadas a salud bucal y el componente intercultural entre los niños. Se realizaron dos visitas para realizar actividades de higiene oral: cepillado e indicaciones de higiene oral a las maestras de esta institución. En una tercera visita se realizó un acercamiento a la sabedora, quien es la persona encargada de inculcar los conocimientos indígenas ancestrales a los niños que allí conviven.

Durante el desarrollo de la investigación se realizó observación no participante a la zona donde se ubica el hogar (localidad Santa Fe) y entrevistas semiestructuradas (anexo A) a

padres de familia de un niño y niña elegidos al azar de cada nivel educativo, previamente elegidos y refrendados mediante la firma del consentimiento informado individual y colectivo; (anexo B y C), acerca de las siguientes condiciones de salud bucal y características sociodemográficas de la familia del infante:

1. Hábitos de higiene oral
2. Tipo de alimentación
3. Redes comunitarias en salud bucal
4. Condiciones de la vivienda
5. Servicios de salud bucal
6. Ocupación de padres y nivel de educación
7. Participación en las actividades realizadas por el cabildo indígena
8. Última visita a consulta odontológica
9. Antecedentes de sintomatología en cavidad oral u otras alteraciones funcionales
10. Manejo de la sintomatología en cavidad oral
11. Estado de la higiene bucal

Como complemento a las condiciones de salud bucal se realizó un examen clínico a los niños y niñas que previamente habían sido autorizados e informados sobre el estudio, de los cuales solamente una persona no firmó la autorización. El total de niños y niñas seleccionados se les realizó un examen clínico bucal; el examinador contó con espejo bucal y explorador de punta roma. En este examen se tuvieron en cuenta aquellas condiciones de caries dental y para su registro se emplearon los criterios ICDAS-Epi, una modificación aceptada por el comité ICDAS (International Caries Detección and Aseeement System) cuando no se cuenta con jeringa de aire para discriminar las dos primeras categorías de caries dental, que permite el cálculo del índice ceo-d (cariados, extraídos solo aquellos por caries y no por tratamiento de ortopedia u fracturados y obturados) considerando las lesiones de caries incipientes que aún no presentan cavitaciones que afecten los tejidos dentales.

Para la detección de las lesiones presentes, los examinados -o el cuidador en el caso de los niños menores de 6 años- se realizó un cepillado previo al examen, que fue complementado por el examinador y el registro se realizó por diente, lo que permitirá tener una visión general de las necesidades de la población en salud bucal.



## 1.4.2 Estrategia de búsqueda de la literatura

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura para buscar información relacionada con este tema. Las publicaciones revisadas estaban en inglés y español, y se revisaron las siguientes fuentes:

### **A. Científica**

Pub Med, Jstore, Scielo, Redalyc, google académico

### **B. Oficiales**

Ministerio de Salud y Protección Social

Secretaría Distrital de Salud

### **C. Organizaciones**

Concejo Regional Indígena del Cauca (CRIC)

Organización Indígena Nacional de Colombia (ONIC).

Asociación de cabildos indígenas (ASCAI)

Además de páginas web y de manera manual a través de la búsqueda de las referencias citadas en otras publicaciones más relevantes, libros y opiniones. Los términos de búsqueda utilizados fueron: “interculturalidad”, “enfoque diferencial”, “programa de salud bucal”, “salud bucal”.



## **2. Capítulo 2. Bogotá una ciudad multicultural**

La ciudad de Bogotá se conoce como una ciudad multicultural, habitada por innumerables inmigrantes de distintas regiones del país y diferentes grupos étnicos. A través de un proceso organizativo y la subsecuente creación de políticas públicas para los grupos minoritarios, ha sido posible tener reconocimiento legal como comunidades indígenas asentadas en este espacio urbano.

Hoy en día se conoce la presencia de varias comunidades campesinas, afrocolombianos e indígenas de todo el país. De esta última se sabe que en Bogotá hay migrantes de más de 80 pueblos en Bogotá y se reconocen cabildos Muisca, Inga, Kichwa, Pijao Kankuamo, Emberá Misak, Nasa, Uitoto, Kofan, Kamëntša, Pasto. También hay población Raizal, Palenquera y Rom (15).

En el caso de la comunidad Kamëntša, cierto porcentaje de la población se encuentra radicada en Bogotá. Un motivo de esta situación está relacionada con la búsqueda de formación académica superior, como es mi caso, lo que ha permitido analizar desde una perspectiva profesional, política y personal la falta de inclusión en diferentes ámbitos por la falta de conocimiento hacia el manejo tradicional de estas comunidades; por lo que se requiere de una contextualización hacia quiénes son, su cultura, costumbres y tradiciones que a continuación se mencionan en pro de contribuir a la resistencia que a diario se ven enfrentados no solo en el campo de la salud, dentro y fuera de su territorio.

### **2.1 El Pueblo Kamëntša**

De acuerdo con el reconocimiento indígena, no solamente desde la perspectiva de las costumbres, tradiciones, lengua y vestimenta tradicional; como perteneciente a la

comunidad indígena Kamëntša reconozco que en la actualidad se ha presentado un interés por constituirse una comunidad con organización política, social y económica, de la misma manera en aspectos de salud general conservando la medicina tradicional y de menor conocimiento en el tema de salud bucal, por lo que mi interés se enfoca en lo anterior como profesional inicialmente con un acompañamiento desde la ciudad de Bogotá, puesto que este proceso no implica un desarraigo territorial ni cultural, al contrario; la interacción con otros grupos sociales permite fortalecer la identidad cultural y la defensa del territorio. Además, esta integración le da a entender a la sociedad, que Colombia es un país en donde conviven diferentes grupos étnicos, con sus culturas y aportes a la nación colombiana.

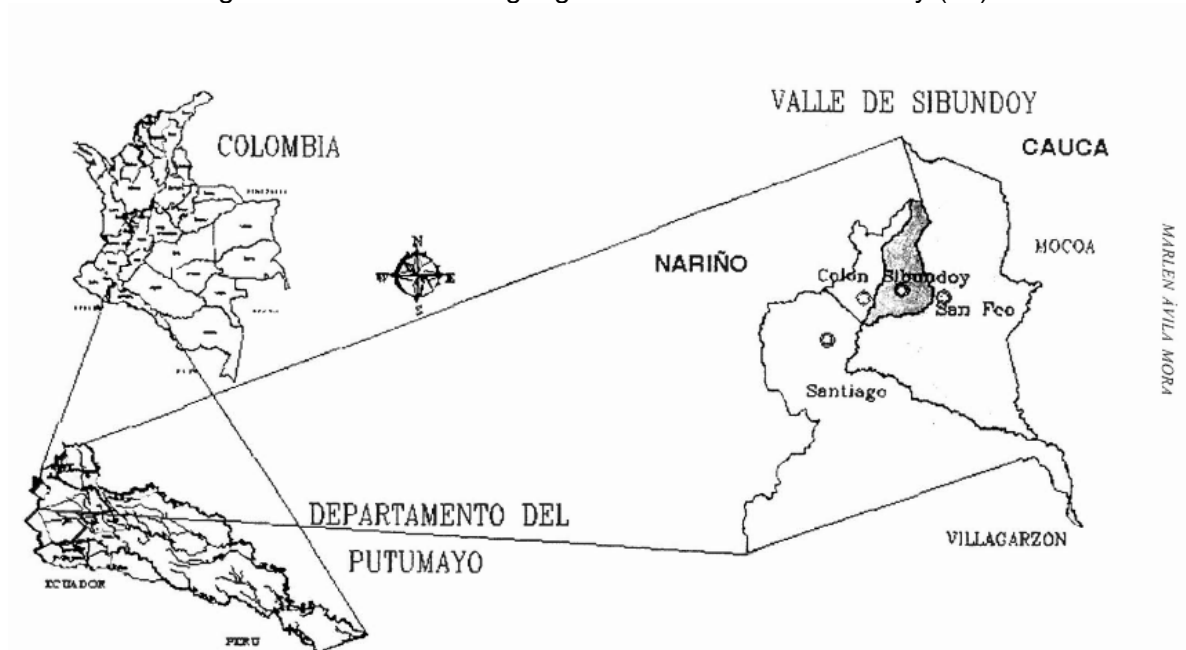
Uno de los espacios de integración de la comunidad Kamëntša se da en la educación, ya que jóvenes indígenas despiertan el interés por la educación superior, como es mi caso, al realizar mis estudios en la facultad de odontología de la Universidad Nacional de pregrado y posgrado, lugares en donde se reconoce la diversidad e interculturalidad de este país. De la misma forma se presenta en los niños y niñas, en la CPI Shinyak, en donde acuden infantes que viven en Bogotá pertenecientes a la comunidad Kamëntša, junto a otros niños, algunos pertenecientes a otras comunidades indígenas, quienes han llevado toda su vida en la ciudad o que por ciertas razones se han visto en la necesidad de emigrar de su ciudad de origen. Por esto, a continuación, doy a conocer mi pueblo: los Kamëntša.

El pueblo Kamëntša habita principalmente en el municipio de Sibundoy, departamento del Putumayo. Limita al norte con los departamentos de Caquetá y Cauca, al sur con Ecuador y Perú, al oriente con el departamento de Amazonas y al occidente con el departamento de Nariño (16). También estamos en otros municipios del Putumayo, San Francisco, Mocoa y Orito, y en menor cantidad en ciudades como Bogotá, Cali y Pasto (17, 18), como se muestra en la figura 2-1.

El pueblo Kamëntša tiene su propia cultura, y con el objeto de ser transmitidos al Kamëntša de hoy y del futuro existe un plan de salvaguarda, que tras la identificación de la problemática (conflicto armado y desplazamiento forzado) por parte de la corte constitucional a través del acuerdo al auto 004 de 2009 ve la necesidad la formulación e implantación de planes de salvaguarda étnico; su componente básico es prever herramientas para el fortalecimiento de la integridad cultural y social con el fin de garantizar la pervivencia del pueblo, fortaleciendo las enseñanzas dejadas por los abuelos

garantizando la pervivencia del pueblo en el espacio y el tiempo: Fortalecer Bëngbe Uaman Tabanók “nuestro sagrado lugar de origen” (19), ya que la tenencia de tierra reviste de vitalidad en tanto que es la “fuente de vida para subsistir en torno a una cosmovisión. Por tal razón, hablar de tierra es hablar de un origen que reconoce una milenaria ocupación, como primeros poseedores de un territorio ancestral” (16).

Figura 2-1 Localización geográfica del valle de Sibundoy (20)



Fuente: referencia bibliográfica

Este pueblo vive en resguardos, territorios colectivos que son orientados políticamente por los cabildos. Dichas entidades tienen la función de organizar la vida al interior de los territorios colectivos y representar a las comunidades frente al Estado y sus instituciones.

El Cabildo está conformado por: Gobernador, como aquella persona que vela, protege y busca un bienestar comunitario, Alcalde Mayor, quien acompaña y reemplaza al gobernador en caso de su ausencia, Alguacil Mayor quien tiene la responsabilidad de impartir justicia mediante el látigo, de acuerdo con las decisiones de gobernador y familiares del inculcado, y coordina las diferentes actividades realizadas al interior de la casa cabildo. Primer Alguacil, alguacil segundo, alguacil tercero y alguacil cuarto son quienes hacen parte de la operativa de cualquier actividad que se realicen en la casa cabildo (17).

Por otro lado, su organización social se basa en familias extensas, que constituyen más de cuatro mil personas, de acuerdo al Censo (DANE, 2005) reportó 4.879 personas reconocidas como pertenecientes al pueblo Kamëntša de las cuales el 48,7% son hombres (2376 personas) y el 51,3% mujeres (2.503 personas) (18).

Esta comunidad tiene gran conocimiento acerca de sus plantas medicinales. Además, se caracteriza por su idioma propio y sus expresiones culturales muy importantes como son el carnaval y la elaboración de su cultura material, siendo la agricultura y la ganadería sus principales actividades económicas (21). La actividad agrícola ha sido la fuente básica de sustento y ha permitido la obtención de una variedad de productos, los que a su vez pueden clasificarse en dos tipos de plantas “una, de productos comestibles como yuca, papa, arracacha, ahuyama, calabaza, acelga, batata, ñame, cebolla, coliflor, espinaca, lechuga, repollo, tomate, zanahoria, entre otros productos; y otra de plantas mágicas y medicinales, usadas para aportar a la armonía de las personas y las comunidades (22)

## **2.2 Pueblo Kamëntša en el contexto intercultural**

La identidad del pueblo Kamëntša se caracteriza por su pensamiento y su medicina tradicional, además de sus tradiciones, rituales y conmemoraciones; algunas de las cuales se comparten con otras comunidades de la región, en particular con los Ingas. Su principal modelo de educación es el Jajañ (chagra), espacio importante en el desarrollo de la vida familiar e identificación ante otras culturas ya que es un lugar donde permite: crear, pensar, educar y enseñar los conceptos con sabiduría. Otra fuente de conocimiento es el yagé considerado el pilar de la cosmovisión de este pueblo, dando importancia a las plantas medicinales como fuente de saber, junto a la chagra o jajañ.

