

UAN

**UNIVERSIDAD
ANTONIO
NARIÑO**

TRABAJO DE GRADO

TITULO:

HABITOS Y CREENCIAS EN SALUD ORAL DE LA COMUNIDAD
INDIGENA ADULTA, EN EL AREA RURAL Y URBANA DEL MUNICIPIO DE
SOLANO CAQUETA-COLOMBIA EN EL 2019.

Asesor: Doctor Carlos Robles

Asesor metodológico: Dra. Claudia Lorena García Rojas. MSc.

Estudiantes:

Yamiled Ante Ramos Código: 20571421488

Ángela Vanessa Cortinez Gutiérrez Código: 20570813818

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SEDE NEIVA

DEDICATORIA

Quiero citar esta gran frase del profesor Steven Blank “La gente habla de conseguir golpes de suerte en sus carreras. Yo soy la prueba de que la teoría de los golpes de suerte es simplemente errónea. Uno consigue su propia suerte. El mundo está dirigido por los que se dan a conocer, no por los que esperan a que se pregunte por ellos”, ya que nos identificamos porque a pesar de los tropiezos seguimos adelante.

Primero A DIOS, que con su infinito amor y bendición ilumino cada segundo de nuestra vida.

A nuestros PADRES quienes nos guiaron por el buen camino con principios y valores inculcados desde casa, ofreciéndonos un mejor porvenir.

A nuestros FAMILIARES, AMIGOS/AS, COMPAÑEROS /AS, PACIENTES, quienes nos apoyaron y comprendieron, durante las diferentes etapas de nuestra carrera.

A la POBLACION INDIGENA DEL MUNICIPIO DE SOLANO, que nos ayudaron para la culminación de esta carrera profesional.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, por darnos la oportunidad de culminar con éxito nuestros estudios,
Obteniendo con orgullo nuestro grado académico.

A nuestros PADRES por su ayuda y confianza, quienes nos apoyaron en todo momento e hicieron su mayor esfuerzo para lograr esta gran meta.

A la UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO SEDE NEIVA HUILA, a sus docentes quienes sembraron durante estos años sus conocimientos sobre nosotros creando excelentes profesionales.

A la docente Claudia Lorena García Rojas, por su apoyo en la presente investigación guiándonos con su gran experiencia y profesionalismo, al doctor Carlos Andrés Robles Ávila y la doctora Esperanza Arenas, por fueron parte importante de este proceso con su rol como tutores temáticos.

A la POBLACION INDIGENA del municipio de Solano Caquetá, parte vital para la finalización de este trabajo porque sin su colaboración no se hubiese podido concluir.

A los pacientes que con su confianza, cordialidad y familiaridad nos avivaron a continuar y seguir adelante en nuestra carrera.

A todas las personas que nos colaboraron incondicionalmente para alcanzar este logro a lo largo de nuestra vida universitaria

¡Muchas gracias!

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
ESTADO DE ARTE.....	9
ANTECEDENTES	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
JUSTIFICACIÓN	20
OBJETIVO GENERAL	22
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
MARCO TEÓRICO	23
<i>Figura 1. Mapa Colombia ubicando el Caquetá.....</i>	<i>23</i>
<i>Figura 2. Mapa Caquetá, Colombia ubicando el Municipio de Solano</i>	<i>25</i>
<i>Tabla 1. Rol de autoridades tradicionales.....</i>	<i>28</i>
<i>Figura 3. Maloca indígena de la comunidad de solano Caquetá, Colombia.....</i>	<i>33</i>
<i>Figura 4. Mambe.....</i>	<i>34</i>
<i>Figura 5. Ambil.....</i>	<i>34</i>
<i>Figura 6. Plantas medicinales.....</i>	<i>43</i>
<i>Figura 7. Caguana.....</i>	<i>44</i>
<i>Figura 8. Casabe.....</i>	<i>45</i>

<i>Figura 9. Fariña</i>	45
METODOLOGÍA	52
ALCANCE.....	52
HIPOTESIS RELACIONAL	54
RESULTADOS	55
<i>Tabla 2. Distribución por características sociodemográfica</i>	55
<i>Tabla 3. Distribución por elementos más usados para higiene oral</i>	56
<i>Tabla 4. Distribución de Frecuencia en el cepillado</i>	57
<i>Tabla 5. Distribución de Respuestas si la comunidad indígena adulta de Solano Caquetá ha presentado perdida dental</i>	57
<i>Tabla 6. Distribución de los motivos de perdida dental</i>	58
<i>Tabla 7. Distribución de los Lugares donde acuden cuando presenta dolor en boca</i>	59
<i>Tabla 8. El Medico tradicional de la comunidad indígena soluciona sus problemas dentales</i>	60
<i>Tabla 9. Distribución de lugares donde asiste a consulta cuando tiene proceso infeccioso o Dolor</i>	60
<i>Tabla 10. Distribución de tipos de tratamientos odontológicos recibidos</i>	61
<i>Tabla 11. Distribución de elementos que emplea para el cuidado de su boca, según sus costumbres</i>	62
<i>Tabla 12. Distribución del tipo de planta que emplean para el cuidado de su boca, según sus costumbres</i>	62
<i>Tabla 13. Distribución del tipo de planta que usan para tratar el dolor dental en boca</i>	63
<i>Tabla 14. Distribución de hábitos de la comunidad indígena</i>	64
<i>Tabla 15. Distribución de edad en que empezaron hábitos</i>	65

<i>Figura 10. Ficha técnica de gestión integral de salud</i>	66
<i>Grafica 1. Índice COP de la comunidad indígena adulta de solano Caquetá, Colombia Dividida por rango de edad</i>	66
<i>Grafica 2. Índice COP según edad en dentición temporal, mixta y permanente. Colombia fuente ENSAB IV del año 2013-2014</i>	67
DISCUSIONES	68
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES.....	73
BIBLIOGRAFÍA.....	74
<i>ANEXO 1. FOTOGRAFIAS</i>	83
ANEXOS.....	83
<i>ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO</i>	90
<i>ANEXO 3. ENCUESTA APLICADA</i>	91

INTRODUCCIÓN

La presente investigación es una descripción que aborda el tema hábitos y creencias en salud oral de la comunidad indígena adulta del municipio de solano Caquetá - Colombia del área rural y urbana en el 2019. Siendo un tema de interés en el campo de la odontología porque permite conocer un componente cultural que incide sobre la salud bucal de estos, permitiéndoles la solución de los problemas presentes en boca como lo refieren. A sí mismo proporciona un concepto sobre el estado de salud bucal de estas comunidades, siendo un componente esencial sobre el estado de salud en general.

Esta investigación en su organización consta: Tema de la Investigación, Descripción y Formulación del Problema, Objetivos Generales y Específicos, Justificación, Antecedentes, Metodología, Resultados, Conclusiones, Recomendaciones, Referencia.

Respecto a la metodología empleada para esta investigación se utilizó un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, que permitió verificar, analizar e interpretar los datos obtenidos, tomándose dos Variables de análisis a decir: Hábitos y creencias en salud oral.

Los hallazgos permitieron evidenciar la falta de aplicación en su diario vivir de la educación que reciben por parte de las brigadas de salud que se desplazan a estas zonas; han conllevado a realizar como tratamiento alternativo las exodoncias, buscando mitigar el dolor al transcurrir el tiempo, sin tener en cuenta que existen otras soluciones menos invasivas que pueden salvar su pieza dental. Otro punto que se lo logro conocer es que la mayor parte de esta población sigue conservando su cultura utilizando elementos que les brinda la naturaleza para cuidado de su cavidad oral y aliviar dolores dentales como lo son las plantas.

Se Observó que las áreas rurales aún siguen conservando y practicando sus creencias en hábitos y costumbres en salud oral, a diferencia de los de zona urbana; que ya no son opciones para ellos, debido a que están más integrados en el mundo actual usando los servicios de salud brindados por el gobierno, en el cual tienen la oportunidad de asistir con un profesional como lo es en este caso los odontólogos.

Con este trabajo interrogatorio se busca revelar los hábitos y creencias de la comunidad indígena del municipio de Solano Caquetá Colombia, identificando su salud dental, de esta manera conocer fortalezas y debilidades de sus prácticas, haciendo énfasis en la segunda opción, brindando apoyo en promoción y prevención; para una correcta higiene oral y manejo de dolor evitando la pérdida de la estructura dental.

ESTADO DE ARTE

ANTECEDENTES

La fuente de investigación proviene de algunas bases de datos como Medline vía Pubmed, Scielo, Biblioteca virtual en salud (BVS) coordinada por BIREME, revistas venezolana de investigación odontológica de IADR.

Esta investigación tomo como antecedente los siguientes estudios:

Un estudio realizado en la amazonia en Colombia con el fin de caracterizar la condición periodontal, hábitos y costumbres en salud oral en indígenas, este estudio es de tipo descriptivo de corte transversal, se realizó con varias comunidades indígenas, encontraron que el 35% de ellos no recordaban cuando fue la última vez que fueron al odontólogo, un 21.2% refiere que fue hace un año, un 10% relata que fue hace menos de un año, 1.2% asistió hace 1 mes y 3.75% no ha asistido nunca. El motivo principal de consulta es la extracción dental en un 46.2%, por caries y por obturaciones identificándolas como “calzas” en un 27.5%. Manifiestan también, que, al observar cavidades, cambios de color y fracturas en sus dientes piensan inmediatamente en la alternativa de la exodoncia para evitar que en el futuro presenten dolor o inflamación. Como conclusión a estos hábitos dicen que la falta de compromiso para ir a la consulta con un profesional es un problema ya que no disminuyen los factores de riesgo para enfermedades periodontales que con el tiempo sin un tratamiento oportuno llegan a perder el diente, y en el momento de presentar dolor prefieren realizarse como tratamiento adecuado una extracción de la pieza dentaria, sin el conocimiento previo de las implicaciones importantes que conllevan una pérdida dental en la cavidad oral y el deterioro de la masticación (Ibáñez, Rivas, & Escalante, 2012).

Un estudio realizado en Venezuela con un enfoque cualitativo utilizando una herramienta etnográfica, el tipo de estudio es descriptivo, de entre edades de 24 a 70, a una comunidad indígena con el fin de conocer los saberes sobre prevención y tratamientos de enfermedades bucales, para técnica de recolección de datos se utilizó la entrevista no estructuradas, semi-estructurada, ocasional no estructurada, observación. Con un grupo de estudio conformado por 30 indígenas. En los resultados encontraron que realizan su higiene bucal con cepillado dental, la limpieza bucal con agua y dedos y caña de azúcar; para patologías bucales asintomáticas no se aplican tratamiento; poseen desconocimiento de las enfermedades micóticas bucales; para el dolor dental, aplican el tabaco y las prácticas religiosas, diferentes partes del cocotero, café, ajo triturado, sal común, entre otros. Para las úlceras bucales utilizan la hierba de sapo, la palma de Temiche, el coco, bicarbonato de sodio, miel y limón; para las lesiones verrugosas emplean diferentes plantas medicinales y creencias cosmológicas en referencia a una espina de pescado. Conclusiones: para el tratamiento preventivo para esta comunidad se basa en la higiene bucal a través del cepillado dental, de buches de agua y limpieza de los dientes con los dedos y en el empleo de caña de azúcar o *Saccharum officinarum* sola o con limón. Para el tratamiento de las enfermedades tienen en cuenta la sintomatología, es decir se presenta el síntoma y empiezan a realizar ritos y creencias con plantas para calmar el dolor, si en caso tal no se detiene el síntoma se realiza un tratamiento de extracción dental ¹¹ (Millán-Ángel Rossio, 2016).

Otro estudio realizado en argentina en una población indígena, para determinar cuáles son los remedios naturales utilizados en la prevención y cuidado en salud oral. Recolectaron datos información acerca de los usos medicinales de las plantas en el área de estudio entre los años 2004 al 2008. Para tal fin se aplicaron entrevistas abiertas, extensas y recurrentes. En los

resultados encontraron que las creencias de las afecciones de las enfermedades bucodentales están ocasionadas u originadas por gusanos que se alojan en los dientes o por la transgresión de ciertos tabúes. Otras de las creencias es que el dolor de muela está asociado a estar de luto por un conocido difunto. El uso de especies naturales para las enfermedades o dolencia son muchas, se encontraron 49 especies de los cuales se desprenden entre vegetales y animales, las plantas más usadas fueron las antofitas, en los cuales están presentes los hongos y liquen, de los cuales son las más utilizadas para las odontalgias. Conclusiones: la gran variedad de los diferentes tratamientos utilizados para la prevención o para el tratamiento presenta una predilección en las plantas, estos tratamientos en su mayoría están relacionados para quitar el dolor y no para tratar la enfermedad como tal, las enfermedades más relacionadas son las odontalgias y las aftas como tal. La gran variedad de productos naturales utilizados para los tratamiento hace que este grupo de estudio presente una muy buena fundamentación para cada tratamiento en específico, es decir ellos ya saben cómo y en donde se debe realizar cada tratamiento con ciertas características específicas que según ellos tiene cada enfermedad y así mismo saben cómo se realiza cada tratamiento y con cuál es la mejor en cada caso en especial (Martínez, 2010).

En Chile se realizó un estudio para saber las creencias, el conocimiento y prácticas en salud oral de una población indígena, para ello realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional de corte transversal. La muestra fue compuesta por 77 personas mayores de 10 años, se le realizaron unas encuestas a cada participante. Para el análisis de muestra se describieron las variables en base a medidas de resumen: media, mediana, moda y desviación estándar. Las variables fueron analizadas con el test de Shapiro-Wilk para determinar si su distribución fue normal o no. Para los resultados encontraron que el 44% de ellos no habían

ido al odontólogo por lo menos en los 2 últimos años. La creencia de la etiología del dolor dental está asociada a no cepillarse los dientes con el 62% aproximadamente, la creencia para la etiología de la caries dental la mayoría refirió que se asociaba a no cepillarse el diente con el 66% aproximadamente, mientras que la creencia de que las encías sangras creen que está asociado más a tener un cepillo con cerdas duras con el 77%. Conclusiones: las creencias en esta población en ocasiones son ciertas, pero en otras en totalmente lo opuesto, como a asociación del sangramiento de las encías por que las cerdas del cepillado son duras. Por otra parte, existen ciertos Determinantes de Conductas en Salud oral que influenciarían negativamente la adopción de conductas preventivas como, el bajo nivel de conocimientos y ciertas creencias sobre la etiología de las patologías orales. Pero los bajos niveles de ansiedad no actuarían como una barrera en este propósito ⁸ (Kuawahara Aballay- kiyoski Manuel, 2009).