“La cultura Kamëntša está al interior de cada uno, ese sentimiento nace, se construye y se transmite a través de la lengua de generación en generación. La cultura del indígena se aprecia desde su forma de reír, hablar, preparar bocoy, cuidar la tierra... Quien posee la cultura viva lo expresa en su forma de vivir, relacionarse con la naturaleza, hablar con los taitas, compartir en la tulpá con la familia y hacer uso de la autoridad tradicional”(18).

Sin embargo, la cultura se ha visto afectada. Su estructura de organización social y sus tradiciones culturales se afectan por las distintas transformaciones en el entorno y en las formas de cohesión al interior de las comunidades, dada la influencia de la cultura occidental (18). Por lo tanto, y de acuerdo a la propuesta diseño curricular en básica

primaria: Oyejuayka, Añemok Tatsjinÿam Bëngbe Uaman Soyëng, Juabn del 2013; uno de los principios es ser intercultural, entendiendo esto como la oportunidad de convivir de manera armónica y respetuosa, con los otros en un mismo territorio, compartiendo desde la diversidad cultural, pero fortaleciendo el sentido de pertenecía e identidad como Kamëntša (23).

La esencia cultural del pueblo Kamëntša es la celebración anual del Betscnate o “Dia Grande”, donde convergen las más relevantes manifestaciones de la tradición (Figura 2-2); inicia con el Uacjnayte (ofrenda para los difuntos) hasta el día de la celebración (lunes antes del miércoles de ceniza); se celebra en memoria a las enseñanzas de los ancestros, familiares, allegados, amigos y mayores. En esta celebración se reúnen todos los aspectos que hacen de la cultura Kamëntša algo muy especial: es un espacio de reconciliación por lo que también se conoce como “Día del Perdón”, es la fiesta por la salud y la vida representada por la danza y música; significa un año nuevo, un encuentro de la familia, un compartir, un ciclo más de permanencia del pueblo Kamëntša reencontrándose con las tradiciones y costumbres para mantener una manifestación propia de la cultura (24); ya que hablar de cultura estaría conformada por una serie de elementos, practicas, ideas, procesos, formas de comportarse, vestir, hablar, vivir, entre otras que permite la relación entre las personas y las del entorno.

Figura 2-2 Celebración anual del Bëtscnate o “Dia Grande” del pueblo Kamëntša



Fuente: Archivo familiar de la autora.

La interculturalidad ha hecho que generemos mecanismos de adaptación. Estos mecanismos nos han permitido en cierto grado conservar algunas de las características que nos identifican como Kamëntša. Una muestra de esto se da a través de las instituciones como el hogar infantil Basetemëngbe Yebna (Figura 2-3) y el colegio Bilingüe Artesanal, donde se pone en práctica tanto el conocimiento propio como el conocimiento occidental. Sin embargo, esto no es suficiente. Es necesario adoptar nuevas medidas que, a través de la educación, permitan conservar y fortalecer nuestra identidad cultural (25).

Figura 2-3 Niños y niñas indígenas hogar infantil Basetemëngbe Yebna



Fuente: Archivo familiar de la autora.

Para el caso específico de los pueblos que confluyen en el Distrito Capital, la Interculturalidad se define como las relaciones armónicas entre las diferentes culturas con el fin de compartir saberes para un enriquecimiento colectivo y participar en condiciones equitativas, importante para la permanencia y pervivencia cultural. El niño o niña crece en un escenario en donde podrá hacer alianzas, en pro de su propio crecimiento en los mundos a los cuales pertenece y a los cuales tiene derecho por vivir en la ciudad de Bogotá (26).



## **2.3 El pueblo Kamëntša fuera de su territorio**

Durante los últimos años, se ha observado que la comunidad Kamëntša se ha visto influenciada por el contacto con los mestizos presentando una aculturación expresada o identificada por la migración desde sus territorios a ciudades capitales y por la modernización, siendo la causa de afección a la dinámica tradicional. Sin embargo, tener un territorio es significado de existencia (27), razón por la cual, así se encuentren en diferentes lugares, persisten en defender su identidad cultural.

La población de la comunidad que en su mayoría se ha visto influenciada por la modernización, son los jóvenes, quienes se han visto en la necesidad de dirigirse a otras ciudades dentro y fuera del país con el fin de adquirir conocimiento occidental a través de la educación superior en diferentes áreas, como una forma agregada a los conocimientos propios, siempre y cuando sean acogidos de manera crítica, conservando el saber de la comunidad, hecho que fue facilitado inicialmente por la Universidad Nacional de Colombia capacitando un buen número de jóvenes en áreas profesionales, tal como lo menciona en el trabajo “Geografía Humana de Colombia.” (21, 22)

Otro factor de la modernización son los medios de comunicación y la tecnología; que han hecho del conversatorio y la práctica oral de la comunidad se vayan perdiendo por lo que la transmisión de conocimiento y cultura va disminuyendo, esto ha hecho que se recurra a procesos de etnoeducación y reafirmación cultural fuera del territorio, de esta forma aquellos que se han visto obligados a dejar sus territorios se fortalezcan manteniendo la cultura (18) .

En las familias Kamëntša, se considera que los distintos cambios económicos y la organización social a nivel nacional han hecho que se vean en la necesidad de buscar economía estable o que “deben salir en busca de trabajo en diversos sectores (oficios domésticos, trabajos asalariados, empleadas de restaurantes, mecánicos, entre otros)”.

Para lo anterior, lo que se ha logrado en Bogotá D.C para el pueblo Kamëntša es ser parte de la OZIP (Organización Zonal Indígena del Putumayo) creada en 1986 con el propósito de “rescatar y conservar las tradiciones ancestrales, territorio, cultura y mantener la autonomía dentro de las comunidades a través de la unión de diferentes pueblos indígenas del Putumayo” (18). Hoy en día, fuera del territorio se ha conformado sus propios cabildos

que junto a otras comunidades conforman la Asociación de Cabildos Indígenas de Bogotá –ASCAI- (6) con el mismo fin de revitalizar la cultura no solo al interior de la comunidad sino fuera del territorio, interactuando entre cabildos y con instituciones gubernamentales como alcaldías.

Además, es el gobernado el encargado de que la comunidad se conserve y permanezca ligada a los usos y costumbres rescatando las tradiciones, por lo que desde el año 2012 se ha realizado el diagnóstico e identificación de las líneas de acción para la elaboración del Plan de salvaguarda del Pueblo Kamëntša que habita en la ciudad, haciendo el reconocimiento de miembros de nuestro pueblo radicados en Bogotá desde ya hace más de 50 años por diferentes razones.(25)

Por lo tanto, se puede considerar que el factor más importante que han generado el desplazamiento de las familias Kamëntša ha sido la búsqueda de mejores condiciones de vida (educación y economía). Aunque cabe mencionar que en algún momento el conflicto armado en el bajo Putumayo, también provocó la salida de los indígenas de sus territorios ancestrales dejando atrás sus casas, sus pertenencias, sus cultivos y sus familias, como consecuencia de la violencia (25). Pero el arraigo al territorio ancestral de las familias hace que olviden su lugar de origen.

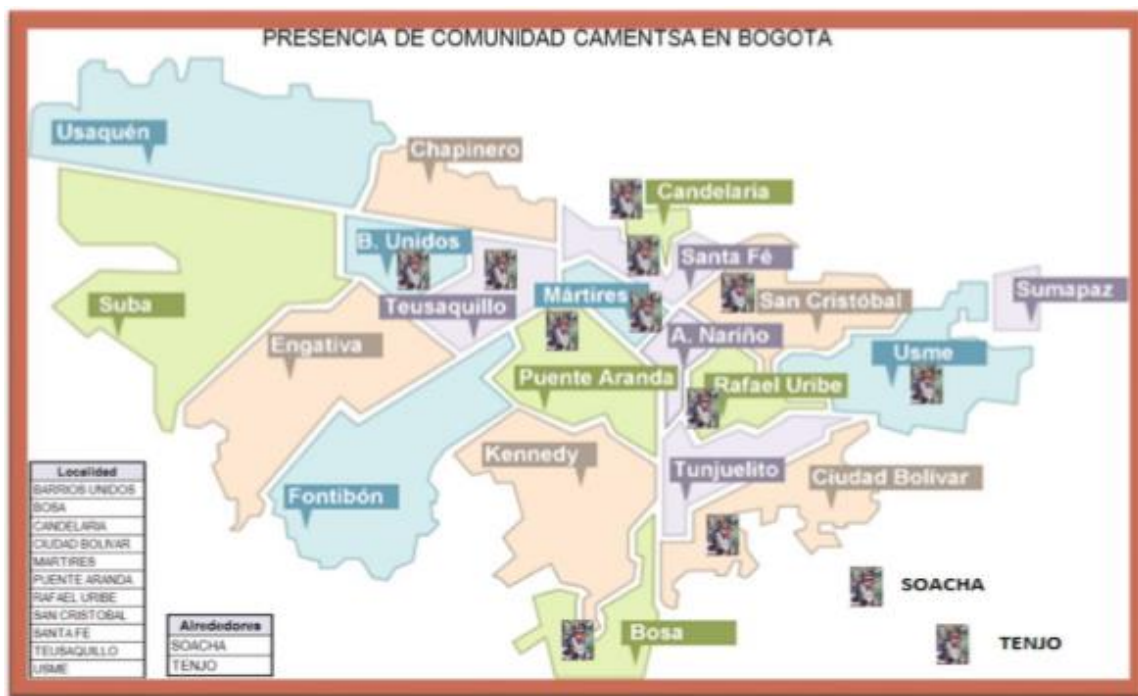
## **2.4 El pueblo Kamëntša en Bogotá D.C: caracterización demográfica**

Los indígenas no han sido ajenos a la dinámica del poblamiento experimentando cambios en sus modos de vida. Históricamente los indígenas siempre han estado en la ciudad; se considera que Bogotá tiene un aporte a la multiculturalidad; inicialmente comunidades ingas procedentes del Putumayo, pijaos del Tolima y Otavaleños del Ecuador, esparcidos a lo largo y ancho de la ciudad, reivindicando sus derechos logrando el reconocimiento como cabildos urbanos el día 18 de diciembre de 2005. Con ello, logran acceder a derechos como educación, salud y vivienda, que les habían sido vulnerados. Se clasifican en tres categorías: originarios, migrantes y desplazados; dentro de los migrantes se destaca comunidad Kamëntša e inga (28).

La población indígena Kamëntša en la ciudad de Bogotá la constituye aproximadamente 96 personas en igual proporción de mujeres y hombres, que se encuentran registradas en

el cabildo Kamëntša, quienes se encuentran distribuidos en la zona urbana en las siguientes localidades: Barrios Unidos, Chapinero, Usme, puente Aranda, Restrepo, santa Fe, San Cristóbal, Teusaquillo, Tunjuelito y ciudad Bolívar, siendo esta última la de mayor porcentaje de población (Figura 2-4). Independientemente del sexo, la edad comprende desde los 8 meses hasta los 68, siendo para interés de este estudio la población menor de 6 años que comprende 12 niños del total de la población y su lugar de nacimiento es putumayo, por lo que en la mayoría la procedencia de la población es de putumayo y viven entre 2 a 3 años en su mayoría en la ciudad.

Figura 2-4 Distribución de la comunidad Kamëntša en Bogotá D.C



Fuente: referencia bibliográfica

El cabildo indígena surge a partir de la Ley 89 de 1890, la cual hace referencia a la organización de los cabildos, la forma en que estos deben funcionar, periodo de tiempo y demás acciones que deben ejercer durante la gobernabilidad. De la misma forma que en su lugar de origen cuenta con un plan salva guarda con el finde fortalecer el gobierno y la justicia propia, que involucre temas como: el sistema indígena de salud propio intercultural, derechos humanos y la asignación de recursos por parte de Estado para el funcionamiento del Sistema (29).

## 2.5 Jardín infantil “Casa Pensamiento Shinyak”

Las instituciones educativas para la comunidad Kamëntša han sido consideradas parte del proceso de enseñanza para la pervivencia de la misma, de esta manera, en los hogares infantiles los niños se apropian de usos y costumbres desde temprana edad, conservando la cultura, que identifiquen la lengua, la indumentaria, los instrumentos, artesanías y espacios sagrados (27). Sin embargo, la base de la educación propia siempre ha sido la familia y el espacio de formación es el Shinyak (tulpa o fogón), lugar donde se reúnen los miembros y se comparten historias, anécdotas, enseñanzas, consejos y pautas de crianza. En este proceso de recuperación cultural a través de la educación, en el 2012 se diseña el modelo pedagógico del Pueblo Kamëntša denominado, Jenbuatëmbam Oyejoayka Jenabouinÿam (Enseñarse mutuamente con alegría), que permitió reivindicar la educación desde la base de la comunidad, reconociendo la familia como espacio trascendental para compartir y transmitir los valores y conocimientos, culminando con un modelo pedagógico en la básica primaria en el año 2013 (23).

Este modelo se viene intentando fortalecer en Bogotá, ciudad en donde existe un antecedente de consulta, concertación y construcción colectiva, miso que se inició en 2010. A partir del 2015 existen 10 casas de pensamiento intercultural: Uba Rhua (Espíritu de la Semilla) del pueblo Muisca, semillas ambika pijao del pueblo Pijao, gue aty qiib del pueblo Muisca, wawa kunapa yachahuana (casa de niños) del pueblo misak, Shinyac del pueblo Kamëntša, makade tinikana del pueblo Uitoto, wawa kunapa wasi del pueblo inga, sus utuk kusreik ya del pueblo misak y khpy”sx Zxuunwe”sx (30) (Tabla 2-1).

Estas casas son las encargadas de crear una sociedad inclusiva que pretende y promueve la diversidad fortaleciendo la relación intercultural e intracultural. Las Casas de Pensamiento Intercultural – CPI- se definen como unidades operativas de la Secretaría Distrital de Integración Social, que acoge a diferentes niñas y niños, cuyo propósito fundamental es la atención integral a partir de procesos de preservación de la cultura de los diferentes pueblos étnicos y de regiones de procedencia que allí convergen, el fortalecimiento intra cultural y la construcción de relaciones interculturales en el marco de una educación inicial inclusiva, diversa y de calidad y la construcción de procesos corresponsables donde la institución, las familias y comunidades conversan, conciertan y consensuan sobre las dinámicas y experiencias de atención que aquí se viven, de esta

manera se materializan las políticas públicas desde el enfoque de derechos y el enfoque diferencial (26).

Tabla 2-1. Ubicación y pueblo que lidera las casas de pensamiento intercultural

<b>LOCALIDAD</b>	<b>LIDERADA POR EL PUEBLO</b>	<b>NOMBRE EN LENGUA NATIVA</b>	<b>DIRECCION</b>
<b>Bosa</b>	Muisca	Uba Rhua	Tv 87b No 79 C 60 Sur
<b>Usme</b>	Pijao	Semillas Ambika Pijao	Cra 1 G Bis Este 81-36 Sur
<b>Suba</b>	Muisca	Gue Aty Qiib	Cl 144 No 139-55
<b>Engativá</b>	Kichwa	Wawa Kunapa Yachahuna	Kr 69 I 69 A 41
<b>Santa Fe Candelaria</b>	kamentsa Uitoto Inga	Shinyac Makade Tinikana Wawita Kunapa Wasi	Calle 1 C No 13-41 Cra 6 No 15-47 Sur Cale 18 Sur No.9-50
<b>Fontibón</b>	Misak	Shush Uruk Kusreik Ya	Kra 125 No 20-10
<b>Los Mártires</b>	Pastos	Mártires	Calle 10#29-48
<b>Kennedy</b>	Nasa	Khpy”sx Zxuunwe”sx	Cra 80 calle 42 Sur

Fuente: referencia bibliográfica

De acuerdo con el número de habitantes en las diferentes localidades es el número de cobertura de las casas de pensamiento, aunque es inestable puesto que se dan procesos de retornos hacia sus lugares de origen de manera frecuente.

La casa de pensamiento Shinyak ubicada en la calle 1 C n° 13-41 de la localidad Santa Fe cuenta con profesionales y sabedores del pueblo Kamëntsa de esta forma depende la etno-educación diversa e incluyente, ya que a ésta pueden acudir niños y niñas de diversos pueblos, un ambiente de interculturalidad que genere mecanismos de adaptación y conservar las características que identifican la comunidad colocando en práctica el conocimiento propio y occidental, un respeto por las costumbres, tradiciones y valores culturales que caracterizan a cada comunidad en general, además de generar un espacio de armonización. La casa de pensamiento Shinyak tiene una cobertura de 42 niños y niñas; la población vinculada a esta casa son familias indígenas y no indígenas, las cuales están

---

conformadas por núcleos monoparentales, menores de edad o con compañeros mayores, en otros, la presencia de familias de segundo y tercer orden de consanguinidad y familias nucleares. Las características generales a nivel económico, de las familias están relacionadas al trabajo independiente e informal, y con relación a su nivel de escolaridad la mayoría de las familias no superan el nivel básico de educación.

El enfoque intercultural está orientado al fortalecimiento de la identidad cultural, desde la educación inicial, donde la educación Kamëntša empieza en el vientre de la madre en su periodo de gestación socializándolo en todo el proceso de cuidado, de protección, de allí su relación directa con su entorno familiar, con la naturaleza, el cuerpo y la cultura y la lengua materna como eje fundamental en el proceso de comunicación y aprendizaje.

### **3. Capítulo 3. Marco teórico.**

A partir del conocimiento de elementos socioculturales y la contextualización de la población objeto dentro y fuera de su territorio, se correlaciona a continuación esta realidad con conceptos clave al tema de interés: pautas de un programa intercultural de salud bucal. Es indispensable considerar los conceptos sobre salud bucal, no solamente desde la perspectiva occidental, a partir de la valoración clínica para el diagnóstico de caries, que a nivel poblacional se encuentra representado a través del índice de salud oral más conocido: índice ceo-d, identificado por parte del profesional de la salud. También es importante el punto de vista de medicina tradicional y sus estrategias para hacer frente a los padecimientos bucales en niños y niñas menores de 5 años.

Es importante señalar que esta problemática abarca tanto población indígena como no indígena, indicando la necesidad de un enfoque intercultural que permita considerar la población vulnerable dentro de políticas públicas que permitan espacios de interacción social basados en la autonomía y la equidad, sea en espacios específicos como es el hogar infantil CPI Shinyak, sea en territorios complejos como lo es la ciudad de Bogotá.

#### **3.1 Salud Bucal**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) habla de la salud bucal como un elemento esencial de la salud general y del bienestar, que impacta significativamente en la calidad de vida. Por tanto, la salud bucal va más allá de tener dientes blancos y parejos, de no tener caries, de estar libre de enfermedades de las encías, de perder dientes y de presentar cáncer oral o de garganta (31). En los niños menores de 5 años, esa calidad de vida se ve afectada por la caries dental disminuyendo su bienestar a pesar de las múltiples indicaciones en cuanto a dieta, cepillado e intervenciones de prevención como la aplicación de flúor realizadas en toda la población por parte de los profesionales de la salud, lo que

va a determinar más adelante la salud bucal en la niñez y adolescencia (32). Para la población indígena el concepto de salud bucal tiene menor importancia y conocimiento, puesto que históricamente las poblaciones indígenas generalmente tenían buena salud oral, pero los cambios de dieta han aumentado la incidencia de caries entre las poblaciones indígenas.

La caries dental ha sido considerada una de las enfermedades en cavidad oral más prevalente en la población Colombiana y mundial, representada en los índices COP-D y ceo-d para dentición decidua, el cual para los niños de las edades 1, 3 y 5 corresponde a 0,19%, 1,85% y 2,82% respectivamente, valores reportados en el IV estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) (9) dirigido por el Ministerio de Salud desde el año 2009, dando a conocer el análisis de los grupos poblacionales e iniciar así las consideraciones con respecto a la problemática de la salud bucal como un problema de salud pública que requiere de una orientación de las acciones de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y de prestación de los servicios. La caries presenta graves repercusiones en la salud general del niño como: dolor intenso, infecciones faciales, pérdida dentales prematuras, hospitalizaciones y visitas a urgencias, malnutrición, por lo tanto, se entiende que en los niños se requiere de la aplicación del primer nivel de atención, que van desde la educación hasta el fomento de la misma; obteniendo así cambios en la conducta de la población, dirigida hacia comportamientos saludables.

A pesar de las dificultades para afectar positivamente la salud bucal de la población colombiana, existen estrategias soportadas en investigaciones y experiencias que deben ser utilizadas para hacer frente a esta enfermedad bucal.

1. Mejorar la salud bucal de las futuras madres
2. Remineralización del esmalte con fluoruro comunitario (agua, sal)
3. Cepillado dental desde la erupción de los dientes
4. Uso de flúor barniz
5. Modificación dietética
6. Promoción desde un enfoque basado en los factores de riesgo
7. Implementar la salud bucodental en el sistema de salud pública
8. Programas de salud escolar
9. Mejorar la salud bucal de las futuras madres



De estas estrategias, la educación para la salud es uno de las que presenta evidencia de preservación de salud integral del niño; por lo tanto, mejora la calidad de vida de los mismos. Esto indica que al implementar los futuros programas de promoción y prevención de salud bucal, a través de una metodología participativa (intervención-acción); se crea una “cultura de salud” temprana, oportuna y permanente que se debe dirigir en especial a las madres (33), ya que son ellas las que presentan mayor contacto con los niños desde el nacimiento y en quienes se puede evaluar conocimientos como: partes de la boca, dientes, funciones, factores de riesgo, medidas preventivas, dieta, consumo de medicamentos, uso del biberón, lactancia, uso de chupo, higiene bucal, aplicación de flúor, sellantes y asistencia al consultorio dental (34). Por otro lado, el primer contacto con profesionales de la salud es con los pediatras en los diferentes controles de crecimiento y desarrollo, por lo que se consideraría un papel importante en el mantenimiento de la salud bucal.

Lo anterior se conoce bajo el concepto de odontología comunitaria y actualmente hace parte de la “Atención Primaria en Salud” y parte de la realización de un diagnóstico o de estudiar las condiciones de salud bucal; el más conocido es el índice de caries dental: índice COP-D o ceo-d para dentición permanente y decidua respectivamente (35), que consiste en un promedio de dientes cariados, obturados y perdidos por caries. A partir de este análisis se busca implementar programas que garanticen el bienestar de la población. A nivel internacional, los programas preventivos que se conocen son: en Panamá, con “Sonríe Latinoamérica”; en Cuba con “Sonrisas Saludables” y en Perú con la “Clínica del Bebe”. En Colombia, a partir de la resolución 5521 de 2013 en sus artículos 78, 95, y 110 hace mención a los programas de protección específica de los menores de 18 años, en el que se cubre la topicación con barniz de flúor para edades escolares que incluyen menores de 5 años, de igual forma el inicio de la promoción de cuidados de salud bucal para ayudar al control de la caries dental y de la pérdida dental por esta razón, así; incrementar la cobertura de niños, niñas y adolescentes (menores de 18 años), a través de la estrategia “soy generación, sonriente” (36).

### **3.3 Atención Intercultural en Salud**

La interculturalidad es utilizada frecuentemente como una herramienta para dinamizar las relaciones existentes entre diferentes grupos socioculturales. Sin embargo, esta mirada

instrumental no reconoce los conflictos que se manifiestan en estas relaciones, discrepancias originadas por los intereses de alguno de los grupos en interacción, en su intento por imponer sobre otros colectivos, una idea única alrededor de las diferentes dimensiones de la vida social –religión, desarrollo económico, valores sociales, respuesta social a la enfermedad etc. Lo habitual es que esta imposición sea realizada por el grupo social que detenta el poder económico, haciéndolo manifiesto a través de la política y la ideología, promoviendo así desigualdades sociales que se expresan específicamente en las condiciones de vida, en el nivel educativo o en el estado de salud.

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud definen la interculturalidad como un concepto que involucra las interacciones equitativas y respetuosas en las diferencias políticas, sociales y culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales en diferentes contextos, culturas, pueblos y etnias para construir una sociedad más justa. En cuanto a salud se entiende como las distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención que requieren de acciones de prevención y solución en contextos pluriétnicos (37).

A partir de estas definiciones, se puede considerar que la interculturalidad es una categoría analítica, fundamental para entender los rezagos sanitarios que tienen los grupos históricamente subordinados –afros e indígenas en nuestra región-, y para desarrollar estrategias encaminadas a superar estas desigualdades, sin que ello promueva atentar contra la diversidad sociocultural, principal tesoro de la humanidad.

En América Latina, durante los últimos 20 años, se reconoce el tema de la interculturalidad en el campo de la salud, gracias al conocimiento antropológico social, a partir del cual se busca conocer las causas de la desigualdad en salud entre pueblos indígenas y el resto de la población; es decir, la complementariedad entre dos sistemas de salud (institucional y tradicional) para mejorar las condiciones de vida; es una relación entre usuarios y prestadores de servicios en zonas indígenas o en términos de antropología crítica se refiere a las contradicciones entre el modelo médico hegemónico y el modelo alternativo subordinado (37, 38).

Otras consideraciones de la interculturalidad, en cuanto a salud se refiere, son los diferentes encuentros indígenas cuando asisten a la consulta institucional o privada, a pesar de que cuentan con una formación cultural diferente o lo que se reconoce como

"medicina alternativa", que implica el uso de plantas medicinales entre otras terapias que son de poco conocimiento por parte de los profesionales de la salud, pero de gran importancia para las comunidades indígenas. Solo al compartir con ellas se puede tener conocimiento de estos saberes y prácticas que en el proceso intercultural deberían ser mejor conocidas para una buena relación médico-paciente, es necesario un respeto por esos saberes, profundizar en estas prácticas, entender y comprender su significado; solo de esta manera en la experiencia clínica intercultural se puede lograr un puente con la medicina occidental. De acuerdo con esto, la interculturalidad se compone de los siguientes principios: reconocimiento de la diversidad cultural, relaciones equitativas, respeto a las diferencias y enriquecimiento mutuo (39).