En un estudio realizado en una población adulta sobre 25 años, representantes de la cultura Mapuche-Huilliche de una área rural, semi aislada y con acceso limitado a atención odontológica Los resultados de este estudio muestran que a medida que aumenta la edad de los individuos, el índice COPD es mayor, siendo los dientes perdidos por caries dental la principal causa de estos altos índices, como lo muestra Fure y cols (Angel P, 2010)

En esta investigación evaluaron la relación entre el IHOS (índice de higiene oral) y el índice de CPOD de pacientes atendidos en la Clínica Especializada de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Martín de Porres, se obtuvo como resultado que no existió relación entre dichas variables. Se encontró que el estado de higiene oral fue bueno en un 54,1%, regular en un 37,6%, malo en un 5,2% y excelente en un 3,1%. Por otro lado, se encontró un índice CPOD bajo en un 80,4%, moderado en un 7,7% y alto en un 11,9%. Al

relacionar la variable sexo con los índices IHOS y CPOD, resultaron independientes entre sí.
(Cava-Vergíu C, 2015)

De lo anterior la salud bucal en las comunidades indígenas su objetivo es mantener sus costumbres y creencias de sus antepasados, transmitiéndolas de generación en generación y pasa a un segundo lugar la consulta odontológica; en casos de urgencias o para evitar futuros dolores optan por la opción de la exodoncia sin necesidad de hacer un tratamiento adecuado.

En estudios anteriormente mencionados se logra obtener información sobre el estado bucal de algunas poblaciones; en relación con el índice COP e higiene oral, los cuales demuestran que entre las edades sean más alto mayor es el índice COP, esto se debe a que muchos de ellos no tienen el conocimiento que los dientes pueden ser rehabilitados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con el surgimiento de la constitución política de Colombia en el año 1991 se declaró pluriétnico el estado colombiano, es decir en donde se deben respetar las creencias y actitudes de las diferentes personas que conviven en el territorio de Colombia. Teniendo en cuenta lo anterior los indígenas son una población que se basa en la creencia religioso - mágico, en donde utilizan unos mecanismos de curación tales como el apoyo de plantas medicinales y de ritos de sanación para las diferentes enfermedades o dolencias que aqueja a esa comunidad, pero ellos no están excluidos de las enfermedades tales como la caries dental o las periodontopatías. Con esto surge un problema en el momento de las creencias de esa comunidad ya que las políticas actuales se basan en conocimiento científico cuantitativo y de conocimiento universal, lo cual provoca una controversia entre la comunidad indígena y el conocimiento científico, esta última es prácticamente la que rige toda la política de Colombia, las consecuencias de esto es la exclusión de este tipo de comunidad por el hecho de tener otras creencias que pueden provocar controversia con el estado colombiano y así mismo surge que las políticas a dicha comunidad sea escasas sobre todo por interés político y económico. La consecuencia de esta exclusión provoca que estas comunidades no puedan acercarse al mundo y la instauración de mecanismos de control social fomentando la lógica del conocimiento científico en el ámbito de salud (Ochoa-Acosta, Patiño-Gutiérrez, Pérez-Suescún, Lambraño-Escobar, & Sierra-Caro, 2014, pág. 43)

La caries dental es una enfermedad de interés de salud pública, a nivel mundial sigue siendo una problemática, aunque en países desarrollados han disminuido considerablemente

este índice. Diferentes estudios han reportado que la enfermedad que más afecta a la población indígena es la caries dental, con un aumento hacia la mujer indígena. Esto puede estar asociado a la poca educación en higiene oral por lo cual conlleva a un aumento de las enfermedades en cavidad oral (Albarrán-Paredes, y otros, 2017)

Molina y colaboradores encontraron en una población indígena que el 35% de ellos no recuerda cuando fue la última vez que fue al odontólogo y aproximadamente el 21% refirieron que la última vez que fueron al odontólogo había sido más de un año, aparte la población refirió que apenas ven algún cambio de color o fractura de corona el tratamiento efectuado por ellos es la de la extracción dental (Molina-Frechero N, 2015)

La creencia de la extracción dental por enfermedades que pueden ser tratadas por medio de simples restauración conlleva a una problemática en los indígenas por el poco acceso a la salud y el desconocimiento de dichos tratamientos. La enfermedad periodontal es la segunda afectación que está presente en los indígenas, la acumulación de placa bacteriana, los cálculos, y el sangrado son altos en esta población, este problema puede estar asociado a una mala técnica de cepillado o el poco manejo del cepillo en la población (Ibáñez, Rivas, & Escalante, 2012)

La creencia de los indígenas sobre el cuidado oral lo determinan por medio del uso del cepillado dental, es decir todos los males que los aquejan en cavidad oral están asociados a no usar cepillo dental y le dan poco interés al utilizar otros elementos para el cuidado de su salud oral, tales como el enjuague bucal, el hilo dental entre otros. El poco interés a la consulta al profesional es otro de sus principales percepciones sociales, ya que si no existe dolor no hay necesidad de acudir al odontólogo o en ocasiones prefieren utilizar elementos que pueden

calmar el dolor o en casos extremos la extracción del diente por medio de una persona que se encarga de realizar ese procedimiento, esta persona es de la misma comunidad y no es profesional en muchos de los casos, este problema conlleva a que varias enfermedades como las periodontopatías en su mayoría son indoloras o que tienen un umbral del dolor alto, por lo cual la persona no está consciente de su problema hasta que se evidencia por medio de malos olores y movilidad dental (Kuawahara Aballay- kiyoski Manuel, 2009)

Las comunidades indígenas no todas presentan la misma percepción sobre el cuidado de salud oral, aquellas comunidades que presentan mayor contacto con la población urbana o con las ciudades y la tecnología tienden a ser más consciente sobre el cuidado de sus dientes, mientras que aquellas comunidades que están alejados del conocimiento y la tecnología le prestan poca importancia en ese aspecto (Muñoz Millar- Paula Alejandra, 2016)

Las comunidades indígenas que están mayormente en contacto con la tecnología y el desarrollo a nivel social presentan un dilema de creencias, en donde las personas adultas creen que el empleo del cepillado dental con la crema es prácticamente inútil y que las prácticas de cuidado en salud oral que se utilizaban anteriormente como el del carbón o hoja de limoncillo son mucho más eficiente y que ayudaban a conservar más tiempo los dientes (Ochoa Acosta- Emilia María, 2014)

Con la evolución en el pensamiento, libre albedrío, respeto a las creencias y costumbres los indígenas tomaron iniciativa de crear sus propias soluciones para tratar sus dolencias generales con plantas curativas como alternativa, siendo propias de su cultura, con esto se genera una gran oposición entre los pueblos indígenas y profesionales de la salud que se basan más en lo científico, que es lo que predomina en nuestro país, haciendo que ellos se encuentren alejados de

la salud y conocimientos científicos, aferrándose y poniendo más en práctica sus hábitos en el cuidado y alivio de su cavidad bucal, las cuales no los hacen inmune a las enfermedades bucales más comunes como la caries y enfermedad periodontal, debido que ellos carecen de información acerca de prevención y promoción en higiene oral.

Las practicas indígenas en higiene oral son más conservadas por las personas antiguas, debido a que toda su vida han permanecido en este entorno y tienen poco conocimiento sobre los cuidados de la salud oral moderna, pero otro de sus motivos es por respeto a sus ancestros ya que esto se ha transmitido de generación en generación y a ellos les ha funcionado; porque con estas prácticas han podido solucionar sus problemas en salud oral, ya sea por las propiedades de las plantas y la fe que ponen en cada una de ellas.

En la actualidad los jóvenes indígenas han empezado a salir y explorar el mundo moderno muchos de estos lo hacen para estudiar, conocer, capacitarse debido a esto tienen más conocimiento en el área de la odontología moderna como son la ortodoncia, diseños de sonrisa, restauraciones estéticas, etc. Motivo por el cual muchos de ellos presentan dichos procedimientos en su cavidad, conocen técnicas en higiene oral instruidas por el especialista.

Con la información de cada una de sus hábitos, prácticas y el examen intraoral realizado a cada uno de los indígenas de la comunidad indígena adulta del Municipio de Solano Caquetá, Se obtendrá el porcentaje de C.O.P (Cariados-Obturados-Perdidos), que será usado como instrumento comparativo.

Tomando el porcentaje de la media nacional en Colombia ENSAB III, ya que no se encuentran datos precisos del departamento (Caquetá) municipio (Solano) en dicho informe y porcentaje de la región Amazónica ENSAB IV.

Se presentarán datos precisos de avance/retroceso del plan de política nacional en salud oral, o falta de aplicación o comunidades alejadas que por falta de conocimientos arrojan porcentajes altos en dientes cariados, obturados y perdidos. (C.O.P)

“Según información de la ENSAB IV para Colombia en la dentición permanente presenta un 75.21%, a los 18 años de edad, siendo más alta en los adultos mayores 96.26% en experiencia de caries.

La prevalencia de caries al realizar la comparación entre la ENSAB III y IV mostró disminución en todos los grupos etarios con excepción del grupo de 45 a 64 años ENSAB III (50%) – ENSAB IV (61%) lo cual sugiere una debilidad aun presente en educación, promoción y prevención frente a esto grupo poblacional.

Según datos reportados por la IV Encuesta Nacional de Salud Oral 2014 el Índice COP-D promedio, se observó que aumento de porcentaje progresivamente en los grupos etarios comprendidos entre el rango de 20 a 79 años; lo que indica la necesidad de fortalecer y controlar las acciones de la política frente a estos grupos poblacionales.” (Nubia Astrid Duarte Pinzón, 2016)

El ENSAB IV, encontramos la siguiente información, el índice COP para los jóvenes de 18 años es 3.18, se incrementa con la edad hasta llegar a 15.26 en el grupo de 45 a 64 años y forma progresiva a 20.55 en los mayores de 65 años.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los hábitos y creencias en salud oral en la comunidad indígena del municipio de Solano Caquetá tanto del área rural y urbana?

JUSTIFICACIÓN

La salud oral es un componente importante en la vida del ser humano porque la boca es la entrada principal a nuestro organismo; la cual nos permite comer, hablar, sonreír, respirar y proteger nuestro cuerpo. Tener salud oral nos permitirá llevar una vida digna debido a que nuestro sistema estomatognático cumplirá las funciones esenciales de una forma normal, por tal motivo es necesario averiguar distintas maneras de cuidarlo. Conociendo los hábitos, creencias y costumbres de las comunidades indígenas de Solano para capacitarlos aportando conocimientos en prácticas bucales diarias que ayuden a mejorar su salud oral.

Esta investigación es importante realizarla para conocer los hábitos sobre el cuidado de la cavidad oral, el manejo de elementos para el aseo de la boca y las creencias sobre las patologías que están presentes, y sobre cómo conllevan y tratan las enfermedades que se manifiestan en cavidad oral sin acudir al manejo de un profesional en odontología en la población indígena, identificar falencias en hábitos utilizados y guiarlos mediante educación; ampliando la variedad de conocimientos mejorando su higiene y salud oral, teniendo en cuenta que las alteraciones producidas en la cavidad oral están mayormente asociadas al poco uso de elementos de higiene oral y a la desinformación de estos (Vargas Rodríguez- Laury, 2016)

Las comunidades indígenas son unas de las poblaciones más afectadas por la desinformación de las prácticas en salud oral, por lo cual es normal ver que esas poblaciones tienden a perder mayormente más rápido sus dientes y a presentar en mayor cantidad enfermedades periodontales asociadas al acumulo de placa bacteriana. Las creencias en

plantas medicinales y de ritos para la sanación de estas enfermedades son el pilar de esta sociedad, pero esto no es un beneficio que ellos pueden recibir por medio de estos actos, ya que, científicamente hablando, la caries o la periodontitis tienden a formarse de la misma manera en cualquier persona (Ospina Lozano-Edson Jair, 2011)

El poco conocimiento y la falta de acceso en estas comunidades a medidas de promoción y prevención por parte de las autoridades competentes, es un factor contribuyente al poco desarrollo del cuidado oral en las poblaciones indígenas, sus actitudes frente a varias enfermedades dentales, son el uso de plantas asociados a ritos que en muchas ocasiones son ineficaces y que en realidad lo que producen son un efecto sedante para calmar el dolor, pero no atacan como tal la etiología de la enfermedad. Estas creencias son un impedimento para poder adquirir nuevas técnicas de higiene oral, como un buen cepillado dental, la utilización de cremas dentales según su necesidad, enjuagues bucales, y la utilización diaria de la seda dental (Martínez Silva-Pablo A, 2015)

OBJETIVO GENERAL

Describir hábitos, creencias, en salud oral de la población indígena adulta de Solano Caquetá tanto del área rural y urbana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar creencias, en salud oral en estas comunidades.
- Conocer los hábitos en salud oral en estas comunidades.
- Comparar los hábitos y creencias en salud oral en estas comunidades del área urbana y rural.
- Determinar índice del C.O.P de la zona rural y urbana de la comunidad indígena del municipio de solano Caquetá.
- Comparar el índice COP de la comunidad indígena adulta de solano Caquetá, Colombia con la media nacional y regional del ENSAB III y IV

MARCO TEÓRICO

DEPARTAMENTO DEL CAQUETA

UBICACIÓN: El departamento del Caquetá está ubicado en el sur del país, en la región Amazonia, está limitando al norte con Meta y Guaviare, al noreste con Vaupés, al sur con Amazonas y Putumayo, y al oeste con Cauca y Huila, poblado sus municipios son Albania, Cartagena del chaira, Currillo, Milán Morelia, Solano, San José del fragua, y Valparaíso. Su capital es el municipio de Florencia con un número de población de 401,849 personas según el DANE EN EL AÑO 2018, donde el 30,12% de esa Población es indígena (5.026) personas



Figura 1. Mapa Colombia ubicando el Caquetá

AREAS DE COMUNIDADES INDIGENAS: Antes de la conquista española, estas tierras estaban ocupadas por numerosos grupos indígenas, muchos de los cuales subsisten hoy en día. Dentro de ellos se destacan los Andaquíes, los Koreguajes, los Carijonas, los Tamas, los Macaguajes y los Huitotos. Parte de su legado cultural está representado por los petroglifos, los cuales están ubicados principalmente en los municipios de Florencia y San Vicente del Caguán. Los dos grupos más grandes e importantes en este departamento son los HUITOTOS Y

KOREGUAJES

HUITOTOS

El nombre huitoto es reciente y proviene de tribus enemigas; su origen se sitúa entre los ríos Cauhinari, Caraparaná e Igarapaná, en el Amazonas, las cuales a mediados del siglo XIX ya habían llegado al Caguán. Después, y con mayor énfasis a finales del siglo XIX, estos aparecen diseminados por todo Caquetá, Putumayo y Amazonas, haciendo parte de las empresas caucheras.

KOREGUAJES

Estos sólo tuvieron ese nombre, al contrario de los andaki que tuvieron varios. Koreguaje, significa “gente de la garrapata” (koré: garrapata, guaje: gente) nombre endilgado por otras tribus en razón probablemente a la cantidad de individuos que conformaban este pueblo. Actualmente conformados por 25 tribus, organizadas por cabildos, cuya máxima autoridad es el cacique. Están ubicados en las riberas de los ríos Orteguaza, Peneya y Caquetá, en jurisdicción de los municipios de Milán y Solano. Su alimentación se basa en los derivados de caza, pesca, frutos silvestres y productos que ellos cultivan en sus chagras, complementando con productos comprados en el comercio. Su alimentación consiste en el casabe, fariña. Los hombres adultos conservan la costumbre del mambeo de la hoja de coca. (SINIC Sistema nacional de información cultural población Caquetá, 2018)

Económicamente, el territorio es rico en maderas, resinas, plantas medicinales y gomas. Los suelos, especialmente los que lindan con la cordillera, son fértiles, y se aprovechan con cultivos de arroz, plátano, yuca, cacao y caña de azúcar. En el pie de monte, existen yacimientos de estaño y carbón y en las riberas del Río Caquetá existen vetas de oro que son explotadas

De manera ilegal para financiar grupos ilegales. Pero la principal actividad del departamento es la ganadera con cerca de millón y medio de cabezas de ganado poseyendo la cuarta población ganadera del país. Según informe de la ONU, tiene extensas plantaciones de hoja de coca,¹⁵ materia prima para la fabricación de cocaína y otros alucinógenos ilegales, lo que ha motivado una lucha por el control de estos cultivos por parte de grupos al margen de la ley y la erradicación de estos por parte del gobierno nacional a través de la fuerza pública.

MUNICIPIO DE SOLANO

Solano fue fundado por el general José Dolores Solano en el año de 1936 después de recibir el legado de familias como los romanos, Quintana y Echeverri, quienes ya ocupaban la periferia. Su designación como inspección de policía se produjo en el año de 1975 y diez años más tarde es erigido como municipio.



Figura 2. Mapa Caquetá, Colombia ubicando el Municipio de Solano

GEOGRAFÍA:

- Descripción Física: El Municipio de Solano se encuentra al sur oriente del departamento del Caquetá y es uno de los de menor número de habitantes por Km² (23 663 habitantes) según DANE – 2015.
- Límites del municipio: Los límites del municipio son: Norte: municipio de Valparaíso, Milán, La Montañita, Cartagena del Chaira, San Vicente del Caguán y el departamento del Guaviare; Este: departamento del Vaupés y el Amazonas; Sur: departamento de Amazonas y Putumayo; Oeste: departamento de Putumayo y municipio de Solita. (Caqueta)

Su cabecera municipal se localiza aproximadamente a 150 km al sureste de Florencia, desde donde se llega por vía terrestre Florencia – La Montañita – San Antonio de Getucha, y desde allí por vía fluvial por el río Orteguzaza; o vía terrestre Florencia – Valparaíso – Solita, y fluvial por el río Caquetá desde Solita hasta Solano, en un trayecto que se recorre en cerca de 3 h 00 m.

- Extensión total: 42.391 km² Km²
- Altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar): 203
- Temperatura media: 27 C°
- Distancia de referencia: dista de Florencia 170 kilómetros

Ecología: Por su ubicación, la riqueza natural de Solano no tiene comparación en el departamento, podemos nombrar como especiales la “Serranía de Chiribiquete” y los” Chorros de Araracuara”, cuyo ímpetu no permite la navegación, pero produce un paisaje majestuoso. El Parque Nacional Chiribiquete es la más grande reserva en su género; finalmente la otra belleza natural de la región la constituye la laguna “Potreros”, rica en

Aguas cristalinas, flora y pesca. (Corpoamazonia). Los Pueblos Indígenas y las Comunidades siempre tuvieron sus propias autoridades, a las cuales llamamos Autoridades Tradicionales: Como gobernador, cacique, concejeros (ancianos: Personas con gran experiencia en la tradición), cabildo (junta de acción comunal), Pero el Estado, en su necesidad de generar un marco de organización para los territorios, y de que las comunidades y organizaciones se inscribieran en los registros públicos y contaran con personería jurídica, los obligó a tener autoridades como las del mundo blanco, con un presidente, vocales, tesorero, y otros cargos que pueden variar de país en país. E incluso con comités para distintas cosas (RRNN, Educación, Salud, etc.): lo que podemos llamar Autoridades Modernas.

Hoy en la mayoría de los pueblos y territorios, conviven autoridades tradicionales indígenas con autoridades indígenas modernas.

Ambas pueden articularse en sus funciones, por ejemplo, las autoridades tradicionales gobiernan hacia el interior de la comunidad, y las modernas trabajan en relación con instituciones estatales externas. Las personas mayores con prestigio (por sus habilidades en la caza, la pesca y otras actividades tradicionales) siguen siendo consultadas en los asuntos internos de la comunidad. Mientras que las autoridades modernas suelen ser jóvenes que dominan bien el idioma castellano y los códigos culturales occidentales, pero no tienen autoridad al interior de la comunidad. Por ende, funcionan como representantes de la comunidad hacia el mundo exterior.

Pero en otros casos, la co-existencia de autoridades tradicionales y modernas puede generar confusión de roles y conflictos, ya que las características de las autoridades tradicionales y modernas tienen ciertas diferencias:

DIMENSIÓN	AUTORIDADES TRADICIONALES	AUTORIDADES MODERNAS
Rol	Las sociedades indígenas amazónicas no tenían autoridades que centralicen el poder político, pero se organizaban por relaciones de parentesco o clanes. Las autoridades nunca dejan de cumplir sus tareas cotidianas como producir sus alimentos y construir su vivienda.	Las autoridades modernas basan su accionar en estatutos, que son normados por las propias organizaciones indígenas, en el marco establecido por el Estado. Suelen dedicarse únicamente a sus tareas como autoridad.
Elección	Ser autoridad es un atributo ético de quienes alcanzan sabiduría, trayectoria y otros valores importantes, especialmente la generosidad.	Se eligen por votación según la lógica de nuestra democracia representativa, y de acuerdo a lo establecido en sus Estatutos.
Función	Tienen la función de transmitir los conocimientos ancestrales, pero no de conducir a su pueblo sobre lo que debe hacer (excepto en caso de peligros y en forma temporal hasta que desaparece la emergencia).	Representan al grupo y lo conducen hacia el cumplimiento de los objetivos fijados en Asamblea o en los Planes de Vida.
Proceso de la toma de decisiones	Las decisiones se alcanzan a través de un proceso de dialogo hasta llegar a un consenso colectivo, con la asesoría de los Consejos de Ancianos.	El voto otorga representatividad para la toma de decisiones en nombre del grupo.

Tabla 1. Rol de autoridades tradicionales

En muchos casos, se mantienen las autoridades tradicionales: su existencia suele ser positiva, especialmente porque fortalecen la identidad, la equidad y la democracia. En general, su presencia es un aporte, y no un problema para las autoridades modernas. (Van Dan Chris, 2019)

CULTURA Y SALUD

DEFINICIONES

En la sociedad occidental prima el “modelo biomédico” como forma de entender la salud y la enfermedad, aun cuando subsisten otras formas de entender el mismo proceso, formando lo que se conoce como patrón de pluralismo médico. Sin embargo, la hegemonía del sistema biomédico sobre la medicina tradicional no necesariamente se debe a su eficacia, sino más bien a una imposición de parte de las fuerzas sociales, económicas y culturales occidentales, lo que refleja los patrones jerárquicos dentro de la sociedad, los cuales pueden estar basados en distinciones de clase, casta, raza, etnia, región, religión y género.

En las prácticas médicas se da un paralelismo entre esta medicina tradicional y la medicina oficial, conformando un sincretismo entre ambas. El primer recurso de salud, y con frecuencia el único, al que recurren la población rural y los sectores más pobres de la población urbana, suele ser la medicina tradicional. En la actualidad, constituye una expresión dinámica que forma parte de las estrategias de sobrevivencia de la población.

Es en respuesta a la enfermedad (manifestación clínica y experiencia) que las sociedades crean sistemas médicos, los que consisten en conocimientos, creencias y prácticas cuyo fin es mantener y promover la salud, así como aliviar la enfermedad

Los sistemas médicos pueden dividirse en 2 grandes subsistemas: el sistema teórico de la enfermedad y el sistema de cuidados de salud.

El sistema teórico de la enfermedad, se refiere a los aspectos cognitivos sobre la salud, es decir, las creencias y conocimientos respecto de la etiología, etiopatogenia y tratamiento de las enfermedades.

El sistema de cuidados de salud es una institución social, formada por al menos dos personas, quien cura y quien espera curación. Es la manera en que la sociedad organiza el cuidado de los enfermos y, corresponde a las prácticas en salud, que son un reflejo del sistema teórico de la enfermedad. (Aballay, CREENCIAS, CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN SALUD ORAL DE LA POBLACIÓN INDÍGENA MAPUCHE-WILLICHE DE ISLA, 2009)

MEDICO TRADICIONAL: Un sistema médico es un entramado de ideas y prácticas relacionadas con las causas y curación de las enfermedades, el cual está determinado por aspectos socioculturales, económicos, religiosos, educativos y familiares; éste debe ser congruente con las creencias sobre la salud y el acervo de la comunidad. Todo sistema médico subsume la teoría sobre la concepción, causalidad, clasificación y efectos de la enfermedad, el cuidado de la salud, los recursos terapéuticos (drogas, hierbas, adivinación, cirugía o acupuntura) y los practicantes (médicos, enfermeras, odontólogos, curanderos, parteras), todo ello integrado en un esquema conceptual e ideológico.

El sistema médico incluye tres sectores, el profesional o medicina occidental, el popular que incluye creencias individuales, familiares y grupales sobre la salud, define cuándo y a quién consultar, qué tratamiento elegir y la satisfacción con la atención, y el sector folclórico conformado por modalidades curativas mágico-religiosas y naturales, que para algunos autores corresponde a la medicina tradicional indígena.

La OMS define medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias físicas, mentales y espirituales, aplicadas de forma individual o colectiva para mantener el bienestar (3-4). Alude las ideas, conceptos, mitos y prácticas relativos a los desequilibrios físicos, mentales o sociales de una comunidad, que explican la etiología, nosología y procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación y prevención de las enfermedades, y promoción y recuperación de la salud.

(Cardona-Arias J. A., Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia, 2012)

Según la RAE el mito es una narración o historia ficticia

Maravillosa situada fuera del tiempo y protagonizada por personajes de carácter

Divino, heroico, literario o artístico que encarna algún aspecto universal de la condición humana, atribuyendo cualidades o excelencias que no tiene. (ESPAÑOLA, 2019)

INDIGENA: habitante nativo de un país

ANCESTRO: La palabra ancestro se utiliza para hacer referencia a un individuo anterior a nuestra familia, aquel del cual descendemos, es decir, aquel que ha vivido en un tiempo anterior al nuestro o bien que ha nacido antes de nosotros, pero que probablemente nos es contemporáneo.

Ahora bien, con el termino podemos hacer alusión a los antecesores de un individuo, pero también a los de un pueblo, comunidad o especie y que como tales fueron originando una descendencia, actuando en términos genéticos como términos sociales y culturales.

El ancestro humano, nos lega una identidad genética y cultural que se ira transmitiendo de generación en generación físicamente, pero también a través de la oralidad y de los documentos. (ABC, 2019)

Los conceptos según la RAE: Creencia: (Española, 2017) es un hecho o noticia que se considera como seguros o ciertos, es el firme asentamiento de conformidad con algo. Esto quiere decir que el hecho de algún acontecimiento es cierto sin conocerlo de manera directa o sin que este comprobado o demostrado. Las creencias en diferentes ámbitos de la sociedad pueden ser verdaderas o falsas, pero como tal tienen algo en común, que es el convencimiento en el momento de anunciar un hecho o una noticia, por lo cual se dice y cree que es algo legítimo. La creencia tiene dos principales ramas, en la primera la creencia verdadera se fundamenta con hechos y pruebas que son verídicas, y en la otra se asocia más con el hecho de la creencia subjetiva del sujeto o comunidad (Moya, CREENCIA, SIGNIFICADO Y ESCEPTICISMO, 2004).

Los indígenas en Colombia se encuentran en todo el país, tanto en zona rural como en Zona urbana (pero en gran mayoría en la zona rural ¹⁵ (Sanchez Botero Esther, 2003)). Las creencias En estas comunidades están arraigadas desde la antigüedad y que a lo largo de las Generaciones se han aplicado, por lo cual ellos creen que o afirman un hecho por lo que le han dicho sus antepasados, respetando sus tradiciones entre esta la Construcción de la **maloca** es una casa antigua o ancestral utilizada por los indígenas para realizar sus reuniones culturales, sociales y políticas. Dentro de esta, realizan los eventos más importantes para ellos; se trasmiten saberes, conocimientos, se toman decisiones, entran en contacto con el mundo espiritual, mambean (consumir coca), piensan y crecen como individuo, persona y comunidad. Construidas por ellos mismos con materiales que la naturaleza les ofrece; son

armadas con grandes bigas de maderas unidas por bejuocos y es cubierta por hojas de palmas. Cada superficie tiene un símbolo; las paredes laterales representan las mujeres que sustentan la maloca, las vigas del techo son su espina dorsal, las esquinas representan sus brazos y sus claraboyas la boca que permiten el paso de la luz. El humo es elemento fundamental de esta maloca, para ellos una maloca sin humo no está viva, está destinada a morir; el humo evita que los animales e insectos aniden en su cobertura (techo) de hoja de palma y así protegiéndola del deterioro y la enfermedad. (cultura)



Figura 3. Maloca indígena de la comunidad de solano Caquetá, Colombia
Tomada por Ángela Cortinez

EL MAMBE es la acción de consumir la hoja de coca pulverizada mezclada con las cenizas de la hoja del yarumo.