Si hubiera posibilidad de implementar un escenario sanitario con un modelo donde la interculturalidad sea completa se tendría que considerar: la creación de indicadores socio-culturales, que en los hospitales de atención se haga uso del idioma local, la realización de capacitaciones en el tema intercultural al personal con el fin de que no se ignore el contexto sociocultural de la población indígena, ya que para ellos la cosmovisión del proceso salud-enfermedad es diferente al igual que sus prácticas tradicionales de atención, que al involucrar su participación en la administración y organización de temas de atención en salud podría requerir de la inclusión de alimentos regionales, medicina indígena y creación de huertos medicinales (40), acciones que se pueden llevar a cabo con la incorporación de los recursos populares en salud a la aplicación de los programas institucionales interculturales; con el fin de lograr una equidad en salud y una mejor calidad de la atención hacia los usuarios en contexto indígena.

Pero también, es de considerar que se pervive una desconfianza hacia la medicina occidental ya que esta expresa una falta de sensibilidad, escucha, respeto de la privacidad por parte de los prestadores de salud y el menosprecio de las opiniones por parte de los usuarios, por lo tanto lleva a una resistencia al uso de los servicios de salud; lo anterior debido a la falta de comunicación en la relación médico-paciente, siendo el lenguaje utilizado por los médicos uno de los aspectos y factores importantes de la comunicación intercultural ya que imposibilita la empatía y confianza con el paciente (38).

La interculturalidad en salud debe por lo tanto reconocer los diferentes saberes y prácticas de estos grupos subordinados respecto a la forma en que entienden su cuerpo, conciben

su salud, enfrentan la enfermedad y posponen la muerte. Esto no indica una autoexclusión ni mucho menos un desconocimiento o descalificación de los conocimientos y las técnicas de la biomedicina, todo lo contrario, debe impulsar relaciones incluyentes, horizontales, críticas, respetuosas y complementarias, siendo el principal interés la transformación de las relaciones de poder en los escenarios sanitarios y, consecuentemente, la disminución de las desigualdades en salud existentes al interior de la sociedad.

La interculturalidad debe darse como un proceso de construcción que atraviesa varias dimensiones siendo la principal la de la transformación de las relaciones de poder en salud entre los pueblos indígenas, y la institucionalidad pública y de salud a nivel local y regional, y entre los diferentes sistemas médicos que interactúan en el interior de las comunidades indígenas inmersas en un mundo globalizado, de tal manera que al configurarse espacios reales y más simétricos de participación de las comunidades como ciudadanos colectivos y sujetos políticos de derechos para definir el que hacer en salud, se van forjando intercambios de información, saberes, prácticas y decisiones más colectivas y más vinculantes a favor de la salud de las comunidades. Estos espacios son por naturaleza conflictivos, dinámicos y contradictorios, pero fundamentalmente vitales para el desarrollo de la democracia local.

Uno de los países que ha mostrado mayor interés por el desarrollo de este enfoque es México, ya que de este enfoque se han apropiado instancias gubernamentales como la Secretaría de Salud y el ex Instituto Nacional Indigenista, además de incluirlo en el Programa Nacional de Salud con el fin de evitar el desencuentro con lo intercultural. La propuesta de incluir estas políticas interculturales en salud deben estar compuesta por: un enfoque intercultural en los programas de salud, reconocer y fortalecer la medicina tradicional, sistemas complementarios de atención a la salud y políticas de atención a la salud de poblaciones indígenas (39); puesto que se ha identificado que la atención para los indígenas es menor, más aún, por la no existencia de hospitales de segundo nivel, sino que se ha visto que se llega a esta población a través de unidades móviles que cuentan con médico generalmente. Por lo tanto, es indispensable el papel de organismos rectores internacionales con respecto al diseño de las políticas de salud (37).

El caso más representativo, es el caso del hospital mixto de Cuetzalan; que se encargó de ofrecer Atención médica de buena calidad desde un punto de vista técnico y con

sensibilidad cultural ajustándose a la demanda específica de la población indígena. En este hospital se puede apreciar los diferentes cambios de las políticas de salud de México, que tuvo que pasar para llevar la medicina a las regiones indígenas hacia la interculturalidad en los servicios de salud, cambiando el modelo biomédico y sirviendo de ejemplo para el resto de países (41).

El México también se impulsó en la construcción del Programa Nacional de Salud para Pueblos indígenas (PROSANI), compuesto por diez estrategias con sus respectivas líneas de acción de acuerdo con la problemática específica de la población indígena, acciones que en especial se basan en la capacitación intercultural con la que se pretende modificar la percepción y hábitos negativos de los prestadores de servicios. Esta propuesta se basa en la participación de dos figuras centrales: el facilitador intercultural o personal institucional; que debe estar formado en contenidos como: concepción de cultura, pluriculturalidad e interculturalidad, la cultural del paciente y del personal de salud: identidad, diversidad cultural, modelos y saberes médicos; la otra figura es el enlace intercultural, quien debe ser personal comunitario, hablante de la lengua indígena (37). Para esto, se han realizado innumerables encuentros de médicos tradicionales con el fin de intercambiar conocimientos terapéuticos tradicionales y verificar aquellos factores asociados ya sean biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales y de género de los pueblos indígenas (38).

En Colombia, siendo éste un país con reconocimiento pluriétnico, donde existen “1 millón 378 mil indígenas, que equivale al 3,4 por ciento de la población nacional”, cifras reportadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Al respecto, en el 2001 se dicta la Ley 691 por la cual se hace reconocimiento de salud intercultural y el respeto por la cosmovisión y etnicidad a que tienen derecho los pueblos y comunidades indígenas. Luego, con el Decreto 1973 de 2013, se crea la Subcomisión en Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los pueblos y organizaciones indígenas, con el fin de orientar las políticas públicas en temas de salud, y enfocarse en la interculturalidad y respeto por sus costumbres, creencias y cosmovisiones, al final con el Decreto 1953 de 2014 se otorga la capacidad jurídica a los territorios indígenas para el derecho de autonomía y gobierno propio, por lo que actualmente se habla de un Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural (SISPI) (42).

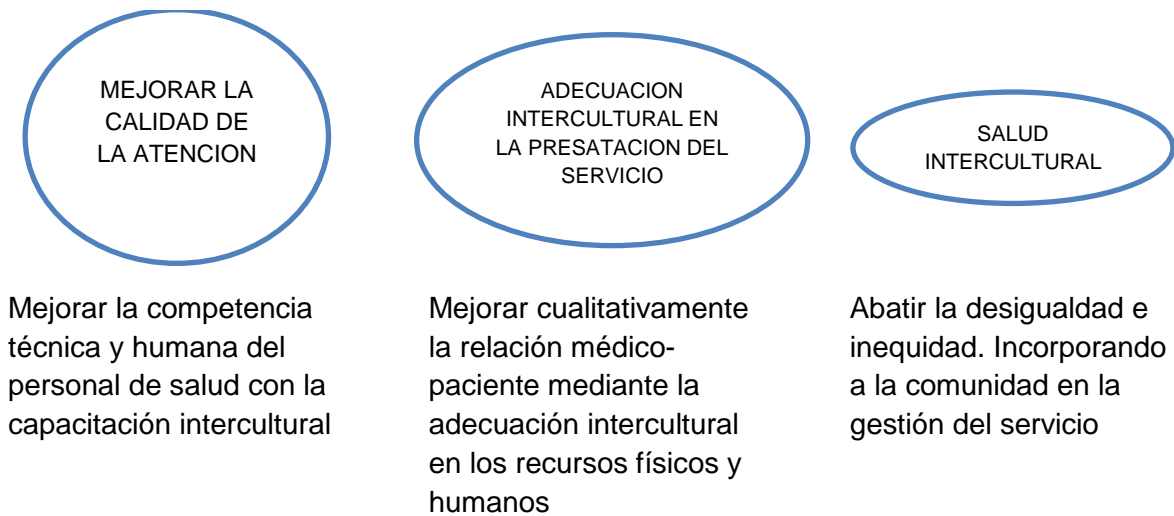
El sistema se compone de:

1. Sabiduría ancestral, es decir, conocimientos y prácticas propias de cada comunidad y pueblo indígena.
2. Organización política para generar autonomía de los territorios indígenas.
3. Formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud, para que se prolongue el uso de la medicina ancestral para las siguientes generaciones, como también, que forme de manera integral a los actores del SGSS y el SISPI.

Este sistema de salud propia e intercultural reconoce el cuidado según cada comunidad para la protección física, cultural y espiritual de su pueblo. Sin embargo, en el país se ha convertido en un reto en contraposición al modelo hegemónico, mercantilista e individualista del sistema general de seguridad social en salud.

De acuerdo con lo anterior, son notables los vínculos entre programas de salud y las comunidades en zonas indígenas, incluyendo también las políticas públicas y organismos gubernamentales que a través de estas estrategias aproximen lo occidental con el saber local; que tenga en cuenta el padecer de la gente, la causa de la enfermedad y se investigue el contexto, dado que se busca incrementar la utilización de los servicios de salud y la satisfacción del usuario. Es necesaria la detección del problema de salud y el diseño de las intervenciones que incluya la participación de la población indígena (37) y su percepción del proceso salud-enfermedad-atención, respetando ante todo su cultura y su derecho a la diferencia. La atención con sensibilidad intercultural a la población indígena se resumiría en la figura 3 -5 (38):

Figura 3-5 Atención con sensibilidad intercultural a la población indígena



De esta forma, con la interculturalidad se respetan los derechos de las comunidades, como también obliga al Estado a proteger y preservar tradiciones, rituales y cosmovisiones de los indígenas. Al incluir el derecho a la salud mejora la calidad de vida y en especial proporciona el acceso al servicio de salud de manera intercultural y efectiva, puesto que años atrás han sido sometidos a una exclusión en todos los campos, como es el caso de la no implementación del principio de interculturalidad en el Sistema de Seguridad Social en Salud que involucre el reconocimiento de la diversidad cultural, las relaciones equitativas, el respeto a las diferencias y enriquecimiento mutuo; por lo que actualmente el Estado se ve en la necesidad de tener un papel incluyente a poblaciones vulnerables, en especial pueblos y comunidades indígenas, respetando, protegiendo e incluyendo su visión en el campo específico de salud (42).

Por lo tanto, representa un reto para la comunidad posicionar un sistema de salud integral e intercultural, basado en el respeto por la diversidad, la equidad, y la construcción colectiva de tejido social y cultural, en contraposición al modelo homogeneizante, mercantilista e individualista, actual del país, aun así, está clara de que tampoco puede continuar aceptando un sistema que día a día debilita más el buen vivir comunitario.

El modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido es diferente en este ámbito por lo que es una relación donde se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial.

Se sustenta en cuatro principios básicos:

1. Reconocimiento de la diversidad cultural
2. Relaciones equitativa
3. Respeto a las diferencias
4. Enriquecimiento mutuo.

Para aportar al debate, la interculturalidad implica una relación donde varios grupos de poblaciones culturales diferentes, conviven y se relacionan compartiendo espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos. Sin embargo, a diferencia de la multiculturalidad, donde un grupo cultural mantiene una hegemonía sobre las demás poblaciones, en las relaciones interculturales existe la disposición del reconocimiento a partir del ejercicio de derechos, no como concesión ni claudicación de los privilegios de un grupo ante otro, sino como el marco para potenciar relaciones hacia la convivencia social.

La interculturalidad es un marco que se inclina hacia el respeto y horizontalidad, sin pretender que una población, con toda su carga de elementos culturales, se ponga por encima o debajo de la otra u otras. En esta relación intercultural, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo, facilitando o promoviendo, la apertura para la escucha y el enriquecimiento hacia los mutuos espacios de la relación.



## **4. Capítulo 4. Resultados**

Realizada la observación participante en el hogar infantil “Casa de Pensamiento Shinyak”, se interactuó con los padres de familia para dar a conocer el proyecto a través de un folleto informativo (anexo D) con la autorización del director de dicho jardín. A continuación, se presenta la primera descripción, la cual es sobre aspectos sociodemográficos. La segunda parte es la descripción del perfil epidemiológico en salud bucal. Por último, los datos sobre salud y enfermedad bucal con la realización de los exámenes clínicos.

### **4.1 Datos sociodemográficos**

La casa de pensamiento “Shinyak” del pueblo Kamëntša está localizada en la localidad Santa Fe, tiene una cobertura de 37 niños y niñas, que corresponde a un porcentaje de 57% y 43% respectivamente (Tabla 4-2). De estos niños, 7 hacen parte de los siguientes pueblos indígenas: 1 Muisca, 4 Kamëntša, 2 Emberá (tabla 4-3). A partir de la construcción de una base de datos de información. Con respecto a la localidad donde viven se encontró que la mayoría viven en la localidad de Santa Fe y en menor porcentaje en localidades como San Cristóbal y Mártires. En lo relacionado al aseguramiento en salud, la mayoría pertenecen al régimen subsidiado en un 70% a diferencia del régimen contributivo en un 30% (tabla 4-4); y del total de niños, la mayoría nacieron en Bogotá y otros en regiones como Tolima, Valle, Atlántico (tabla 4-5).

36 Estrategia de atención en salud bucal para niños y niñas indígenas del jardín infantil: “casa de pensamiento intercultural Shinyak”, localidad santa fe- Bogotá D.C.