Figura 4. Mambe, fotografía tomada de la maloca indígena de solano Caquetá

EL AMBIL es un producto hecho a base de tabaco con una consistencia espesa, hábito (chupar ambil) que es usado por la comunidad indígena, adquirido desde la infancia en algunos casos.



Figura 5. Ambil

Foto tomada por Ángela Cortinez durante la visita realizada a la comunidad indígena de Solano Caquetá, Colombia

LA CULTURA se define como “el conjunto de los rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social y que abarca, además de las artes y las letras, los modos de vida, las maneras de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias (MARTÍNEZ, 2010)

HÁBITOS: es una conducta que se adopta repetidamente durante toda la vida, que se adquiere repetidamente durante varias veces al día en donde se requiere de un pequeño

estímulo para provocar su desenlace. Estos hábitos son adquiridos y pueden ser hábitos saludables (como hacer ejercicio, comer sano, cepillarse los dientes, etc) o hábitos malos para la salud (comidas altas en carbohidratos, fumar, no cepillarse, vida sedentaria, etc) que con el tiempo desencadenan una serie de hechos que pueden afectar la vida cotidiana de la persona.

Dieta diaria: la dieta diaria en las personas es muy importante para poder determinar si el consume es el más adecuado, una dieta rica en carbohidratos es un factor predisponente para la formación de caries dental, ya que estas bacterias metabolizan y producen ácidos que desmineralizan la superficie del diente. La dieta diaria debe ser lo más balanceado posible para obtener los nutrientes necesarios para vivir en calidad, para esto la dieta debe contener carbohidratos, proteínas, lácteos y vegetales, siendo el primero el de menor consumo y el último el de mayor.

Cepillo dental: este elemento es indispensable para el cuidado de los dientes ya que remueven con gran facilidad la placa bacteriana que se acumula en los dientes y promueve la buena salud de las encías, por lo cual se recomienda un cepillado de cerdas suaves y con cabeza pequeña, esta última característica es recomendado para poder llegar a todas las caras de los dientes y poder eliminar la placa que se acumula en zonas de difícil acceso.

COSTUMBRE: “es la práctica habitual de una persona este término se relaciona con hábito”.
(Pérez Porto- Julián, 2010)

TRADICIÓN: es el conjunto de bienes culturales que se transmite de generación en generación dentro de una comunidad. Se trata de aquellas costumbres y manifestaciones que cada sociedad considera valiosas y las mantiene para que sean aprendidas por las nuevas generaciones, como parte indispensable del legado cultural. (Gardey, tradición, 2010)

Lo cual las creencias sobre el cuidado en salud oral no están por fuera, ya que el poco acceso al conocimiento dificulta conocer y eliminar la etiología de las patologías en cavidad oral ¹⁶ (Misrachi C, 2014).

Debido es esto estas comunidades han adquirido la habilidad y el don de curar todos sus males con plantas; entre ellas tenemos:

ORTIGA: (del latín 'urtica') es el nombre común de las plantas del género *Urtica*, de la familia de las urticáceas, todas ellas caracterizadas por tener unos pelos urticantes que liberan una sustancia ácida que produce escozor e inflamación en la piel. Es una de las "malas hierbas" más habituales, bien conocida por sus cualidades urticantes. Antiguamente se conocía también como "la hierba de los ciegos", pues hasta éstos la reconocen con solo rozarla. Es una de las plantas que más aplicaciones medicinales posee. Es una planta arbustiva perenne, dioica, de aspecto tosco y que puede alcanzar hasta 1,5 m de altura.

Es característico de esta planta el poseer unos pelos urticantes que tienen la forma de pequeñísimas ampollas llenas de un líquido irritante que al contacto con la piel producen una lesión y vierten su contenido (ácido fórmico, resina, histamina y una sustancia proteínica desconocida) sobre ella, provocando ronchas, escozor y prurito. Este picor se debe a la acción del ácido fórmico, compuesto del que contiene una gran cantidad. Estos pelos son muy duros y frágiles en la punta, por lo que es suficiente el roce para provocar su rotura. La raíz es muy rica en taninos, que le confieren una acción astringente. Presenta una acción antioxidante e inflamatoria (Berdonces)

TOMILLO: *Thymus vulgaris* L. es un subarbusto de la familia Lamiaceae, que es perenne y aromática, rica en aceite esencial, cuyo principal componente es el timol. Es una planta

Introducida de Europa y en la medicina tradicional peruana se conoce como „tomillo“ y se utiliza el aceite esencial como antiséptico. Se ha demostrado que el extracto de esta planta tiene efecto antiviral y efecto relajante sobre anillos traqueales de cobayo comparable a teofilina; mientras que el aceite esencial de *Thymus vulgaris* ha mostrado actividad antibacteriana, además, actividad citotóxica contra 3 líneas celulares de cáncer humano – células y significativa actividad antioxidante. (Rojas Armas, 2015)

AJO: (*Allium sativum*) El ajo es una planta de nombre científico *Allium sativum*, el término *Allium* procede de la palabra *All*, que significa “ardiente o caliente” mientras que el nombre “*sativum*” procede del latín que significa “cultivado”. El ajo tiene distintos componentes, entre ellos, se encuentran el agua y los carbohidratos como la fructosa, compuestos azufrados, fibra y aminoácidos libres. Contiene altos niveles de vitamina C y A y bajos niveles de vitaminas del complejo B. Así mismo, posee un alto contenido de compuestos fenólicos, polifenoles y fitoesteroles. En cuanto a los minerales, tiene niveles importantes de potasio, fósforo, magnesio, sodio, hierro y calcio. También, presenta contenido moderado de selenio y germanio, pero la concentración de estos minerales va a depender del suelo donde crecen los bulbos, tiene un efecto antioxidante, efecto antimicrobiano, propiedades antifúngicas ² (Ramírez-Concepción, 2016)

ADORMIDERA: (*Papaver somniferum* L.), una planta medicinal conocida por la raza humana desde las civilizaciones antiguas, continúa siendo cultivada en todo el mundo para la producción de opiáceos farmacéuticos y heroína. Mientras que la paja de adormidera cosechada del cultivo generalmente es empleada por entidades farmacéuticas, la savia líquida o seca (conocida como látex de opio o goma que se obtiene al laminar la superficie exterior de

las vainas de adormidera) es el material de partida para la producción clandestina de heroína. (Michael A. Marciano, 2018)

ALBACA: La albahaca (*Ocimum basilicum* L.) es una planta originaria de Asia Meridional, que pertenece a la familia de las Lamiaceae y tiene amplios y variados usos debido a sus múltiples propiedades. Es de las especies de plantas medicinales aromáticas que tiene un alto contenido de aceites esenciales, sobre todo de eugenol, de amplio uso en la medicina. Además, posee propiedades anti-inflamatorias y antisépticas, por lo que se emplea en la cura de diferentes enfermedades. (Ofelia Sam, 2002)

COCA PERUANA: La coca es una planta originaria de los andes amazónicos que llega a medir hasta 2,5 m de altura. La coca crece en tierras altas, cálidas y húmedas en la parte oriental de los Andes. Incluso crece bajo la sombra de algunos árboles tropicales. La hoja de coca posee varias sustancias conocidas como alcaloides en su composición interna. Posee propiedades estimulantes, anestésicas, terapéuticas y mitigadoras del apetito, la sed y el cansancio, se muestran mediante la masticación o al cocerla.

La coca se cosecha tres veces al año manualmente. Una misma planta puede ser cosechada hasta por diez años. Los testimonios históricos demuestran que su existencia y difusión deviene desde la época pre inca. Fue utilizada por diversas culturas desde la antigüedad por los chibchas, aymarás y quechuas de forma medicinal como analgésico. En el Imperio Incaico era utilizada en los ritos sacerdotales para los Incas.

Propiedades de la hoja de coca

- Posee virtudes medicinales ya sea sola o combinada con otras sustancias.

- Contra las cefaleas se aplican las hojas, mascadas o enteras sobre las sienes para mitigar los dolores ventrales, según los antiguos.
- Se toma una tacita de mate de coca para el mal de altura.
- Controlar la diarrea y los vómitos originados por la tuberculosis según los pobladores de la sierra central.
- Su uso más común y que ha trascendido a través del tiempo es que mitiga la sensación de hambre y cansancio, *chacchar* es una acción ritual con grandes implicaciones sociales para el hombre andino.
- Se usaba y se usa en algunas comunidades para los rituales. Con ella inicia la ceremonia el Chamán andino, los cuales la soplan al viento para obtener ciertas premoniciones en lugares sagrados, según las comunidades andinas.
- Cuenta con vitaminas como la D y la K. Además de calcio y fósforo. (Propiedades y usos de la hoja de la coca, 2019)

AJI ROJO: El ají es un alimento básico en las cocinas, Aunque su origen está en América Latina, el fruto, con forma de pimienta pequeño y colores rojizos y anaranjados, se ha extendido por todo el mundo para sazonar comidas o dejar sin aliento a los amantes del picante.

Su sabor picante es provocado por una sustancia llamada capsaicina, que genera irritación en el paladar. Y aunque un consumo masivo de su variante más fuerte puede llegar a generar dolor de estómago e incluso gastroenteritis, el ají cuenta con propiedades analgésicas y anticancerígenas. Así lo demostró la Academia de Ciencias Médicas de China, que realizó un estudio en más de 50.000 personas y concluyó que los individuos que consumían picante al

menos dos veces por semana presentaban una mortalidad un 10% menor que quienes no lo hacían. (Escalante, 2018)

LIMONCILLO: *Siparuna schimppffii* Diels, conocida vulgarmente como limoncillo, es una planta medicinal usada comúnmente por el pueblo Shuar del Ecuador por sus propiedades analgésicas. (PhD. Paco Fernando Noriega Rivera, 2014)

CLAVO DE OLOR: (*syzgium aromaticum* o *Eugenia caryophyllata*) es una especie perteneciente a la familia myrtaceae la cual se caracteriza por habitar en ambientes principalmente tropicales, se obtiene de un árbol perenne que florece dos veces al año, los botones florales inicialmente tienen un color pálido que poco a poco se convierte en verde para después tornar a un color rojo o marrón oscuro. Los clavos son capullos sin abrir y se cosechan cuando las hojas verdes han cambiado de color rosado, se utiliza principalmente para extracción de aceites.

El aceite de clavo ha sido considerado por sus propiedades medicinales como estimulante contra trastornos digestivos y diarrea; posee propiedades antisépticas, analgésica, antibacteriano, antifungico, anestésico y antimutagenico. En la medicina general se usa como diurético y en odontología como antiséptico (López-Malo, 2013)

ALACRANCILLO: Nombre científico: *Heliotropium indicum*, Familia: Boraginaceae, Parte empleada: raíz. Usos: asma y próstata. Preparación: para el asma, se hierva un pedazo de raíz con una ramita de jícara y se toma una cucharada sopera, dos o tres veces al día, durante dos o tres días, dependiendo la gravedad del asma. Características: planta anual, de tallo erecto, con un crecimiento de no más de 50cm. Presenta flores pequeñas de color lavanda suave a blanco, las cuales crecen en la parte final de la ramas. Florece y fructifica de

Enero a diciembre. En otros países también es empleada. En la India utilizan el jugo para eliminar dolores y contra piquetes de insectos. En Nigeria la utilizan contra la fiebre y úlceras. En Cuba machacan o maceran las hojas y la aplican en enfermedades musculares como en casos de artritis. También hierven las hojas y dan un masaje en el cuero cabelludo para fortalecer el cabello. Nota: la planta es considerada tóxica con algunos reportes de envenenamiento fatal (Escamilla Pérez Blanca Edith, 2015, págs. 12-13)

YIE (PLANTA DE MONTE: Planta usada por los indígenas en el municipio de Solano Caquetá, para el cuidado bucal, fue bautizada por indígenas de la comunidad en su lengua materna por esta razón no es encontrada en la literatura.

BOTONCILLO: Se utiliza para los dolores, causado por el frio, se conserva en climas cálidos y calientes en los patios como jardín y en clima frio en materas con tierra tratada.



Aji rojo, fotografía tomada por Ángela Cortinez de la zona rural del solano Caquetá



Aji rojo asado, refieren que es para realizar conjuros.



*Tomillo
Imagen tomada del libro :
Plantas aromáticas y medicinales
Enfermedades de importancia y sus usos
terapéuticos*



planta de Coca, , fotografía tomada por
Ángela Cortinez de la zona rural del solano
Caqueta colombia



Limoncillo, fotografía tomada por Angela
Cortinez y Yamiled Ante de la zona rural
del solano Caqueta colombia



Planta del tabaco , fotografía tomada por
Yamiled Ante Ramos de la zona rural del
solano Caquetá



Planta alacrancillo
Imagen tomada de internet
<http://www.conabio.gob.mx/malezasdemexico/boraginaceae/heliotropium-angiospermum/fichas/ficha.htm>



planta clavo de olor
imagen tomada de internet
<http://elherbolario.com/plantas-medicinales/item/812-clavo>



Adormidera
Imagen tomada de internet
<https://www.flickr.com/photos/14020964@N02/8345306843>

 <p><i>Albaca, fotografía tomada por Ángela Cortinez de la zona rural del solano Caquetá Colombia</i></p>	 <p><i>Ortiga o pringamosa, fotografía tomada por Yamiled Ante Ramos de la zona rural de solano Caquetá.</i></p>
 <p><i>Planta Yie (PLANTA DE MONTE) fotografía tomada por Ángela Cortinez de la zona rural del solano Caquetá Colombia</i></p>	 <p><i>Botoncillo, Imagen tomada de internet https://i.pinimg.com/originals/b8/83/3c/b8833cb522dbb406193e52ca14dc25a2.jpg</i></p>

Figura 6. Plantas medicinales nombradas por la comunidad indígena adulta de solano Caquetá, Colombia.