**Tabla 4-2 Total de usuarios de la casa de pensamiento Shinyak distribuidos por sexo y nivel educativo**

NIVEL	NIÑAS	%	NIÑOS	%	
SALACUNA	1	6%	2	10%	
CAMINADORES	1	6%	7	33%	
PARVULO	5	31%	6	29%	
PREJARDIN	8	50%	3	14%	
JARDIN	1	6%	3	14%	TOTAL
SUBTOTAL	16	43%	21	57%	100%
TOTAL	37				

Fuente: Elaboración propia a partir de datos colectados en la investigación.

**Tabla 4-3 Distribución del total de niños de acuerdo con el régimen de afiliación**

AFILIACION	N° DE NIÑOS	%
CONTRIBUTIVO	11	30%
SUBSIDIADO	26	70%
TOTAL	37	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos colectados en la investigación.

**Tabla 4-4 Distribución del total de niños de acuerdo con el grupo indígena**

GRUPO INDIGENA	N° DE NIÑOS	%
KAMENTSA	4	11%
MUISCA	1	3%
EMBERA	2	5%
MESTIZOS	30	81%
TOTAL	37	100%

Fuente: Fuente: Elaboración propia a partir de datos colectados en la investigación.

**Tabla 4-5 Distribución del total de niños de acuerdo con lugar de nacimiento, aseguramiento en salud, localidad de origen.**

		N° DE NIÑOS
LUGAR DE NACIMIENTO	BOGOTA	34
	OTROS	3
ASEGURAMIENTO	SUBSIDIADO	26
	CONTIBUTIVO	11
LOCALIDAD	SANTA FE	33
	OTROS	4

Fuente: Fuente: Elaboración propia a partir de datos colectados en la investigación.

Considerando también las entrevistas realizadas; en general las familias son funcionales, aunque también se presentan familias mono-parenterales, por lo que las familias están conformadas por familiares de primer y segundo grado de consanguineidad (primos, tíos). En cuanto a la actividad económica, la mayoría de las madres son amas de casa que han realizado sus estudios académicos hasta bachillerato y los padres tiene trabajos independientes o realizan oficios varios (vendedores) quienes también han realizado estudios hasta bachillerato. Todos cuentan con los servicios básicos (agua, luz, gas) y viven en casa o habitaciones de arrendamiento, solo una persona refiere que no cuenta con un lugar para preparar los alimentos. El lugar de preferencia para realizar el mercado de alimentos son los mercados (Surtimax, plaza de Paloquemado, Plaza de las Américas) y tiendas de barrio.

Los padres tienen conocimiento de que la casa de pensamiento pertenece a una comunidad indígena, por lo que refieren sentirse a gusto con la atención, sin embargo, es escasa su participación a las reuniones convocadas por parte del cabildo. Madres de familia refieren que los niños están aprendiendo de otras culturas y otros idiomas que contribuyen a nuevo aprendizaje y conocimientos diferentes. Lo anterior se pudo observar durante las visitas, donde los niños o maestras no discriminan la etnia al realizar las actividades que se plantean, sino que tratan de incorporar los usos y costumbres

fortaleciendo la cultura de la comunidad, aunque en salud bucal las maestras refieren que “no hay tiempo” para realizar la actividad de cepillado, además de que no todos los niños cuentan con los recursos para disponer de un cepillo en el hogar infantil y otro en la casa. Por otro lado, se pudo observar que las infraestructuras de los baños no disponen de cepilleros o lugares adecuados para guardar los cepillos, mientras que otros saberes son reforzados por los sabedores al utilizar palabras en idioma propio (el saludo, los números, ordenes) o se dispone de lugares importantes como el Shinyak, la chagra o círculos de comunicación haciendo énfasis en la tradición oral (Figura 4-6, 4-7, 4-8).

Figura 4-6 Shinyak, tejido, plantas medicinales



Fuente: registro fotográfico de la autora

Figura 4-7 **Círculos de tradición oral**



Fuente: registro fotográfico de la autora

. Figura 4-8 **Fortalecimiento de la lengua Kamëntša**



Fuente: registro fotográfico de la autora

## 4.2 Perfil socio epidemiológico en salud bucal

Para la construcción de esta parte se realizaron entrevistas a diez personas (padres de familia), dos entrevistas por cada nivel: sala cuna, caminadores, párvulo, pre-jardín, jardín tanto para niña como niño. Ésta se centró en información sobre las condiciones sobre salud bucal. En general, los elementos de higiene oral que utilizan son: cepillo dental y crema dental, sin ningún tipo de referencia o indicación que se haya realizado por algún profesional de acuerdo con las necesidades o condición de salud oral. Algunos refieren indicar el uso de crema dental para niños y en la mayoría coinciden en el no uso de seda dental y enjuagues bucales, por lo que solamente realizan el cepillado dos veces al día: mañana y tarde, ya que el mayor tiempo durante el día los niños se encuentran en el hogar infantil, en donde el cepillado no es realizado.

La alimentación está organizada de acuerdo con la que dispone la Casa de Pensamiento: desayuno, almuerzo y merienda. Algunas maestras utilizan como método de aprendizaje el refuerzo positivo a través de premios que en la mayoría de veces son dulces, adicional a esta alimentación que es valorada por la nutricionista, algunos padres de familia refieren que después de la salida del hogar infantil los niños disponen de una merienda en casa compuesta en especial por dieta cariogénica (dulces, mecatos, galletas, bebidas dulces, coladas, bonyurt, bebidas azucaradas y gaseosas) más la comida en la noche. En el nivel de caminadores se pudo observar que los niños asisten con tetero de contenido dulce (café, agua de panela) o alimentos blandos como galletas.

Los padres y madres de los niños de dicha casa de pensamiento refirieron los siguientes elementos no favorables para la salud bucal, al indagar acerca del aseguramiento en salud: Todos los padres de familia desconocen redes comunitarias o de apoyo que promuevan la salud bucal en el barrio, aunque si conocen apoyos de alimentación entre otros. El tipo de aseguramiento es subsidiado y entre las EPS en donde reciben los servicios de salud se encuentran: Salud Total, Capital Salud y Famisanar, mismas que se encuentran localizadas cerca de la localidad. Por lo tanto, no requieren de transporte público, refieren que la asignación de citas es oportuna y son atendidos en todos los servicios de salud; sin embargo, en cuanto a la atención en odontología si presentan dificultades en especial por el tiempo de aprobación de citas el cual es prolongado. Generalmente la revisión de cavidad oral está a cargo del pediatra en las citas de crecimiento y desarrollo, por lo que

la mayoría no ha asistido por primera vez odontología o a llevado a citas de control, puesto que todos refieren que no han presentado sintomatología en cavidad oral u otra alteración con respecto al habla, apertura bucal o masticación, solo en un caso si han asistido por motivos de dolor dental en el servicio de urgencia y otro caso por mal estado dental, aunque en este ultimo la experiencia fue negativa. Sobre esto el padre refiere que se necesitó de restricción física para la atención sin obtener buenos resultados de tratamiento. Los padres y/o madres de familia tampoco han asistido a odontología por más de un año y solo una persona no cuenta con un lugar de atención.

Debido a que es poca la participación en las reuniones o actividades programadas por el cabildo, desconocen de algún tipo de atención alternativo de los servicios de salud por parte del mismo. También refieren que desconocen opciones para el tratamiento de sintomatología en cavidad oral, pero si mencionan el uso de plantas como: caléndula, yerbabuena, manzanilla. También para realizar baños para tratamientos sistémicos como dolor de estómago; por otro lado, aquellos que han experimentado sintomatología de dolor de origen dental refieren haberlo manejado con acetaminofén.

### 4.3 Datos sobre salud y enfermedad bucal

Sobre este parte se realizó un examen clínico a una muestra de 37 niños que pertenece a los niveles: sala cuna, caminadores, párvulo, pre jardín y jardín. El promedio de dientes sanos en la población estudiada fue de 9,21 en niños y 9,7 para las niñas (Tabla 4-6), Estos valores son variables y no están directa o inversamente relacionados con la edad o nivel educativo ya que el número de niños valorados fue muy variable en cada nivel.

Tabla 4-6 **Promedio de dientes sanos distribuidos por sexo y nivel educativo**

NIVEL	PROMEDIO DE DIENTES SANOS	
	NIÑAS	NIÑOS
SALACUNA	4	3
CAMINADORES	0	10
PARVULO	12,2	14,17
PREJARDIN	14,85	6,33
JARDIN	15	15
<b>PROMEDIO TOTAL</b>	<b>9,21</b>	<b>9,7</b>

**Fuente: Elaboración propia con datos de examen clínico.**

La experiencia de caries muestra que el 63% de la población tenía experiencia de caries (proporción de personas con al menos un diente con caries cavitacional, obturado y perdido por caries), que al discriminar por sexo el porcentaje para las niñas es de 75% mayor que el de los niños con un porcentaje de 51%. Así mismo, se encontró que fue esta situación fue mayor en el nivel de caminadores, párvulo y jardín, donde los datos informan que el 100% de las niñas tiene experiencia de caries. Para los niños solamente en el nivel de pre-jardín se obtuvo un 100% (tabla 4-7).

**Tabla 4-7 Experiencia de caries distribuida por nivel y sexo en la CPI Shinyak**

NIVEL	EXPERIENCIA DE CARIES (%)		
	NIÑAS	NIÑOS	
SALACUNA	0%	0%	
CAMINADORES	100%	57%	
PARVULO	100%	66%	
PREJARDIN	75%	100%	
JARDIN	100%	33%	TOTAL
PROMEDIO SUBTOTAL	75%	51%	63%

**Fuente: Elaboración propia con datos de examen clínico.**

La experiencia de tratamiento de caries muestra un 33% de la población, que corresponde a un solo niño del nivel de pre-jardín quien ha recibido tratamiento de operatoria. Los demás, de acuerdo con las entrevistas, no ha realizado citas de primera vez a odontología y otro niño del nivel de pre-jardín que la madre refiere tuvo experiencia de dientes perdidos por caries (tabla 4-8).



**Tabla 4-8 Experiencia de tratamiento de caries distribuida por nivel y sexo en la CPI Shinyak**

NIVEL	EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO (%)		
	NIÑAS	NIÑOS	
SALACUNA	0%	0%	
CAMINADORES	0%	0%	
PARVULO	0%	0%	
PREJARDIN	0%	33%	
JARDIN	0%	0%	TOTAL
PROMEDIO SUBTOTAL	0%	7%	3%

**Fuente: Elaboración propia con datos de examen clínico.**

Para el índice ceo-d modificado (promedio de dientes con caries cavitacional y no cavitacional, obturados y perdidos a causa de la caries) para el total de la población fue de 6,44 para niñas y de 5,87 para niños. De acuerdo con los niveles educativos, el mayor valor fue de 16 para caminadores, en específico en las niñas y un valor de 16,6 para el nivel de pre-jardín, en lo relacionado con los niños (tabla 4-9).

**Tabla 4-9 Índice ceo-d distribuido por nivel y sexo en la CPI Shinyak**

NIVEL	INDICE ceo-d		
	NIÑAS	NIÑOS	
SALACUNA	0	0	
CAMINADORES	16,0	2,28	
PARVULO	6,40	5,16	
PREJARDIN	4,80	16,6	
JARDIN	5,00	5,30	TOTAL
PROMEDIO SUBTOTAL	6,44	5,87	6,15

**Fuente: Elaboración propia con datos de examen clínico.**

Entre otros hallazgos en el examen clínico se observó: dientes fusionados, restos radiculares, quistes de la erupción y en mucosa oral: úlceras en lengua, mucosa de carrillos y labios, edema y eritema en encía asociada al acumulo placa bacteriana.

#### **4.4 Necesidades en Salud Bucal de los niños y niñas del jardín Shinyak.**

A continuación, se hace un listado de las necesidades en salud bucal de los infantes que asisten al jardín Shinyak. Dicha información se obtuvo a partir del examen clínico de los niños y niñas, de las entrevistas a los padres de familia y de la observación realizada en esta institución educativa.

- a. No hay una orientación institucional destinada a la salud bucal, con un profesional en el tema capaz de orientar en conductas sanas (cepillado, uso de seda dental, dieta) en salud oral a los padres de familia y maestras ya que los niños permanecen más tiempo en el hogar.
- b. Infraestructura: el hogar infantil no cuenta con espacios para el cepillado, consta de dos baños ubicados uno en la primera planta y otro en la segunda; los salones se encuentran ubicados en la segunda planta lo que es poco frecuente el uso del primer baño, ya que las escaleras son factor de riesgo de caídas.
- c. Elementos de higiene oral: en el jardín no hay disponibilidad de estos elementos para fomentar hábitos de cuidado en salud bucal, puesto que la condición socioeconómica no les permite a los padres disponer de un cepillo en el hogar infantil y otro en el hogar.
- d. Maestras no cuentan con capacitaciones por profesionales de salud oral (técnica de cepillado, cantidad de crema dental, tipo de cepillo), estas acciones son orientadas por la nutricionista, puesto que la falta de

presupuesto destinada a estas instituciones no permite la contratación de una persona adecuada para estas acciones.