ALIMENTOS TRADICIONALES

Estas comunidades conservan de igual manera la tradición de elaborar y consumir alimentos hechos a base de yuca como lo son el casabe, fariña y Caguana

CASABE: Torta a base de almidón de yuca que preparan las mujeres indígenas amazónicas y cuyo procedimiento difiere según el grupo étnico; se come como acompañante de otros alimentos, por ejemplo, caldos o carnes.

FARIÑA: Almidón cernido y tostado hasta que adquiere forma de pequeñas bolitas de color amarillo, aunque puede variar; se consume añadido a sopas y caldos, al arroz, al pescado y a casi cualquier comida; incluso se consume solo con agua y azúcar, caso en el cual se llama chivé.

CAGUANA: Bebida tradicional indígena no fermentada que se prepara con almidón de yuca, agua y jugo de fruta, la cual puede variar según la temporada; es una bebida espesa, cuya preparación cambia según la etnia, y que tiene importancia ritual; es bebida típica de la “gente de centro”, pero también de otros grupos. (Yagüe, 2014)



Figura 7. Caguana de Piña imagen tomada del recetario Étnico Amazonas



Figura 8. Casabe, *clase de tortilla echa a base de yuca*
 Imagen tomada de internet de un folleto de secretaria de agricultura y ganadería
<http://www.dicta.gob.hn/files/2018,-elaboracion-de-casabe.pdf>



Figura 9. Fariña, *almidón de yuca*
 Fotografía tomada de la maloca donde asiste la comunidad indígena de solano Caquetá,
 Colombia

SISTEMA A EVALUAR EN CAVIDAD ORAL EN LA COMUNIDAD INDÍGENA

El índice C.O.P fue desarrollado por Klein y Palmer durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1937. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la Caries Dental. El índice COP describe numéricamente los resultados del ataque de caries llamado experiencia o historia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de

caries y con tratamientos previamente realizados, o sea, la historia natural de esta enfermedad en los dientes permanentes de un grupo de población. Su gran facilidad de obtención y la riqueza de datos que proporciona, hace que sea el índice que más ha sido utilizado. Su empleo, durante muchos años y en diferentes países, ha permitido comparaciones en la esfera internacional.

DESCRIPCIÓN Y COMPONENTES DEL INDICE COP:

Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes Cariados, Perdidos y Obturados, incluidas las Extracciones Indicadas, entre el total de individuos examinados por lo cual es un Promedio. Se consideran sólo 28 dientes.

- El componente C se refiere al número de dientes permanentes que presentan lesiones de caries no restauradas.
- El componente O se refiere al número de dientes permanentes que han sido atacados por caries, pero que ahora están restaurados.
- El componente P se refiere a los dientes permanentes perdidos por caries. (Andrea Muñoz M., 2012)

ELEMENTO DE HIGIENE ORAL EN EL AREA DE ODONTOLOGIA

DENTÍFRICOS: o más conocidos como cremas dentales, son los elementos utilizados que ayudan a la limpieza de los dientes, estos elementos presentan abrasivos para mover con mayor facilidad la placa bacteriana en los dientes, también presentan cantidades de flúor para la remineralización, las cantidades de flúor dependerá de la edad de la persona y del riesgo de tener caries dental.

ENJUAGUES BUCALES: es una solución que se usa para el cuidado de la cavidad oral, es decir es un coadyudante en el proceso de higiene oral, que elimina parcialmente las bacterias que provocan la caries dental y las periodontopatías y también provee de un mejor aliento en el momento de su uso, es recomendable utilizar el enjuague después del cepillado para fortalecer bien la higiene y no se debe diluir ya que puede disminuir su eficacia en cavidad oral, algunos enjuagues contienen cantidades de flúor, algunos bacteriostáticos y otros bactericidas o combinadas, esto dependerá de la necesidad de la persona.

SEDA DENTAL: la seda dental es utilizada para la eliminación de bacterias en las superficies interproximales de los dientes y también en las papilas interdentes, la técnica de uso es colocar el hilo sobre la superficie interproximal del diente desde la encía hacia arriba para eliminar bien las bacterias que se acumulan en esa zona. Estos elementos están hechos de filamentos de nailon, teflón, y cubiertos por una capa de cera.

PALILLOS DE DIENTES: también se conocen como mondadientes, se usan para la eliminación de comida que se presenta en los dientes después del consumo de esta, pueden ser de madera o de plásticos, y pueden presentar los dos extremos en forma de puntas para que entre con facilidad entre los dientes.

ENFERMEDADES A NIVEL DE DIENTES

CARIES DENTAL: Es una enfermedad multifactorial que se produce por la consecuencia del metabolismo de las bacterias, produciendo ácidos en la superficie dental, donde empiezan a desmineralizar el esmalte y la dentina hasta llegar a la pulpa y conllevar a una inflamación pulpar. Para la formación de la caries dental deben estar presente muchos factores y por eso se le denomina multifactorial, tales factores son como la dieta rica en carbohidratos, esta dieta es

un factor predisponente ya que los carbohidratos o hidratos de carbonos es la fuente principal de alimento para las bacterias criogénicas. Otro factor es la poca frecuencia del cepillado, ya que es importante cepillarse tres veces al día para la eliminación constante de las bacterias en la superficie dental y conllevado a una mala técnica de cepillado dental con mayor facilidad se producirá dicha patología. El pH salival es importante en el momento de la formación de caries ya que un pH más bajo (es decir pH ácido) es una condición óptima para la formación de caries, ya que los ácidos producidos por estos microorganismos y el pH ácido desmineralizan con mayor facilidad el diente. La presencia de restauraciones defectuosas, desadaptadas, desbordantes o retentivas son otros factores encaminados a la formación de la caries, ya que acumulan en su superficie placa bacteriana que con el tiempo no se elimina con un simple cepillado y por lo cual empiezan a desmineralizar el diente. La presencia de aparatología ortodóntica y ortopédica, son elementos para la acumulación de placa bacteriana ya que su presencia constante en cavidad oral resulta un factor de riesgo para la formación de caries dental, la ortodoncia es una aparatología fija por lo cual es importante mantener un buen aseo en cavidad oral para evitar la acumulación de placa bacteriana, la aparatología ortopédica pueden ser fijas o removibles por lo cual su implicación clínica es de gran importancia para la formación de caries, ya que normalmente se colocan en niños menores de 12 años, y los niños presentan tener menos cuidado en salud oral y prestarle menos atención al cepillado por lo cual es indispensable que los padres supervisen el cepillado del niño para que no se presente esta patología. Otros factores que están asociados a la formación de caries dental, son enfermedades sistémicas, limitación motriz o de coeficiente intelectual, entre otros factores ¹⁷ (ESCALONA, ORTIZ, PALOMINO, TAMAYO, & RODRÍGUEZ, 2015).

La caries dental es una enfermedad que afecta a millones de personas en el mundo, sigue siendo una enfermedad de importancia en salud pública desde hace muchos años, su alta prevalencia en la comunidad la convierte en unas de las enfermedades que están presentes en la población, se dice que a cada persona una vez en su vida le ha dado caries dental. Las bacterias cariogénicas representan una población importante de microorganismos en la cavidad oral ya que con el aumento de esta población empieza la desmineralización, la bacteria más cariogénica es el *Streptococcus Mutans*, su importancia radica en ser la principal bacteria en la formación de caries dental, pero en estadios más avanzados están presentes otros tipos de bacterias cariogénicas tales como *Lactobacillus*, *Actinomyces* y otros tipos de *Streptococcus* que también participan, pero su rol es de menor importancia (R, 2006).

GINGIVITIS: significa inflamación de la mucosa gingival caracterizado por un edema, cambio de la textura, cambio de color, y sangrado gingival. La gingivitis está relacionado estrechamente con el acumulo de placa bacteriana alrededor de los dientes, por lo cual estas bacterias producen irritación del tejido (María Isabel López; María Teresa Uribe; Gabriel Emilio Espinal, 2001). La etiología de la gingivitis es causada por muchas razones, el principal factor para la formación de esta patología es el acumulo de placa bacteriana, pero puede también ser inducidos por otras causas tales como el consumo de ciertos medicamentos, enfermedades sistémicas como la diabetes, enfermedades de origen viral, de origen fúngico, de origen genético, entre otros. En el momento de la acumulación de bacterias el huésped intentara por todos los medio para defenderse, por lo cual la sintomatología será estrictamente relacionada con el proceso del huésped y en menor cantidad por la agresión de los microorganismos por lo cual se presentara cambios vasculares, celulares y la infiltración inflamatoria (Matesanz-Pérez, Matos-Cruz, & Bascones-Martínez, 2008).

PERIODONTITIS: la enfermedad periodontal es la inflamación y destrucción de los tejidos de soporte (hueso, cemento y ligamento periodontal) del diente, originándose previamente por una gingivitis que no ha sido tratada. Esta enfermedad crónica más común observado en los seres humanos, es un problema de salud pública causando pérdida dental, discapacidad, disfunción masticatoria, y estado nutricional deficiente. Las manifestaciones clínicas de una periodontitis es la presencia de cálculos a nivel supra y/o subgingival, halitosis, sangrado gingival, recesión gingival, movilidad, y en casos extremos la pérdida del diente. La enfermedad periodontal puede estar asociado a muchos factores, el principal factor es el acumulo de placa bacteriana subgingival, puede ser provocado por restauraciones defectuosas o retentivas, también puede estar asociado a condiciones fisiológica, como por ejemplo en mujeres en embarazo, puede estar asociado a enfermedades sistémicas, genéticas u hereditarios, por la ingesta de medicamentos, etc.¹⁸ (Carvajal, 2016). Clínicamente se presenta como una pérdida de nivel de inserción del diente, con sangrado al sondaje y radiográficamente se observa ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.

BRUXISMO: esta patología es considerada una parafunción neuromuscular causando daños a muchos tejidos y alterando la función masticatoria. La etiología no se conoce con certeza, pero se asocia en ocasiones a contactos oclusales prematuros, a estrés emocional, algunos trastornos del sistema nervios entre otros. Se caracteriza por una actividad repetitiva de los músculos asociados a la masticación produciendo apretamiento o rechinar de los dientes, se presenta de dos maneras, el bruxismo nocturno que se caracteriza por aparecer en el momento del sueño y es excéntrico, es decir desgasta los dientes en toda su superficie oclusal y el bruxismo diurno, donde se observa la parafuncion en la vigía y también se denomina bruxismo céntrico¹⁹ (Emilce Mayela González Soto, Bruxismo y desgaste dental,

2015). El bruxismo aparte de provocar un desgaste en los dientes también daña las estructuras de soporte de los dientes, la musculatura cervico-craneal, y la articulación temporomandibular. Los síntomas del bruxismo son muy variables, presentan desgaste dentario, fracturas de los dientes, hipertrofia de los músculos maseteros, cefaleas frecuentes, dolores cervicales y trastorno del Sueño²⁰ (Contreras, 2015).

ONICOFAGIA: la onicofagia es un mal hábito que consiste en comerse las uñas, repetidamente, con diferentes frecuencia e intensidad en el momento del acto. Por lo tanto, este hábito es adquirido en el tiempo que es consiente al principio y que termina siendo inconsciente. Se puede adquirir este hábito a cualquier edad, cuando se presentan en niños, este normalmente asociado para atraer la atención de los adultos debido a que están expuestos a un entorno familiar violentos, por falta de atención, por falta de desarrollo emocional entre otros. Este trastorno es uno de los más comunes a nivel mundial, las características clínicas se presenta uñas pequeñas con desgaste en los dientes anteriores, ansiedad de la persona, entre otros. Este mal hábito puede presentar o conllevar diferentes patologías como infecciones en las uñas, desgaste dentario y/o trastornos temporomandibulares (Ojeda Léonard, 2014)

METODOLOGÍA

ALCANCE

La presente investigación permitió describir los hábitos y creencias en higiene oral en los adultos entre las edades de 18 a 85 años de edad que viven en la zona urbana y rural de Solano, incluyendo mujeres y hombres de esta comunidad indígena, dicha información nos permite determinar el estado de salud de la cavidad oral

LIMITES: La investigación se realizó únicamente a la población adulto, no se incluyen menores de edad.

NIVEL Y METODO DE INVESTIGACION

La presente investigación se abordó desde un nivel descriptivo, transversal con un método cuantitativo puesto que se describió los hábitos y creencias en higiene oral de la comunidad indígena adulta.

FUENTE DE INFORMACION PRIMARIA

La información primaria se obtuvo de datos recolectados de la comunidad indígena de como lo es líder y miembros de la comunidad Solano Caquetá.

FUENTE DE INFORMACION SECUNDARIA

Documentos del DANE, Artículos científicos

TECNICAS DE RECOLECCION DE LOS DATOS:

A-LA ENCUESTA:

La aplicación de la encuesta implicó el diseño de un cuestionario con respuestas cerradas de selección múltiple. Las preguntas se plantearon de acuerdo a las variables a analizar y se organizaron en el siguiente orden: Hábitos en higiene oral, Creencias en higiene oral, plantas para quitar el dolor dental, Este cuestionario se aplicó a la muestra a la líder y de forma aleatoria a la población.

B-REVISION DOCUMENTAL: A través de documentos del DANE y artículos científicos.

POBLACION Y MUESTRA:

A-POBLACION: 101 personas

B-M UESTRA: La muestra comprendió a 101 adultos de 18 a 85 años del área urbana y rural de Solano.

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION

Siendo una investigación que se aborda desde un nivel descriptivo, transversal, con un enfoque cuantitativo los datos serán procesados y analizados como se relaciona a continuación:

VARIABLE

-Creencias

-Hábitos

HIPOTESIS RELACIONAL:

- ✓ La técnica de higiene oral del área urbana de la población indígena no es efectiva con respecto a los del área rural del municipio del Solano Caquetá.
- ✓ La técnica de higiene oral del área urbana de la población indígena, es efectiva con respecto a los del área rural del municipio de Solano Caquetá.

RESULTADOS

Luego de la recolección de los datos se obtuvo una muestra de 101 personas, 51 personas de zona urbana y 50 personas zona rural, entre las edades de 18 a 85 años de la comunidad indígena del municipio de Solano Caquetá Colombia; posteriormente se mencionarán los resultados de acuerdo a los objetivos planteados.

Tabla 2. Distribución por características sociodemográfica de la comunidad indígena adulta de Solano Caquetá.