- e. Currículo: existe un “plan de acción en salud oral” elaborado y modificado de acuerdo con el programa de trabajo con los niños y niñas cada año; sin embargo, ésta no se ha implementado con efectividad; por lo que se podría considerar que es de poca relevancia frente a otras actividades.
- f. Los padres de los niños y niñas no tienen información suficiente sobre estrategias de cuidado de la salud bucal de los niños (cepillado, pasta dental, cepillo de dientes, uso de seda dental, dieta). Igualmente es escasa su interacción con los servicios de atención a la salud que oriente dichas estrategias (barreras en la disponibilidad y asignación de citas). También en el tratamiento en caso de padecimientos en su cavidad bucal de los infantes.
- g. En el examen clínico, se hace evidente la alta presencia de enfermedades bucodentales: caries primaria cavitacional y no cavitacional activa y aunque no se midió el índice de placa al realizar la valoración la investigadora encontró alta presencia de placa dental

. **Figura 4-9 Atención odontológica en Hospital de la misericordia**



Fuente: registro fotográfico de la autora

- h. Con el fin de realizar un acercamiento de los padres de familia y los niños y niñas a la consulta odontológica se realiza un convenio con la directora de salud oral del Hospital de la Misericordia, para realizar la atención inicial con una valoración odontológica y aplicación de barniz de flúor en condiciones adecuadas, reforzando las indicaciones de higiene oral de manera personalizada (figura 4-9).

## **4.5 Pautas de atención intercultural**

A manera de discusión, planteamos estas pautas de atención intercultural en salud bucal, mismas que ponemos a dialogar teniendo en cuenta nuestros hallazgos con lo que dice la literatura al respecto.

Dichas pautas son una estrategia en salud bucal con un componente intercultural que pueden llevarse a cabo en comunidades indígenas localizadas en la zona urbana como rural teniendo en cuenta la necesidad tanto curativa identificada con un diagnóstico inicial, que en odontología se realiza a partir de los altos índices de caries en los niños y niñas; como también en el campo de la promoción, la educación y la prevención, basado en el análisis del perfil socio epidemiológico y las condiciones de salud bucal (43):

### **1. Fortalecer escenarios de interacción intercultural.**

- a. Resaltar que la mayor riqueza de la sociedad es su diversidad cultural.
- b. Tener en cuenta la relación entre condiciones de vida y salud bucal. En particular reconocer: condición socioeconómica, nivel de escolaridad, técnica y frecuencia de cepillado, última visita a odontología, alimentación entre otros, de los cuales se debe priorizar la atención a aquellos de mayor riesgo: como los niños y niñas menores de 5 años (44).
- c. Acción participativa o conversatorios con entes representativos: sabedores, maestras de hogares infantiles, padres de familia, líderes, gobernadores, dando importancia a su visión de la salud bucal, dientes, mantenimiento de la

salud y tratamiento (43). En las zonas urbanas considerar la participación de la Asociación de Cabildos Indígenas, con el fin de realizar redes de apoyo.

- d. Formación continua a los funcionarios de salud sobre el estado de salud bucal de la población indígena y observación participante de parte de los mismos, es decir, convivencia con los indígenas en sus actividades culturales, costumbres con el fin de tener una aceptación del equipo de salud, quienes deben captar los elementos culturales (43), identificar líderes de la comunidad que se comprometan en ayudar a la población.
- e. Considerar espacios de importancia para la comunidad como el Shinyak o la chagra, en donde la familia, quien es la que fortalece la identidad étnica a través de estos espacios se pueda involucrar hábitos y estilos de vida saludable (44).
- f. Realizar sectorización: identificar las localidades o barrios en donde se presente mayor porcentaje de población indígena en especial aquellos menores de 5 años, considerados los de mayor riesgo, en donde equipos de profesionales puedan llevar a cabo la educación en salud y tratamiento si así lo requieren, con los recursos disponibles (44).
- g. Considerar espacios de socialización, en donde haya interacción entre funcionarios de los ministerios de salud o de profesionales de la salud (médicos, odontólogos) quienes tengan experiencia en la aplicación de proyectos o programas dirigidos a comunidades indígenas (45) .
- h. Evaluación continua del modelo de atención tanto por las organizaciones indígenas o representantes involucrados como de las autoridades sanitarias del municipio o departamento. O la formación de un comité que incluya un líder de la comunidad y otros participantes para la mejora del sistema (46).

## **2. Establecer planes de atención intercultural.**

- a. Conocer las concepciones que tiene los pueblos indígenas acerca de lo que significa la salud/enfermedad bucal, y los métodos implementados por ellos

- para la prevención y tratamiento de las enfermedades bucales (43), sin dejar atrás la asistencia a controles realizados por profesionales occidentales cada 3 o 6 meses, si así se requiere.
- b. Actualmente muchos jóvenes indígenas se han preocupado por la formación académica superior; por lo tanto, se requiere de la participación de los mismos dentro de los modelos de atención permitiendo una mejor comunicación entre medico/paciente (43), además lograr formar equipos multiprofesionales, para identificar las necesidades y actuar antes de la aparición de la enfermedad, brindando a la población no solo servicios de salud oral, sino también otros campos de salud: medicina general, psicología, terapia ocupacional entre otros (44). El recurso humano debe estar preparado en realizar un atención de calidad, con un nivel técnico adecuado, con formación y aptitudes considerables en la interacción con el paciente y/o familia (45).
  - c. Adoptar las diferentes acciones de salud bucal occidental: técnicas de cepillado, uso de seda dental a la lengua materna a través de cartillas, capacitaciones, jornadas educativas(43). Ya que se ha demostrado que las acciones de promoción y prevención de la enfermedad tiene una efectividad tanto en zonas urbanas como rurales y en población indígena y no indígena (44). Previamente, aquellos profesionales de la salud encargados de la actividad pueden tener una formación inicial acerca de la lengua de la comunidad (47).
  - d. Realizar actividades preventivas y educativas, adaptadas a cada grupo de edad indicando acerca de: una buena salud bucal, caries dental y gingivitis, los riesgos de una dieta cariogénica, el consumo de azúcar, uso de medios alternativos de higiene bucal (43).
  - e. Considerar que el mayor tiempo de los niños es en el escenario escolar, por lo que el personal docente puede participar activamente en educación en salud y realizar cepillado si así lo requiere dentro de las actividades de planeación (44).

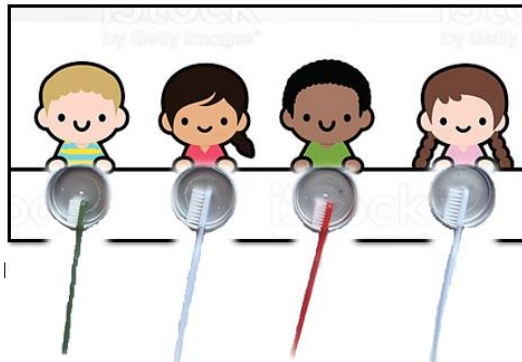
- f. La comunidad Kamëntša cuenta con sabiduría en el uso y manejo de plantas medicinales: sus frutos, tallos u hojas, que son aplicables en odontología para el manejo del dolor; conocimientos que pueden ser rescatados e incluidos en la odontología convencional.
- g. Realizar actividades de recreación, a través de material didáctico desarrollando acciones de autocuidado de la salud bucal; desarrollar actividades de intervención educativa basadas en teoría de aprendizaje (48): estímulos, experiencias, refuerzo positivo, aprendizaje a repetición.
- h. Si los espacios disponibles para la atención de comunidades indígenas se encuentran disponibles (EPS), estos deben estar adecuados: señalización en lengua indígena, adecuación en las salas de espera, consultorios con elementos de la cultura (45).
- i. Formación de equipos extramurales que se desplacen continuamente a las comunidades, de esta forma se amplía la cobertura de la población que reside en zonas lejanas a los lugares de la prestación de servicios, más aún si es en el territorio, ya que las comunidades indígenas en su mayoría se encuentran localizadas en zona rural (46).
- j. Como profesional de la salud, uno de mis aportes al hogar infantil está en la implementación de proporcionar un cepillero que recuerde la importancia del momento del cepillado. Recordemos que esta es la practica más efectiva para el control de caries (Figura 4-10).
- k. Los espacios interculturales en diferentes ámbitos (salud, educación, políticas) dentro y fuera del territorio se organizan de acuerdo con los lineamientos requeridos por las políticas nacionales. Teniendo en cuenta lo anterior, se puede considerar como una de las pautas iniciales en atención intercultural de salud bucal para hogares infantiles indígenas: verificar el desarrollo de las orientaciones para la atención integral a la primera infancia, que en salud bucal para la “Casa de Pensamiento Shinyak” contempla las siguientes actividades y

que deben llevarse a cabo durante el año con fichas técnicas de reporte de las mismas:

- a. Contar con un espacio de higiene oral
- b. Tener elementos de higiene oral: cepillo, crema y seda dental.
- c. Docentes con conocimiento sobre las prácticas de cepillado.
- d. Determinar el momento y la frecuencia del cepillado.
- e. Encuentros interpersonales con padres de familia.

De esta forma, se promueve prácticas y hábitos de salud bucal; mismas que son adicionales a las anteriores consideraciones en población que se considera con riesgo de caries y que se puede abarcar en un escenario organizado para la preservación de la cultura.

. Figura 4-10 **Cepillero: “dientes sanos, niños sanos”**



Fuente: Diseño de autora



## 5. Conclusiones y recomendaciones

### 5.1 Conclusiones

A continuación, se señalan las conclusiones de este trabajo, mismas que son una invitación a seguir profundizando debido a lo encantador e importancia del tema, sobre todo por el contexto sociocultural de nuestro país.

- Bogotá es considerada una ciudad multicultural, en la que residen comunidades indígenas de diferentes regiones del país, una de ellas es la comunidad Kamëntša propia del territorio del valle de Sibundoy, departamento de Putumayo. A pesar de encontrarse fuera del territorio, este pueblo se mantiene en la búsqueda del reconocimiento, recuperación y en mantener su cultura (lengua materna, costumbres, rituales), iniciando con la primera infancia a través de “casas de pensamiento intercultural” para población no indígena e indígena.
- La casa de pensamiento Shinyak del pueblo Kamëntša está localizada en la localidad Santa Fe de Bogotá D.C, con una cobertura de 37 niños y niñas; de los cuales 7 hacen parte de diferentes pueblos indígenas: 1 Muisca, 4 Kamëntša, 2 Emberá, en su mayoría viven en la misma localidad y están afiliados al régimen subsidiado de salud.
- Las características sociodemográficas de la población indígena y no indígena de las familias usuarias de la casa de pensamiento Shinyak son: familias funcionales, las madres son dedicadas al hogar y los padres tienen trabajo independiente, quienes han realizado estudios hasta bachillerato. Viven en casas o habitaciones de arrendamiento con los servicios básicos (agua, luz y gas) y obtienen los alimentos en plazas de mercado y tiendas de barrio.

- El perfil socio epidemiológico en salud bucal de niños menores de 5 años indígenas y no indígenas indica que las condiciones de salud bucal están asociadas a la escasa información sobre higiene oral por parte de padres de familia y maestras. Igualmente es escasa la relación con los profesionales de salud, y la falta de redes de apoyo de promoción y prevención, la inadecuada infraestructura y el no desarrollo del plan de acción del jardín diseñado para fortalecer hábitos de vida saludable.
- La situación en salud bucal para comunidades indígenas y no indígenas en menores de 5 años no difiere entre sí. De acuerdo con el reporte de altos índice de ceo-d (6,4 y 5,8 para niños y niñas respectivamente) en el hogar infantil que se tomó como referencia considerando caries primaria cavitacional y no cavitacional; por lo que la salud bucal se considera mala.
- La mala salud bucal de estos niños y niñas del hogar se relaciona con aseguramiento al régimen subsidiado, tiempo de aprobación de citas prolongado y valoración por pediatría general sin remisión a odontología.
- Las necesidades en salud bucal del jardín están relacionadas con: falta de orientación institucional a maestras y padres de familia, infraestructura inadecuada para la higiene oral, falta de elementos de higiene oral (uso, frecuencia, técnica) y desarrollo del plan de acción en salud oral.
- Para el fortalecimiento de los escenarios en salud bucal dentro o fuera del territorio indígena se recomienda realizar un reconocimiento de la diversidad cultural, identificar el perfil sociodemográfico de la población (condición económica, nivel de escolaridad, visitas odontológicas, alimentación) que está relacionado con el estado de salud bucal que permita a los entes representativos (gobernadores, maestras, familias, profesionales de la salud) realizar acciones de promoción y prevención en espacios de importancia para la comunidad (Shinyak, chagra, comunidades).
- Para el establecimiento de planes de atención, se requiere conocer las concepciones de los pueblos indígenas, de esta forma profesionales indígenas y

no indígenas formaran equipos multiprofesionales preparados en la realización de acciones de salud bucal occidental (cepillado, uso de seda dental, promoción y prevención) con enfoque intercultural.

- En el hogar infantil, considerando que la practica más efectiva para el control de caries es el cepillado; proporcionar un cepillero con el establecimiento de un tiempo adecuado permitirá mejorar índices de caries.

## 5.2 Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones se indican para generar aportes en la formulación de nuevas preguntas de investigación.

- La identificación de la población indígena menor de 5 años perteneciente a mi comunidad y residente en Bogotá D.C., amplía mi perspectiva para realizar acciones de promoción, educación y prevención en salud bucal para población de riesgo, por lo que se recomienda a profesionales en diferentes disciplinas conocer la situación en diferentes ámbitos de las comunidades indígenas.
- En el presente trabajo solo se abarcó la casa de pensamiento indígena Shinyak perteneciente a la comunidad Kamëntša; no obstante, en la ciudad de Bogotá D.C se localizan 8 casas de pensamiento pertenecientes a otras comunidades indígenas, mismas que sería importante conocer para aportar al desarrollo de las acciones de salud bucal que se deben implementar.
- La interacción odontólogo-paciente en ambientes diferentes a un consultorio, permite una mejor comunicación e interacción para dar indicaciones de higiene oral o a través de aprendizaje significativo cuando se realiza el cepillado, por lo que las acciones grupales podrían tener más efectividad, ya que se considera una población de difícil manejo en la consulta, razón por la que los padres no consideran iniciar la atención a tan temprana edad.
- El componente intercultural en salud permite fortalecer acciones alternativas para manejo de enfermedades; siendo la caries dental una enfermedad de

salud pública, se recomienda realizar asociaciones de estas acciones con la medicina occidental, para tener un concepto complejo de lo que es el manejo y tratamiento de las enfermedades bucales.

- Las pautas de salud bucal pueden ser aplicadas dentro y fuera del territorio de las poblaciones indígenas; formar equipos multidisciplinarios conocedores de su cosmovisión y cultura permite ofrecer servicios de calidad a través de salidas de campo; algunas EPS cuentan con recursos como unidades móviles lo que permitiría llegar a las zonas rurales en donde generalmente se encuentra esta población
- Se recomienda aplicar y realizar el seguimiento de algunas de las pautas propuestas en el presente trabajo (cepillero: dientes sanos, niños sanos), puesto que esto permitirá evaluar la efectividad de las mismas con el fin de implementarlas fuera y dentro del territorio de las comunidades indígenas.
- La población menor de 5 años indígena o no indígena en su mayoría de tiempo se encuentra en el hogar infantil por lo que la responsabilidad y enseñanza de hábitos saludables está a cargo de las maestras; por lo tanto, sería importante tener un acercamiento a ellas y considerar que dentro de sus actividades o planes de trabajo se encuentre la actividad de cepillado.
- Por último, me gustaría dar a conocer a otras instituciones gubernamentales la implementación de estas pautas y la experiencia de interactuar en espacios de diversidad cultural dentro y fuera de mi territorio, como profesional y perteneciente a la comunidad Kamëntša como una iniciativa a nuevos proyectos, programas de atención intercultural en salud bucal.

# Bibliografía

## Uncategorized References

1. Ley 100 de 1993, diciembre 23, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, (AÑO CXXIX).
2. Manual de Odontología para el Plan Obligatorio de Salud de S.O.S. [homepage en Internet]. Coberturas Y Atención Al Usuario En Odontología <https://www.sos.com.co/ArchivosSubidos/Internet/Manuales/ManualOdontologia/ManualOdontologiaPOSSOS2007.pdf> año 2007 [
3. Ministerio de salud y protección social .Resolución 0518 de 24 de febrero de 2015 por el cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas-PIC. .
4. Ministerio de la Protección Social. Plan Nacional de Salud Pública. Avances y retos en el fortalecimiento de la Salud Publica en Colombia. .
5. Rodríguez-Echeverry JJ. Uso y manejo tradicional de plantas medicinales y mágicas en el Valle de Sibundoy, Alto Putumayo, y su relación con procesos locales de construcción ambiental. Rev Acad Colomb Cienc. 2010;34(132):309-26.
6. Bejarano DG. Indígenas descubriendo un nuevo mundo <http://www.elnuevosiglo.com.co/articulos/9-2012-en-bogota-residen-87-pueblos-indigenas> Septiembre 01, 2012 [
7. Molina F. Lineamiento Pedagógico para la educación inicial indígena en Bogotá. Niñez Indígena y Educación Inicial SDIS-OEI. 2011.
8. Sigindioy Chindoy A. Jabian jabotaman juabnan tejiendo de colorido el pensamiento. Proyecto pedagógico: Casa de Pensamiento Intercultural Shinyac Comunidad Camëntšá. 2017.
9. Ministerio de salud y protección social. IV ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL ENSAB IV Situación en Salud Bucal. Para saber cómo estamos y saber qué hacemos.
10. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. salud pública de méxico. 2011;53:s144-s55.
11. Secretaría Distrital de Salud Bogotá D.C. "Balance de Resultados 2012 Programa Territorios Saludables.
12. Indicadores de Impacto Plan de Desarrollo 2012–2016. Vigencia 2014.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Respuestas a las preguntas formuladas en los numerales 5 a 8 del Auto 351 de 2014.
14. Defensoría del pueblo. [homepage en Internet]. Derecho Fundamental A La Salud De Los Pueblos Indígenas. .
15. Molina Echeverri H. Nuevos escenarios de vida indígena urbana: el caso de Bogotá. Actualidad política participación en la ciudad indígenas de América investigación documentos. 2007;106.
16. Chindoy S, Iaku I. 17 Análisis del reconocimiento jurídico a la desagregación territorial. Estudio de caso: la construcción de la variante San Francisco-Mocoa en

territorio ancestral de los pueblos Camëntsá e Inga del departamento del Putumayo (1996-2011). 2013.

17. Naranjo M. Evaluación de programas de salud. Comunidad y salud. 2006;4(2).

18. Cultura Md. 19 Camëntsá, personas de aquí mismo con pensamiento y lengua propia

[http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/index.php?option=com\\_content&view=article&id=383:camentsa-personas-de-aqui-mismo-con-pensamiento-y-lengua-propia&catid=19:atlas-etnico-de-colombia&Itemid=6709](http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/index.php?option=com_content&view=article&id=383:camentsa-personas-de-aqui-mismo-con-pensamiento-y-lengua-propia&catid=19:atlas-etnico-de-colombia&Itemid=6709) de Junio de 2014 [

19. Mutumbajoy EAC, Juan Bautista. Chindoy Jamioy, Segundo Silvestre. Mavisoy, Luciano. Gómez Hermoza, Samir. Juagibioy, Vicente. Agreda, Luis Antonio. Agreda, Andrés. 20 Plan salvaguarda pueblo kamëntšá: bëngbe luarentš šboachanak mochtaboashënts juabn, nemoria y bëyan. In: Sibundoy-Putumayo, editor. 2014.

20. Mora MA. Una mirada a la vitalidad de la lengua indígena Kamëntsá a través de la descripción sociolingüística. Forma y Función. 2004(17):34.

21. Jurado GSB. 21 Campos de poder artesanales en la comunidad Kamsá de Sibundoy, Putumayo, Colombia. Del trueque a las tendencias de moda. Apuntes (Colombia). 2011;24(2):178-95.

22. Programa od, derechos PD, DIH HY. 22 Diagnóstico de la situación del pueblo indígena Kamsá o Kamentsá:

[http://historico.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Documents/2010/DiagnosticoIndigenas/Diagnostico\\_KAMS%C3%81.pdf](http://historico.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Documents/2010/DiagnosticoIndigenas/Diagnostico_KAMS%C3%81.pdf); [

23. Propuesta diseño curricular en básica primaria. oyejuayka, añemok tatsjinjyam bëngbe uaman soyëng, juabn, (2013).

24. cultura md. 24 resolución n°3471. In: bogota, editor.

<http://www.mincultura.gov.co/prensa/noticias/Documents/Patrimonio/13-Resoluci%C3%B3n%20B%C3%ABtscnat%C3%A9.pdf2013>.

25. Jamioy JJ. 25 Diagnostico plan salvaguarda camëntšá In: Putumayo, editor. [http://www.mininterior.gov.co/sites/default/files/p.s\\_camentza\\_version\\_preliminar\\_0.pdf2012](http://www.mininterior.gov.co/sites/default/files/p.s_camentza_version_preliminar_0.pdf2012).

26. Social sdi. 26 Orientaciones Casas de pensamiento intercultural. In: D.C b, editor.

[http://intranetsdis.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2.3\\_proc\\_mis\\_prestacion\\_servicios\\_sociales/23122015\\_Orientaciones%20Casas%20de%20pensamiento%20intercultural.pdf](http://intranetsdis.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2.3_proc_mis_prestacion_servicios_sociales/23122015_Orientaciones%20Casas%20de%20pensamiento%20intercultural.pdf); alcaldía mayor de bogota; 2015.

27. García González R. Utilidad de la integración y convergencia de los métodos cualitativos y cuantitativos en las investigaciones en salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2010;36(1):19-29.

28. Molina Echeverri H. 29 Nuevos escenarios de vida indígena urbana: el caso de Bogotá. Actualidad política participación en la ciudad indígenas de América investigación documentos. 2007;106.

29. Chicunque WJ. 30 Asamblea Bogota 20 de Noviembre 2016. In: D.C b, editor. 2016.

30. Crónicas M. 31 Las casas de pensamiento de Bogotá. Una crónica de la interculturalidad <http://maguared.gov.co/casas-pensamiento/2017> [

31. Transmisibles SdEn. Ministerio de salud y protección social. ABECÉ Sobre IV Estudio Nacional de Salud Bucal. "Para saber cómo estamos y saber qué hacemos". Diciembre 2014.

32. Schroth RJ, Harrison RL, Moffatt ME. Oral health of indigenous children and the influence of early childhood caries on childhood health and well-being. Pediatric Clinics of North America. 2009;56(6):1481-99.

33. Martínez Abreu J, Llanes Llanes E, Gou Godoy A, Bouza Vera M, Díaz Hernández O. Diagnóstico educativo sobre salud bucal en embarazadas y madres con niños menores de un año. Revista Cubana de Estomatología. 2013;50(3):265-75.

34. Lipa LAB, Villacampa SAC, Reátegui CHC, Alva EP, Huasupoma MSV, Rodríguez AC, et al. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación

con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. *Odontología Sanmarquina*. 2012;15(1):14-8.

35. 25. Ramírez-Puerta BS, Viñas-Sarmiento Y, López-Camacho V, Morales-Flórez JL. Línea de base en caries dental, Antioquia (Colombia), 2011. *Revista Nacional de Odontología*. 2014;8(15):9-20.

36. De cuidado ei, salud bypee. soy generacion más sonriente.

37. Lerín Piñón S. 38. Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*. 2004(15-16):111-25.

38. Lerín S. 39. Interculturalidad y salud: recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social. *Desacatos*. 2004;15:16.

39. Almaguer González J, Vargas Vite V, García Ramírez H. 40. Interculturalidad en Salud (marco conceptual y operativo). Modelo para su implementación en los Servicios de Salud. Campaña Nacional por la diversidad cultural de México. México, DF: Secretaría de Salud; 2005 [citado 2 Feb 2013].

40. Campos Navarro R, Yolpahtli S, editors. 41. Experiencias interculturales desde las instituciones de salud. *Curso Interculturalidad*; 2003: Yolpahtli.

41. Duarte-Gómez MB, Brachet-Márquez V, Campos-Navarro R, Nigenda G. 42. Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. *salud pública de méxico*. 2004;46(5):388-98.

42. González JFR. El Derecho a la Salud de los Pueblos Indígenas en Colombia, Ecuador y Perú. Libros Editorial UNIMAR. 2016.

43. Godoy A, Navas R, Fox M, Quintero T. Prevención en salud bucal: revisión de las acciones con enfoque intercultural para los pueblos indígenas. *Ciencia Odontológica*. 2015;11(1).

44. Rodríguez LV, León YM. Model of intercultural dental care for the population of the indigenous territory of Quitirrisí, Costa Rica. *Odontología Vital*. 2016(25):23-34.

45. González Valencia LA. Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina. 2015.

46. Suárez M. Una propuesta de modelo en salud para los pueblos indígenas de la Amazonía. *Imani Mundo Estudios en la Amazonía Colombiana Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Instituto Amazónico de Investigaciones*. 2001:173-93.

47. Medina L. Dificultad comunicacional entre los profesionales de odontología y los pacientes indígenas. *Ciencia Odontológica*. 2011;8(2).

48. Iglesias-Padrón CV, Arenas-Monreal L, Bonilla-Fernández P, Cruz-Gama E. Intervención educative en salud bucal con preescolares indígenas de México. *Revista ADM*. 2008;65(5).





**A. Anexo: Entrevista  
semiestructurada: condiciones en  
Salud Bucal**

## CONDICIONES DE SALUD BUCAL INFANTIL

<b>IDENTIFICACIÓN</b>	_____ / _____ / _____				
	Primer apellido		Segundo apellido		
	Nombres				
	_____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____				
	Identificación T.I		Lugar de Nacimiento		Día
	Edad		Mes		Año
	Masculino ( ) Femenino ( )				
	Ocupación				
	Dirección de Residencia		Barrio		Teléfono/Celular
	_____ / _____ / _____				
Acudiente		Parentesco		Ocupación	

1. Hábitos de Higiene Oral (Utilización de cepillo, seda y crema. Frecuencia de cepillado).
2. Alimentación (Disponibilidades y consumo de alimentos).
3. Redes comunitarias o escolares de apoyo en salud bucal
4. Condiciones de la vivienda (servicios sanitarios, tipo de piso, número de integrantes familia, número de habitaciones, tipo de cocina y estufa, consumo de agua. Propietarios o arrendatarios).
5. Servicios de salud bucal. (Localización, distancia, costo del pasaje, afiliación al SGSSS).
6. Ocupación padres
7. Nivel educativo padres
8. En donde adquiere los alimentos (plaza de mercado, tiendas comerciales) si estuviera en su territorio cual es la producción de alimentos (qué producen en la finca y qué consumen en casa).
9. Participan en las actividades del Cabildo o de la Junta de Acción Comunal – Conocen del derecho a la salud.
10. Última vez que asistió a consulta odontológica.
11. ¿Tiene o ha tenido dolor, sangrado, pérdida de dientes u otro problema en su boca?