VARIABLE	Rural (n-50)	Urbano (n-51)	U Mann Whitney	
Edad	37 años	38 años	0,686	
Sexo			Chi²	P
Femenino	36(35,6%)	31(30,7%)	1,422	0,233
Masculino	14(13,9%)	20(19,8%)		
Etnia			Chi²	P
Huitoto	48(47,5%)	48(47,5%)	1,1700	0,281
Koreguaje	2(2,0%)	3(3,0%)		

La edad de las poblaciones estuvo comprendida entre 18 y 85 años con una mediana de 37 años en la población de la zona rural y 38 años en la zona urbana. La mayor parte está concentrada en el sexo femenino y en la etnia Huitoto. Según la distribución por las características sociodemográficas no se evidencia diferencias estadísticamente significativas, lo que representa que los grupos son comparables.

Tabla 3. Distribución por elementos más usados para higiene oral por la comunidad indígena de Solano Caquetá.

¿Qué elementos usa para el aseo de su boca?	Rural (n-50)	Urbano (n-51)	Chi ²	P
Cepillo				
Si	46(45,5%)	49(48,5)	0,7516	0,386
No	4(4,0%)	2(2,0%)		
Crema				
Si	44(43,6%)	47(46,4%)	1,1641	0,281
No	6(5,9%)	3(3,0%)		
Palillo				
Si	7(6,9%)	4(4,0%)	0,9862	0,321
No	43(42,6%)	47(46,5%)		
Enjuague				
Si	13(12,9%)	18(17,8%)	1,0252	0,311
No	37(36,6%)	33(32,7%)		
Seda				
Si	18(17,8%)	24(23,8%)	1,2711	0,260
No	32(31,7 %)	27(26,7%)		
Otro				
Si	12(13,9%)	6(5,9%)	4,1905	0,041
No	36(35,6%)	45(44,6%)		
No emplea				
Si	3(3%)	2(2%)	0,2318	0,630
No	47(46,5%)	49(48,5%)		

De acuerdo a esta distribución se encuentra que existen diferencias estadísticamente significativas entre la zona rural y urbana en la opción de otros la cual contestaron carbón, botoncillo, plantas curativas, planta de monte, plantas medicinales, mentoladas, planta yie (planta de monte), zumo de limón, poleo, orégano, fique, fumare fibra y conjuros lo que significa que para ellos son elementos de gran importancia debido que son hábitos adquiridos por sus comunidades que se han venido transmitiendo de generación en generación.

Aunque presentan un porcentaje muy bajo, teniendo en cuenta la gran diferencia obtenida en Chi2 y P, en la utilización de plantas se concluye que la zona rural conserva más costumbres de sus antepasados; Tanto en la zona rural y urbana utilizan el resto de elementos de forma igual

Tabla 4. Distribución de Frecuencia en el cepillado de la comunidad indígena adulta de Solano Caquetá.

¿Frecuencia de cepillado?	Rural (n-50)	Urbano (n-51)	Chi ²	p
1 vez al día	6(5,9%)	4(4,0%)		
2 veces al día	25(24,8%)	30(29,7%)		
3 veces al día	12(11,9%)	13(12,9%)	2,1706	0,704
Más de 3 veces al día	2(2,0%)	2(2,0%)		
No uso cepillo	5(5,0%)	2(2,0%)		

En frecuencia de cepillado No existen diferencias significativas en la frecuencia de cepillado en estas dos zonas, tanta rural como urbana lo realizan 2 veces al día siendo la respuesta con mayor porcentaje

Tabla 5. Distribución de Respuestas si la comunidad indígena adulta de Solano Caquetá ha presentado pérdida dental

Has presentado pérdida dental	Rural (n-50)	Urbano (n-51)	Chi ²	P
Si	37(36,6%)	34(33,7%)	0,6503	0,420
No	13(12,9%)	17(16,8%)		

En los resultados obtenidos se observa que la mayor parte de la población si ha presentado perdida dental. Presentando un porcentaje más alto los de la zona rural con un 36,6%, seguido de los de zona urbana con un 33,7%.

Tabla 6. Distribución de los motivos de perdida dental de la comunidad indígena adulta de Solano Caquetá

¿Cuál fue el motivo de su perdida dental?	Rural (n-50)	Urbano (n-51)	Chi²	P
muela picada				
Si	31(30,7%)	28(27,7%)		
No	8(7,9%)	6(5,9%)	1,7142	0,424
N/A	11(10,9%)	17(16,8%)		
movilidad dental				
Si	6(5,9%)	4(4,0%)		
No	34(33,7%)	30(29,7%)	2,4552	2,4552
N/A	10(9,9%)	17(16,8%)		
no me acuerdo				
Si	3(3,0%)	2(2,0%)		
No	37(36,6%)	32(31, %)	2,3675	3,306
N/A	10(9,9%)	17(16,8%)		
Otros				
Si	13(12,9%)	21(20,8%)		
No	37(36,6%)	30(29,7%)	2,6794	0,262

Los resultados demostraron que el principal motivo de las perdidas dentales fue muela picada (caries dental) con un 30,7% rural y 27,7% urbanos. Ellos prefieren sacar la pieza dental cuando observan una cavidad para evitar futuros dolores dentales.

Tabla7. Distribución de los Lugares donde acuden cuando presenta dolor en boca la comunidad indígena adulta de Solano Caquetá.

Cuando presenta dolor en boca ¿con quién acude para aliviar el dolor?	Rural (n 50)	Urbano (n51)	Chi²	P
Odontólogo				
Si	29(28,7%)	43(42,6%)	8,5407	0,003
No	21(20,8%)	8(7,9%)		
Medico tradicional				
Si	38(37,6%)	14(13,9%)	23,8245	0.000
No	12(11,9%)	37(36,6%)		
Cacique				
Si	0(0,0%)	0(0,0%)	5,9002	0,010
No	50(49,4%)	51(50,5%)		
Otros				
Si	4(4,0%)	7(6,9%)	0,8528	0,356
No	46(45,5%)	44(43,6%)		

Se encuentra una diferencia estadísticamente significativa entre medico tradicional y odontólogo; Teniendo en cuenta la diferencia obtenida en Chi² y P se presenta que los de la zona urbana asisten con más frecuencia al servicio odontológico prestado en la IPS Con un porcentaje de 42,6% a diferencia de los de la zona rural que presentan un porcentaje de 37,6% que acuden al médico tradicional de la comunidad indígena, demostrando que sus hábitos y creencias aún siguen vigentes.

Tabla 8. El Medico tradicional de la comunidad indígena soluciona sus problemas dentales

su tratamiento realizado por el medico tradicional siempre solucionan o restablecen su salud	Rural (n-50)	Urbano (n-51)	Chi²	P
Si	33(32,7%)	9(8,9%)		
No	6(5,9%)	5(5,0%)	27,8814	0
N/A	11(10,9%)	37(36,6%)		

De acuerdo a la distribución de estas variables se encuentra diferencia estadísticamente significativa debido el 32,7% de la zona rural con mayor porcentaje contestaron que el medico tradicional si soluciona su problema de salud; un menor porcentaje de zona urbana con 8,9%; Podemos guiarnos por la diferencia marcada entre Chi² y P con los datos obtenidos las comunidades de la zona rural siguen conservando su cultura, al contrario, los de la zona urbana en cuanto a su salud bucal

Tabla 9. Distribución de lugares donde asiste a consulta cuando tiene proceso infeccioso o Dolor.

¿Cuándo no se soluciona el proceso de infección o dolor en boca a quien realizan su consulta?	Rural (n-50)	Urbano (n-51)	Chi²	P
Servicio Odontológico				
Si	27(26,7%)	42(41,6%)		
No	23(22,8%)	9(8,9%)	9,3769	0,002
Siguen con tratamientos tradicionales				
Si	29(28,7%)	6(5,9%)		
No	21(20,8%)	45(44,6%)	23,834	0,000
Nunca he tenido dolor				
Si	2(2,0%)	6(5,9%)		
No	48(47,5%)	45(44,6%)	2,0871	0,149
Otros				
Si	2(2,0%)	0(0,0%)		
No	48(47,5%)	51(50,5%)	2,0812	0,353

De acuerdo a la distribución de estas variables se encuentra diferencia estadísticamente significativa debido a que el 41,6% en la zona urbana asisten a servicio odontológico después de

haber fracasado con los tratamientos tradicionales de la comunidad, a diferencia del 26,7% en la zona rural ya que un 28,7% de la misma continúan con sus tratamientos tradicionales conservando costumbres de sus antepasados, Según la diferencia marcada por χ^2 y P.

Tabla 10. Distribución de tipos de tratamientos odontológicos recibidos por la comunidad indígena de solano Caquetá

¿Qué tipo de tratamiento odontológico recibió	Rural (n-50)	Urbano (n-51)	Chi ²	P
Sacar muela				
Si	32(31,7%)	30(29,7%)	0,2854	0,593
No	18(17,8%)	21(20,8%)		
Realización de calza				
Si	5(5,0%)	15(14,9%)	5,9907	0,014
No	45(44,6%)	36(35,5%)		
Limpieza				
Si	16(15,8%)	28(27,7%)	5,3862	0,02
No	34(33,7%)	23(22,8%)		
Otros				
Si	10(9,9%)	4(4,0%)	11,8878	0,065
No	40(39,6%)	47(46,5%)		

De acuerdo a la distribución de estas variables se encuentra diferencia estadísticamente significativa debido a que Según los datos registrados en la zona rural con 31,7% y la urbana con 29,7% reportan que el tratamiento odontológico recibido con mayor porcentaje es sacar muela (exodoncia), con la diferencia entre χ^2 y P se evidencia que hay una diferencia entre la clase de procedimientos que han recibido los de la zona urbana y rural, en cuanto a limpieza y realización de calzas.

Tabla 11. Distribución de elementos que emplea para el cuidado de su boca, según sus costumbres

Elementos que emplea para cuidado de sus dientes según sus costumbres	Rural (n-50)	Urbano (n-51)	Chi ²	P
Plantas				
SI	34(33,7%)	18(17,8%)	12,664 4	0,00 2
NO	15(14,9%)	33(32,7%)		
N/A	1(1,0%)	0(0,0%)		
Madera				
SI	2(2,0%)	0(0,0%)	3,1537	0,20 7
NO	47(46,5%)	51(50,5%)		
N/A	1(1,0%)	0(0,0%)		
Cenizas				
SI	4(4,0%)	2(2,0%)	1,8272	0,40 1
NO	45(44,6%)	49(48,5%)		
Otros				
SI	6(5,9%)	11(10,9%)	8,1147	0,15 0
NO	44(43,6%)	40(39,6%)		

De acuerdo a la distribución de estas variables se encuentra que los elementos más usados según sus costumbres es la opción plantas con un 33,7% en área rural y 17,8% en zona urbana entre otros como: Carbón, conjuros con un porcentaje de 5,9% en la zona rural, existe una diferencia marcada por Chi² y P, evidenciando que los indígenas de la comunidad indígena de Solano Caquetá Colombia de la zona rural, son quienes siguen llevando práctica de sus antepasados, manteniendo viva esta tradición.

Tabla 12. Distribución del tipo de planta que emplean para el cuidado de su boca, según sus costumbres.

Si la respuesta anterior es plantas, que tipo usa para el cuidado de sus dientes?	Rural (n-50)	Urbano (n-51)	Chi ²	P
Tomillo				
SI	0(0,0%)	1(1,0%)	25,9926	0,00 0
NO	44(43,6%)	20(19,8%)		
N/A	6(5,5%)	30(29,7%)		
Limón				
SI	10(9,9%)	10(9,9%)	30,3720	0,00 0
NO	35(34,7%)	11(10,9%)		

N/A	5(5,0%)	30(29,7%)		
Perejil				
SI	2(2,0%)	0(0,0%)		
NO	43(42,6%)	21(20,8%)	27,4124	0,000
N/A	5(5,0%)	30(29,7%)		
Manzanilla				
SI	0(0,0%)	0(0,0%)		
NO	45(44,6%)	21(20,8%)	26,5771	0,000
N/A	5(5,0%)	30(29,7%)		
Otros				
SI	32(31,7%)	40(39,6%)	27,3504	0,000
NO	18(17,8%)	11(10,9%)		

De acuerdo a la distribución de estas variables en plantas para el cuidado de la boca, según costumbres, observaron que las plantas más usadas por la comunidad indígena son las mencionadas en la opción entre otros como: botoncillo, coca, Yie, ají rojo, agua de tallos de los árboles, con un porcentaje de 31,7% en la zona rural y 39,6% en la zona urbana, mostrándonos que las más usadas son “las plantas de monte” nombre que ellos mismos le dan. Según χ^2 y P existe diferencia en uso entre las plantas comunes conocidas común mente entre la variedad de nuevas plantas que manejan la comunidad ya mencionada.

Tabla 13. Distribución del tipo de planta que usan para tratar el dolor dental en boca.

Que plantas medicinales ha utilizado para aliviar el dolor en boca?	Rural (n-50)	Urbano (n-51)	Chi ²	P
Caléndula				
SI	0(0,0%)	0(0,0%)
NO	50(49,5%)	51(50,5%)		
Romero				

SI	0(0,0%)	0(0,0%)
NO	50(49,5%)	51(50,5%)		
))		

Ajo				
SI	2(2,0%)	3(3,0%)	0,1901	0,663
NO	48(47,5%)	48(47,5%)		
Clavo				
SI	4(4,0%)	0(0,0%)	4,2482	0,039
NO	46(45,5%)	51(50,5%)		
Coca				
SI	17(16,8%)	12(11,9%)	1,3523	0,245
NO	33(32,7%)	39(38,6%)		
Adormidera				
SI	4(4,0%)	4(4,0%)	0,0009	0,977
NO	46(45,5%)	47(46,5%)		
Tabaco				
SI	11(10,9%)	1(1,0%)	9,6839	0,002
NO	39(38,6%)	50(50,5%)		
Otros				
SI	26(25,7%)	14(13,9%)	6,3212	0,01224
NO	37(36,6%)	43(23,8%)		

De acuerdo a la distribución de estas variables en plantas para tratar el dolor en boca según sus costumbres, observaron que las plantas más usadas por la comunidad indígena son las nombradas en la opción entre otros como: ortiga, alacrán, botoncillo, ají rojo, leche de tallo de papayo, pronto alivio, con un porcentaje de 25,7% en la zona rural y 13,9%, según χ^2 y P, evidenciaron que los que usan más las plantas medicinales para tratar el dolor en boca son los de la zona rural.

Tabla 14. Distribución de hábitos de la comunidad indígena.

Que hábitos tiene?	Rural (n-50)	Urbano (n-51)	χ^2	P
Mambear Tabaco				
SI	5(5,0%)	3(3,0%)	0,5869	0,444
NO	45(44,6%)	48(47,5%)		

)

Mambear				
Yerbabuena				
SI	0(0,0%)	0(0,0%)

NO	50(49,5%)	51(50,5%)		
Fumar				
SI	2(2,0%)	0(0,0%)	2,0812	0,149
NO	48(47,5%)	51(50,5%)		
Otros				
SI	41(40,6%)	31(30,7%)	5,5519	0,032
NO	9(8,9%)	20(19,8%)		

De acuerdo a la distribución de estas variables demostraron que los hábitos empleados por la comunidad indígena son mambear coca y chupar ambil que se encuentra en el ítem otros, 40,6% en zona rural, 30,7% en zona urbana, haciendo referencia a Chi² y P se presenta una diferencia en que la zona rural demuestra más hábitos atribuidos a su comunidad y antepasados que la zona urbana.

Tabla 15. Distribución de edad en que empezaron hábitos.

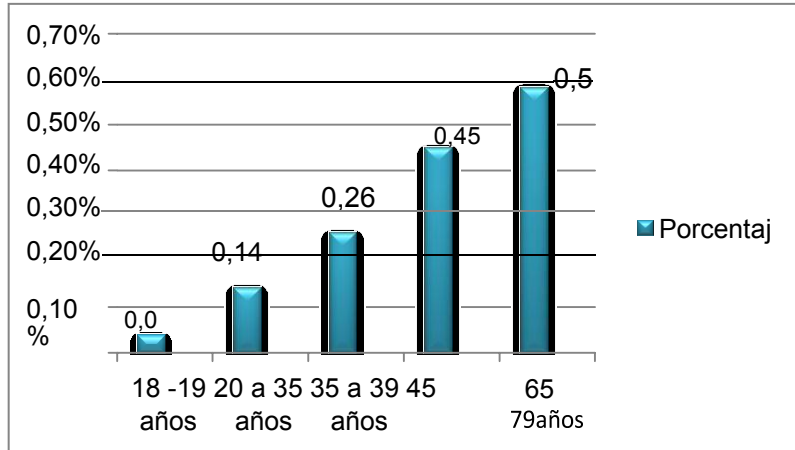
¿Edad que empezaron los Hábitos?	Rural (n-50)	Urbano (n-51)	Chi²	P
Niñez	17(16,8%)	12(11,9%)		
Adolescencia	17(16,8)	8(7,9%)		
Juventud	4(4,0%)	5(5,0%)	10,5545	0,032
Adulthood	5(5,0%)	6(5,9%)		
Vejez	0(0,0%)	0(0,0%)		
N/A	7(6,9%)	20(19,8%)		

De acuerdo a la distribución de variables, encontraron que la edad que empezaron los hábitos de la comunidad indígena en la niñez 16,8% en zona rural, 11,9% zona urbana y en la adolescencia en 16,8% en zona rural, 7,9% en zona urbana, en la diferencia de Chi² y P, marco que los hábitos son más empleados en la zona rural que en la urbana.

Figura 10. Ficha técnica de gestión integral de salud

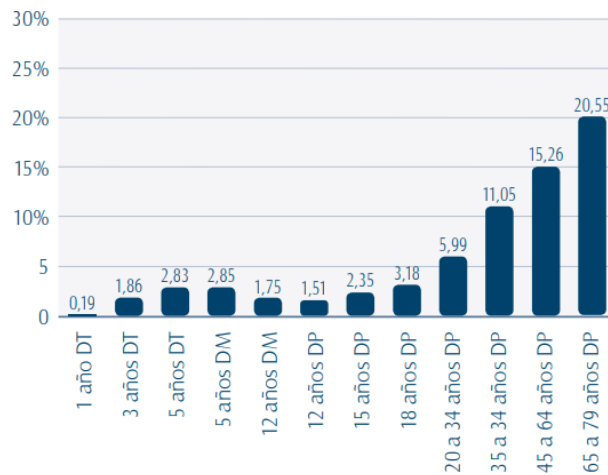
Características		Gestión integral de salud
Nombre del indicador	Índice COP rango de edad 18, 20-34, 45-64,65-79. INDICE EPIDEMIOLOGICO-INDICADOR DE IMPACTO RESULTADO EN SALUD	
Objetivo	Determinar el estado de salud oral de la población indígena de solano Caquetá ,Colombia en edades entre 18 y 85 años cumplidos, tomada intencionalmente como referente para determinar el estado de salud oral de la población ,con el fin de determinar acciones específicas dirigidas a la mejora de la salud Oral	
Formula operacional	Total de dientes cariados +obturados +perdidos en pacientes Con edades entre 18 y 85 años/total de la población evaluada de esta edad.	
numerador	Total de dientes cariados +obturados +perdidos	
Fuente numerador	Índice COP detallado reportado por el prestador-caracterización del COP	
Denominador	Total de la población de edades entre 18 y 85 años evaluada	
Fuente denominador	Índice COP detallado reportado por el prestador – caracterización del COP	
periodicidad	Trimestral	
Unidad de medición		
factor	Absoluto-2	
competencia	Dirección de gestión de riesgo colectivo	
responsable	Análisis	Coordinación nacional de salud oral
	Medición	Coordinación nacional de salud oral
META		2
Por ser un índice no tiene rangos de medición por tanto este valor absoluto de definido en la meta inferior a 2		

Grafica 1. Índice COP de la comunidad indígena adulta de solano Caquetá, Colombia Dividida por rango de edad



Es importante resaltar cómo el índice COP se presenta en los jóvenes de 18 y 19 años con un porcentaje de 0,04% y continúa de forma progresiva con la edad hasta llegar a 0,58% en el grupo de 65 a 79 años de acuerdo como se precisa la Grafica 1.

Grafica 2. Índice COP según edad en dentición temporal, mixta y permanente. Colombia fuente ENSAB IV del año 2013-2014



Índice COP según edad en dentición temporal, mixta y permanente. Colombia, 2013 – 2014

Fuente: ENSAB IV - MSPS, estimaciones UT SEI - PUJ Cendex, 2013-2014

Se toma en cuenta rango de edad de 18 en adelante

DISCUSIONES

Un estudio realizado en Venezuela encontraron en los resultados que realizan su higiene bucal con cepillado dental, la limpieza bucal con agua y dedos y caña de azúcar, para el dolor dental, aplican el tabaco y las prácticas religiosas (Nelly Molina-Frechero, 2015) según nuestro estudio sobre COMUNIDAD INDIGENA ADULTA DEL MUNICIPIO DE SOLANO CAQUETA, para aseo de su cavidad dental usan plantas medicinales, pero en alivio del dolor tienen el mismo método del tabaco, practican rezos y conjuros.

La comunidad indígena Zenú, al igual que otros pueblos originarios de Colombia, actualmente preservan ritos, mitos, ceremonias mágico-religiosas y la utilización de plantas medicinales, que forman parte de una concepción de la salud (Ochoa-Acosta EM, Tradiciones culturales y prácticas de cuidado bucal en los indígenas zenúes, en Sucre, Colombia, 2015)

En el estudio realizado a la comunidad indígena adulta de solano Caquetá Colombia ; conociendo sus hábitos y creencias se halló durante la encuesta que otra de sus opciones es la utilización de agua tibia con sal y leche del tallo de papaya, teniendo coincidencia con los resultados presentados; en el estudio realizado comunidad Misak (Guambiano) y a personas con discapacidad del Resguardo Indígena de Guambia, ubicado en el municipio de Silvia, departamento del Cauca- Colombia se observó que parte de las plantas medicinales el conocimiento de otras alternativas en prácticas de salud bucal como; el carbón de roble, carbón de encenillo, clara de huevo “de gallina de campo recién puesto” agua sal tibia, orines de niños, aguardiente y café amargo (González Yalanda S, 2016).

En esta comunidad indígena de solano Caquetá se presenta similitud en la ascendencia del COP a medida que avanzan las edades. La investigación fue realizada en una población

adulta sobre 25 años, representantes de la cultura Mapuche-Huilliche de una área rural, semi aislada y con acceso limitado a atención odontológica. Los resultados de este estudio muestran que a medida que aumenta la edad de los individuos, el índice COPD es mayor, siendo los dientes perdidos por caries dental la principal causa de estos altos índices, como lo muestra Fure y cols (Angel P, 2010).

CONCLUSIONES

De lo anterior se concluye que la comunidad rural conserva en mayor porcentaje sus hábitos y creencias en salud oral, el uso de plantas anteriormente mencionadas hace parte de sus creencias debido a que con ellas cuidan sus dientes, realizan el aseo de su boca y curan los dolores dentales es lo referido por ellos en las encuestas realizadas.

Otra creencia relevante e importante para ellos es su fe sobre el medico tradicional, asisten a este lugar para que solucionen sus dolores dentales cuando no pueden ser resueltos en casa con las plantas, refieren que el medico tradicional les realiza rezos o conjuros con el tabaco y salen sin dolor alguno de ese lugar. Otra solución que les brinda esta persona es la de extraer la pieza dental

Se presenta con mayor porcentaje la ortiga, alacrán, botoncillo, ají rojo, leche de tallo de papayo y pronto alivio como las plantas más efectivas para curar el dolor. Se realiza una revisión bibliográfica de estas plantas encontrando que estas presentan acciones analgésicas, bacterianos, anti fúngicas, antimicrobianas y anestésicas razón por la cual ayuda a eliminar el dolor aplicando algún efecto sobre la pulpa dental.

Se concluye que los hábitos de estas comunidades siendo más usados por los de zona rural son “el mambe” y “chupar ambil”.

En relación a las causas de la caries dental, existe una alta frecuencia de atribución a la falta de cepillado dental, debido a que lo realizan 2 veces al día, la mayoría de ellos no lo hacen antes de dormir si no antes del desayuno y después del almuerzo.

En comparación con ambas zonas nos permite concluir que la zona urbana está más integrada en el mundo actual utilizando los medios de salud brindado por el gobierno, aunque hay parte de ellos que todavía asisten a las reuniones realizadas en la maloca y practican los hábitos anteriormente mencionados.

Según el objetivo planteado y la información obtenida mediante el índice C.O.P, se concluye que el porcentaje va aumentando de forma progresiva con la edad llegando a un 0,58% en el grupo de edad más avanzada de 65 a 79 años de la comunidad de solano; Siendo comparada con el índice COP por rango de edades en el ENSAB IV se observa de igual forma el incremento en el grupo de 65 a 79 años con un 20,55%. En la zona Oriental donde se ubicada la región amazónica y dentro de esta el departamento del Caquetá se hallan los mayores índices para todas las denticiones; sientos para la permanente de 9.47% según la información del ENSAB IV.

En la media nacional según el ENSAB IV para Colombia en la dentición permanente presenta un 75% a los 18 años de edad, siendo más alta en los adultos mayores del 96,26% en experiencia de caries. En la comunidad indígena adulta de solano Caquetá Colombia en general el porcentaje es de 39,44% para rurales y 38,17% para la zona urbana, el cual se encuentra por debajo de la media nacional.

No se puede tener una comparación exacta de los datos debido a que la población que se está tomando en cuenta según el ENSAB IV, es generalizada, con un número de habitantes mayor a la comunidad indígena adulta del municipio de Solano Caquetá Colombia debido a que no se encontraron datos exactos del departamento del Caquetá.

Se concluye que el índice C.O.P, incrementa de manera progresiva en la edad, causado por la pérdida dental, por falta de conocimiento que existen procedimientos para rehabilitar las piezas dentales extraídas a causa de Caries, seguido de dolor.

Finalmente se concluye que esta comunidad no toma en cuenta la educación ni enseñanzas aplicadas sobre el cuidado de salud oral debido a que se evidenció un porcentaje alto del índice COP. Estas comunidades están muy adaptadas a su cultura; ya que no se dan la oportunidad de conocer un nuevo método para tener una mejor salud oral y así poder conservar sus piezas dentales y transmitir esta buena conducta a las futuras generaciones como lo han hecho con sus hábitos y creencias de origen indígena.

RECOMENDACIONES

Se sugiere profundizar estrategias de promoción y prevención en salud oral en esta comunidad, con el propósito de hacerles conocer y concientizar sobre la importancia de su cavidad bucal. Que incluye el correcto uso de los elementos de higiene; como el cepillo, crema dental, enjuague bucal, seda dental, teniendo en cuenta la frecuencia de cepillado mínimo (3 momentos al día) y también una alimentación sana. Darles una proyección, una visión que, aunque son comunidades aisladas es importante que participen y asistan a todos estos servicios brindados por el gobierno para que puedan tener una excelente condición vida.

La comunicación entre el personal profesional de salud oral y paciente en un ambiente diferente al consultorio, es una estrategia bastante importante debido a que permite una mejor interacción con estas comunidades, es decir dictar charlas de educación en su entorno realizando visitas directamente en sus malocas o lugares donde ellos se reúnen para sus acciones actividades culturales brindando una educación y motivación a nivel individual y grupal.

Formar equipos de personal profesional en el campo de la odontología y ofrecer servicios de atención a través de salidas de campo; debido a que algunas EPS cuentan con recursos como unidades móviles lo que permitiría llegar a las zonas rurales en donde se encuentran estas poblaciones, de igual manera hacer campañas dirigidas a la comunidad urbana.

Otra manera de hacer que ellos se motiven a implementar estas prácticas de higiene es hacer facilitarles kits de higiene oral con su respectiva enseñanza. Para disminuir el índice COP se recomienda Incentivar a la comunidad indígena adulta de solano Caquetá Colombia, para que se movilice y participe activamente en los programas de prevención y promoción en salud oral, que asistan al centro de salud en el área de odontología para que les realicen controles periódicos de su cavidad oral y los puedan orientar, educar, motivar y mitigar los problemas a nivel dental y bucal en general. De igual forma reforzar estas campañas para que ellos apliquen los programas que les brindan las brigadas cuando son visitados por los profesionales de odontología.