12. ¿Tiene o ha tenido dificultades para hablar, abrir la boca o masticar los alimentos?

13. ¿Tomó medicamentos (cual) o utilizó algunas plantas para tratarse sus problemas bucales?

14. Estado de la higiene bucal según la persona

Muy bueno ( ) Bueno ( ) Deficiente ( ) Malo ( ) porque?

15. Odontograma

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
								55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Caries     amalgama     resina     perdido por caries     en erupción

Sellante     ausente

Descripción

55: ICDAS \_\_\_  
54: ICDAS \_\_\_  
53: ICDAS \_\_\_  
52: ICDAS \_\_\_  
51: ICDAS \_\_\_  
61: ICDAS \_\_\_  
62: ICDAS \_\_\_  
63: ICDAS \_\_\_  
64: ICDAS \_\_\_  
65: ICDAS \_\_\_

75: ICDAS \_\_\_  
74: ICDAS \_\_\_  
73: ICDAS \_\_\_  
72: ICDAS \_\_\_  
71: ICDAS \_\_\_  
81: ICDAS \_\_\_  
82: ICDAS \_\_\_  
83: ICDAS \_\_\_  
84: ICDAS \_\_\_  
85: ICDAS \_\_\_

**CONVENCIONES: SUPERFICIES: O: OCLUSAL M: MESIAL, D: DISTAL, V: VESTIBULAR, P: PALATINO, L: LINGUAL. CARIES PRIMARIA: CAVIDAD EXTENSA: (ICDAS 6), CAVIDAD DETECTABLE: (ICDAS 5), SOMBRA SUBYACENTE DE DENTINA: (ICDAS 4), PÉRDIDA SUPERFICIAL SÓLO EN ESMALTE: (ICDAS 3), OPACIDAD CARIOSA BLANCA AL SECADO O DECOLORACIÓN CAFÉ (ICDAS 2), OPACIDAD CARIOSA BLANCA EN HÚMEDO O DECOLORACIÓN CAFÉ (ICDAS 1), SANO (ICDAS 0). A: CARIES ACTIVA; D: CARIES DETENIDA. CARIES SECUNDARIA. CONDICION DE LA SUPERFICIE DENTAL : SELLANTE PARCIAL (1), SELLANTE COMPLETO (2), RESINA O IONÓMERO (3), AMALGAMA (4), CORONA DE ACERO (5), CORONA VENNER O METAL PORCELANA (6), PÉRDIDA DE RESTAURACIÓN (7), CEMENTO. TEMPORAL. CODIGO DEL DIENTE: PERDIDA POR CARIES DENTAL (97) PERDIDA DENTAL POR RAZONES DIFERENTES A CARIES DENTAL (96). ESTADO DE LAS RESTAURACIONES: ADAPTADA Y COMPATIBLE CON SALUD (RC), RESTAURACIÓN RETENTIVA DE PLACA BACTERIANA (RR), RESTAURACIÓN DEFECTUOSA (RD). DEFECTOS DEL DESARROLLO DEL ESMALTE: OPACIDADES DEMARCADAS (ODE), OPACIDADES DIFUSAS (ODI), HIPOPLASIA (HP).**

ÍNDICE modificado: ceo-d \_\_\_\_\_



16. Estado de la higiene bucal según el profesional

Muy bueno ( ) Bueno ( ) Deficiente ( ) Malo ( ) porque?

17. Estado bucal general:

Presencia de calculo SI ( ) NO ( ) Enfermedad Periodontal SI ( ) NO ( )

18. Manchas o defectos del esmalte

---

Elaboró

Martha Lucy Agreda España

Residente

de 2do año EP y OM



## **B. Anexo: Consentimiento informado comunitario**

**“ESTRATEGIA DE ATENCION EN SALUD BUCAL PARA NIÑOS Y NIÑAS  
INDÍGENAS DEL JARDIN INFANTIL: “CASA DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL  
SHINYAK”, LOCALIDAD SANTA FE- BOGOTA D.C.”**

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, persona mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_, obrando en representación legal, como \_\_\_\_\_ de la comunidad indígena Kamentsa Biyá

Me permito declarar que he sido informado y consiento lo siguiente:

1. Que la investigación “ESTRATEGIA DE ATENCION EN SALUD BUCAL PARA NIÑOS Y NIÑAS INDÍGENAS DEL JARDIN INFANTIL: “CASA DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL SHINYAK”, LOCALIDAD SANTA FE- BOGOTA D.C.” liderada por la estudiante Martha Lucy Agreda, dirigida por el profesor Edson Jair Ospina Lozano y regularizada por la Universidad Nacional de Colombia con acta de aprobación del comité de ética en investigación No. \_\_\_\_\_ de la facultad de Odontología, tiene como objeto Describir las pautas de una estrategia de atención en salud bucal con enfoque diferencial para la población indígena del jardín infantil: “casa de pensamiento intercultural Shinyak” ubicado en la localidad santa fe- Bogotá D.C.
2. Que, para este fin, ella garantiza que fue capacitado para realizar a las personas de la comunidad una entrevista que indague sobre aspectos que influyen en las condiciones de salud oral de la población, así como de las prácticas para atender los padecimientos de la cavidad bucal, esto en la residencia de los entrevistados o un sitio dispuesto para tal fin. La entrevista, no tendrá un tiempo establecido, será realizado durante el lapso de tiempo que garantice condiciones de estabilidad dinámica y proactiva de los participantes.
3. Que, al consentir participar en esta investigación, yo como representante legal del resguardo doy permiso para que se realice el trabajo investigativo. Es claro que tenemos el derecho de retirarnos de la investigación en el momento que queramos, o consideremos que ha sido vulnerada nuestra intimidad, y/o afectados nuestros derechos culturales.
4. Comprendo que el hacer parte del presente estudio no implica costo y/o beneficio económico para mí o para mi representado y que se hace en favor de ampliar el conocimiento que se tiene acerca de mi comunidad.
5. Se me ha informado que si durante el desarrollo de la investigación tengo alguna inquietud podré comunicarme con el estudiante investigador o con el director de proyecto.



6. Se me informa que la información suministrada es propiedad de la Universidad Nacional de Colombia y puede ser presentada en eventos o congresos académicos de manera confidencial.
7. Me permito informar que he leído y comprendido el presente documento, tuve la oportunidad de indagar por las inquietudes que me surgieron y estas fueron respondidas de manera oportuna. Por todo lo anterior, doy mi consentimiento de manera libre y sin ser coaccionado por parte del investigador, para que realicen las entrevistas necesarias.

---

**Firma de representante de comunidad indígena**

**Huella, para persona que no sabe firmar**

---

**Firma del investigador**  
**Martha Lucy Agreda España**  
**C.C. No. 1032445323 de Bogotá**

**C. Anexo: Consentimiento  
informado individual**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO INDIVIDUAL PARA LA REALIZACION DE ENTREVISTA**  
**“ESTRATEGIA DE ATENCION EN SALUD BUCAL PARA NIÑOS Y NIÑAS INDÍGENAS DEL JARDIN INFANTIL: “CASA DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL SHINYAK”, LOCALIDAD SANTA FE- BOGOTA D.C.”**

Nombre del entrevistado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ identificado(a) con el documento No. \_\_\_\_\_ expedido en \_\_\_\_\_, en mi calidad de \_\_\_\_\_ entrevistado(a) (u otra calidad informada)

Me permito declarar que he sido informado(a) y consiento lo siguiente:

1. Que la investigación “ESTRATEGIA DE ATENCION EN SALUD BUCAL PARA NIÑOS Y NIÑAS INDÍGENAS DEL JARDIN INFANTIL: “CASA DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL SHINYAK”, LOCALIDAD SANTA FE- BOGOTA D.C.” liderada por la estudiante Martha Lucy Agreda España, dirigida por el profesor Edson Jair Ospina Lozano y regularizada por la Universidad Nacional de Colombia con acta de aprobación del comité de ética en investigación No. \_\_\_\_\_ de la facultad de Odontología, tiene como objeto Describir las pautas de una estrategia de atención en salud bucal con enfoque diferencial para la población indígena del jardín infantil: “casa de pensamiento intercultural Shinyak” ubicado en la localidad santa fe- Bogotá D.C.
2. Que, para este fin, ella garantiza que fue capacitada para realizarme o realizarle a la persona que legalmente represento, una entrevista que indague sobre aspectos que influyen en mis condiciones de salud oral, así como de las prácticas para atender mis padecimientos de la cavidad bucal con la realización de un examen clínico, esto en mi residencia o sitio dispuesto para tal fin.
3. La entrevista no tendrá un tiempo establecido, será realizado durante el lapso de tiempo que garantice condiciones de estabilidad dinámica y proactiva de los participantes.
4. Que, al aceptar participar en esta investigación, mi representado y/o yo damos permiso para que se realice la entrevista. Es claro que tenemos el derecho de retirarnos de la investigación en el momento que queramos, o consideremos que ha sido vulnerada nuestra intimidad, y/o afectados nuestros derechos culturales.
5. Comprendo que el hacer parte del presente estudio no implica costo y/o beneficio económico para mí o para mi representado y que se hace en favor de ampliar el conocimiento que se tiene acerca de mi comunidad. Además se me ha informado los siguientes riesgos: laceración, Sangrado de encías.

6. Se me ha informado que si durante el desarrollo de la investigación tengo alguna inquietud podré comunicarme con el estudiante investigador o con el director de proyecto.

7. Se me informa que la información suministrada es propiedad de la Universidad Nacional de Colombia y puede ser presentada en eventos o congresos académicos siempre y cuando guarde la debida confidencialidad de los datos personales de identificación.

Me permito informar que he leído y comprendido el presente documento, tuve la oportunidad de indagar por las inquietudes que me surgieron y estas fueron respondidas de manera oportuna. Por todo lo anterior, doy mi consentimiento de manera libre y sin ser coaccionado por parte del investigador, para que realicen a mi y/o a mi representado la entrevista.

---

**Firma o nombre – entrevistado(a) y/o saben**

**Huella, para personas que no  
firmar**

---

**Firma del investigador  
Martha Lucy Agreda España  
C.C. No. 1º32445323 de Bogotá**

## **D. Anexo: folleto informativo**



## Objetivo de la investigación

Describir las pautas de una estrategia de atención en salud bucal con enfoque diferencial para la población indígena del jardín infantil "Casa de Pensamiento Intercultural Shinyak" ubicado en la localidad Santa Fe- Bogotá D.C

Describir el perfil socioepidemiológico en salud bucal de la población indígena.

Describir las necesidades en salud bucal de un jardín infantil intercultural

Identificar de forma participativa una estrategia de atención en salud bucal que puedan formar parte de un programa de salud bucal dirigido a la población indígena.



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

Universidad Nacional de  
Colombia


Facultad de Odontología  
Postgrado de Estomatología  
Pediátrica y Ortopedia  
Maxilar

Correo de contacto:  
mlagredae@unal.edu.co

**ESTRATEGIA  
ATENCION EN S  
BUCAL PARA N  
Y NIÑAS INDÍG  
DEL JARDIN IN  
TIL**



**JARDIN INFAN  
"CASA DE PENS  
TO INTERCULT  
SHINYAK" . LOC  
DAD SANTA F  
BOGOTA D.C**



**Población**

Niños usuarios del jardín infantil "Casa del Pensamiento Shinyack" localidad Santa Fe de Bogotá D.C.

**¿Que puedo aportar a la investigación?**


Si eres padre o madre de familia preocupado por la atención en salud oral de tu hijo puedes ayudar.

**¿Qué tengo que hacer ?**

Regalarnos un poco de tu tiempo y conversar con nosotros te haremos una entrevista, pero antes de eso debes llenar un consentimiento informado.

**Consentimiento Informado**

Documento en el cual doy fe de que me informaron sobre la entrevista que me van a realizar y la utilidad que esta tiene. Me informan que en cualquier momento de la investigación me puedo retirar, en especial si siento que están violando mis derechos o faltando al respeto a mis creencias y cultura,. Debo firmarlo para dar constancia y tener una prueba física de que estoy enterado y aporato a la investigación voluntariamente



**¿Me van a pagar por la entrevista?**  
**¿Que recibo a cambio?**

La entrevista NO tiene una retribución económica, Al aceptar participar voluntariamente, estoy aportando a la difusión de mi cultura y mis costumbres, por medio de estudios como el que se quiere realizar sobre mi comunidad, damos a conocer nuestra forma de afrontar la enfermedad, aporato al conocimiento de la juventud y mantenemos viva nuestra identidad.

**Responsables:**

Estudiante  
Martha Lucy Agreda España  
Profesor  
Edson Jair Ospina Iozano

Universidad Nacional de Colombia  
Postgrado EP y OM