BIBLIOGRAFÍA

(2018). *SINIC Sistema nacional de información cultural población Caquetá*. GOBIERNO DE CULTURA MINICULTURA.

(2018). *SINIC SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION DE CULTURA*. GOBIERNO DE CULTURA MINICULTURA.

(2019). *Propiedades y usos de la hoja de la coca*. ABOUT ESPAÑOL.

Aballay, K. M. (2009). CREENCIAS, CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN SALUD ORAL DE LA POBLACIÓN INDÍGENA MAPUCHE-WILLICHE DE ISLA. *TRABAJO DE INVESTIGACION*, 7,8.

Aballay, K. M. (2009). CREENCIAS, CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN SALUD ORAL DE LA POBLACIÓN INDÍGENA MAPUCHE-WILLICHE DE ISLA HUAPI, REGIÓN DE LOS RÍOS.

ABC, D. (2019). *Ancestro*.

Albarrán-Paredes, Y., Berbesí-Jerez, Y., Hernández-Rondón, I., Marín-Altuve, E., Rodríguez-González, M., Uzcátegui-Montes, M., y otros. (2017). Salud bucal en indígenas latinoamericanos. Una revisión sistemática.

Alvis A, M. W. (2010). Obtención de Extractos Hidro-Alcohólicos de Limoncillo (*Cymbopogon citratus*) como Antioxidante. 4.

Andrea Muñoz M., L. C. (2012). INDICE COP e INDICE ceo. *Universidad de Chile*.

- Angel P, F. M. (2010). Prevalencia de Caries, Pérdida de Dientes y Necesidad de Tratamiento en Población Adulta Mapuche-Huilliche de Isla Huapi. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral*, 71.
- Ángel Rossío Millán, O. A. (2016). Saberes culturales sobre prevención y tratamiento de enfermedades bucales en la comunidad Warao del Delta del Orinoco.
- Arias, L. (6 de Septiembre de 2018). Tabaco frio, coca dulce. *AGRONEGOCIOS E INDUSTRIAS DE ALIMENTOS*, págs. 1-2.
- Berdonces, D. (s.f.). *Gran Enciclopedia de las Plantas Medicinales"*. tikal.
- Caballero-García CR, E.-V. P.-G.-B.-P.-C. (2017). Salud bucodental y utilización de servicios. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 58.
- Caquetá, G. d. (s.f.). *Historia del Municipio de Solano Caquetá*.
- Cardona-Arias, a. A. (2012). Sistema médico tradicional de. *Rev. Salud pública*.
- Cardona-Arias, J. A. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Revista de salud pública*.
- Cardona-Arias, J. A. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *CSIELO*.
- Carvajal, P. (2016). Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 177-183.

Cava-Vergíu C, R.-M. J.-B.-S. (2015). Relación entre índice IHOS e índice CPOD en pacientes atendidos en la Clínica Especializada de la Universidad de San Martín de Porres. *KIRU*, 36.

Chris Van Dam, A. I. (2019). *Autoridades Tradicionales y Modernas*. Territorio Indígena y Gobernanza.

Clara Amparo Hurtado Sánchez¹, D. C. (2013). Evaluación de la respuesta glucémica post-ingesta de la hoja de coca (*Erythroxylum coca*) en personas sin antecedente patológico metabólico. *REVISTA CIENTIFICA CIENCIA MEDICA*.

Contreras, A. M. (2015). Bruxismo: su comportamiento en un área de salud. *Revista de ciencias médicas*.

Corpoamazonia. (s.f.). *Solano Caquetá*.

Cristina R Caballero-García, P. A.-V.-G.-B.-P.-C.-A. (2017). Salud bucodental y utilización de servicios. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.*, 58.

Cultura, m. d. (s.f.). Proyecto Maloca: Cultura Viva, Memoria Presente. Tomada de Plan de vida kúbeo.

Edad, A. e. (2001). María Isabel López; María Teresa Uribe; Gabriel Emilio Espinal. 53-58.

Edson Jair Ospina Lozano, C. b. (2008). Autoatención en salud oral en el pueblo Yanacona de los andes del sur de Colombia.

Emilce Mayela González Soto, E. O. (2014). Bruxismo y desgaste dental. 92-98.

Emilce Mayela González Soto, E. O. (2015). Bruxismo y desgaste dental. 92-98.

- Emilia María Ochoa-Acosta, K. P.-G.-S.-E.-C. (2014). Tradiciones culturales y prácticas de cuidado bucal en los indígenas zenúes, en Sucre, Colombia.
- Escalante, J. L. (2018). Ají: propiedades, beneficios y valor nutricional. *La Vanguardia*.
- ESCALONA, T. P., ORTIZ, H. R., PALOMINO, Y. P., TAMAYO, M. I., & RODRÍGUEZ, M. I. (2015). Relación entre factores de riesgos y caries dental. *Multimed*.
- Escamilla Pérez Blanca Edith, M. P. (2015). *plantas medicinales de la matamba y el piñonal*. Xalapa, Veracruz, México.
- Española, R. A. (2017).
- ESPAÑOLA, R. A. (2019).
- Gardey, J. P. (2010). *Tradición*.
- Gardey, J. P. (2010). *TRADICION*.
- Gobernación del Caquetá. (s.f.). *Historia del Municipio de Solano Caquetá*.
- González Yalanda S, M. (2016). Saberes en salud bucal de la población con discapacidad en la comunidad indígena Misak (Guambiano). *Tesis*.
- Holístico, p. (s.f.). Plantas medicinales: el Ají y sus propiedades curativas.
- Ibáñez, Y. P., Rivas, M. H., & Escalante, A. d. (2012). Caracterización de la condición periodontal, hábitos y costumbres en salud oral en indígenas de comunidades amazónicas de Colombia: Tarapacá, Amazonas.

- J, H. G. (2007). *Amapola papaverRoheas l.* plantas medicinales de la rivera navarra y mocayo aragonés.
- Juan Rojas Armas¹, a. J. (2015). *Aceite esencial de Thymus vulgaris L (tomillo), su.* lima peru: An Fac med.
- Kuawahara Aballay- kiyoski Manuel. (2009). *Creencias, conocimientos y prácticas en salud oral de la población indígena Mapuche-Williche de isla Huapi, región de los ríos.* Santiago de Chile.
- LAUNERT, C. M., URBINA, J. M., CHUAQUI, V. F., ABALLAY, K. K., & MUÑOZ, C. V. (2013). CREENCIAS, CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN SALUD ORAL DE LA POBLACIÓN MAPUCHE-WILLICHE DE ISLA HUAPI.
- Laury Vargas Rodríguez, Y. M. (2016). Modelo de atención odontológica intercultural para la población del territorio indígena de Quitirrisí, Costa Rica.
- López-Malo, A. E.-G. (2013). extractos y aceite esencial del clavo de olor (*syzygium aromaticum*) y su potencial aplicación como agentes antimicrobianos en alimentos. *Departamento de ingeniería química, alimentos y ambiental*, (pág. 36). México.
- Martínez Silva-Pablo A, M. C.-P.-E. (2015). Salud en los planes integrales de vida aproximación a cuatro organizaciones indígenas del departamento del Vaupés. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.*
- Martínez, G. J. (2010). Los remedios naturales en la prevención y cuidado de la salud oral de los tobos del Chaco Central.

- MARTÍNEZ, G. J. (2010). Los remedios naturales en la prevención y cuidado de la salud oral de los tobas del Chaco Central.
- Matesanz-Pérez, Matos-Cruz, & Bascones-Martínez. (2008). Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. *Scielo*.
- Michael A. Marciano, S. X. (2018). Desarrollo de un método para extraer ADN de adormidera (*Papaver somniferum L.*) de heroína. *Scientific reports*, 1.
- Millán-Angel Rossio, M.-O. A.-M.-J. (2016). Saberes culturales sobre prevención y tratamiento de enfermedades bucales en la comunidad Warao del Delta del Orinoco.
- Misrachi C, M. J. (2014). CREENCIAS, CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN SALUD ORAL DE LA POBLACIÓN MAPUCHE-WILLICHE DE ISLA HUAPI. *e. Rev Fac Odontol Univ Antioq*.
- Molina-Frechero N, G. E.-M. (2015). Fluoride Exposure Effects and Dental Fluorosis in Children in Mexico City. *Pub med.gov*.
- Moya, C. J. (2004). CREENCIA, SIGNIFICADO Y ESCEPTICISMO. *Ideas y Valores*.
- Moya, C. J. (2004). CREENCIA, SIGNIFICADO Y ESCEPTICISMO.
- Muñoz Millar- Paula Alejandra, B. O.-M. (2016). PERCEPCIÓN DE LA COMUNIDAD INDIGENA DE BUTALELBUN SOBRE IMPORTANCIA DE LA HIGIENE ORAL Y ROL DEL ODONTOLOGO EN ADULTOS MAYORES DE 30 AÑOS DE EDAD.
- Nelly Molina-Frechero, E. G.-M. (2015). Fluoride Exposure Effects and Dental Fluorosis in Children in Mexico City.

- Nubia Astrid Duarte Pinzón, R. A. (2016). “*Análisis de Resultados de las Políticas Públicas en Salud Oral en Bogotá en el periodo comprendido entre 1999- 2014.*”.
- Ochoa Acosta- Emilia María, P. G.-K.-A.-L.-E. (2014). Tradiciones culturales y prácticas de cuidado bucal en los indígenas zenúes, en Sucre, Colombia. *Revista Nacional de Odontología*.
- Ochoa-Acosta EM, P.-G. K.-S.-E.-C. (2015). Tradiciones culturales y prácticas de cuidado bucal en los indígenas zenúes, en Sucre, Colombia. *Revista Nacional de Odontología*, 49.
- Ochoa-Acosta EM, P.-G. K.-S.-E.-C. (2015). Tradiciones culturales y prácticas de cuidado bucal en los indígenas zenúes, en Sucre, Colombia. *Rev Nac Odonto*, 51.
- Ochoa-Acosta EM, P.-G. K.-S.-E.-C. (2015). Tradiciones culturales y prácticas de cuidado bucal en los indígenas zenúes, en Sucre, Colombia. *Rev Nac Odontol.*, 52.
- Ochoa-Acosta, E. M., Patiño-Gutiérrez, K., Pérez-Suescún, C. A., Lambraño-Escobar, L. F., & Sierra-Caro, E. (2014). Tradiciones culturales y prácticas de cuidado bucal en los indígenas zenues, en Sucre, Colombia.
- Ofelia Sam, M. d. (2002). CARACTERIZACIÓN ANATÓMICA DE LAS HOJAS DE LA ALBAHACA BLANCA (*Ocimum basilicum* L.). *CULTIVOS TROPICALES*.
- Ojeda Léonard, E. R. (2014). Relación entre onicofagia y manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en dentición mixta primera y/o segunda fase: Una revisión narrativa. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*.
- Ospina Lozano-Edson Jair, b. o.-C. (2011). Autoatención en salud oral en el pueblo Yanacona de los andes del sur de colombia. *Acta odontológica colombiana*.

Pablo A. Martínez Silva, P. J. (2015). Salud en los planes integrales de vida aproximación a cuatro organizaciones indígenas del departamento del Vaupés.

PAULA ALEJANDRA MUÑOZ MILLAR, M. D. (2016). PERCEPCIÓN DE LA COMUNIDAD INDIGENA DE BUTALELBUN SOBRE IMPORTANCIA DE LA HIGIENE ORAL Y ROL DEL ODONTOLOGO EN ADULTOS MAYORES DE 30 AÑOS DE EDAD.

Pérez Porto- Julián, G. A. (2010). *TRADICION*. (<https://definicion.de/tradicion/>).

PhD. Paco Fernando Noriega Rivera, I. P. (2014). Composición química del aceite esencial de hojas de *Siparuna schimppffii* Diels (limoncillo). *Revista cubana de plantas medicinales*.

Porcuna J, L. (2010). *LA ORTIGA*.

Porcuna J, L. (2010). *LA ORTIGA*.

R, L. P. (2006). Caries dental en el niño. Una enfermedad contagiosa. *Revista Chilena de pediatría*.

Ramírez Concepción-Heidi Rubí, L. N.-V.-S. (2016). Efectos Terapéuticos del Ajo. *salud y administración* , 44.

Ramírez-Concepcióna, H. R. (2016). Efectos Terapéuticos del Ajo. *Salud y Administración*, 39-40-42.

Rengifo Reina HA, M. O. (2019). Creencias, conocimientos y prácticas de madres respecto a la salud bucal en. 5.

- Rojas Armas, J. O. (2015). *Aceite esencial de Thymus vulgaris L (tomillo), su combinación con EDTA contra Cándida albicans y formulación de una crema*. Lima Perú: An Fac med.
- Ruiz, O. (2007). El derecho a la identidad cultural de los pueblos indígenas y las minorías nacionales: Una mirada desde el sistema interamericano. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*.
- RUIZ, O. (2007). El derecho a la identidad cultural de los pueblos indígenas y las minorías nacionales: Una mirada desde el sistema interamericano. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*.
- Sanchez Botero Esther. (2003). LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN COLOMBIA: Derechos, Políticas y Desafíos. En S. B. Esther, *LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN COLOMBIA: Derechos, Políticas y Desafíos*. Bogotá D.C.
- SOCIAL, M. D. (2016). *ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL ENSAB IV*.
- UNICEF. (2003). LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN COLOMBIA: Derechos, Políticas y Desafíos.
- Van Dan Chris, S. A. (2019). *Autoridades Tradicionales y Modernas*. Territorio Indígena y Gobernanza.
- Vargas Rodríguez- Laury, M. L.-Y. (2016). Modelo de atención odontológica intercultural para la población del territorio indígena de Quitirrisí, Costa Rica.
- Yagüe, B. (2014). Hacer “comestible” la ciudad. *Rca*, 142.

ANEXOS

ANEXO 1. FOTOGRAFIAS



Rio orteguaza – Caquetá - Colombia



Milán Caquetá Colombia – Trayectoria hacia Solano Caquetá



Puerto principal del municipio de Solano- Caqueta- Colombia



Parque principal de Solano Caquetá – Colombia.



Comunidad indígena Municipio Solano Caquetá Colombia.



Maloca comunidad Solano Caquetá Colombia.



Casa indígena – comunidad indígena Solano Caquetá



Aplicación de encuesta a comunidad indígena –Maloca



Unidad portátil odontológica – Maloca comunidad indígena.



Revisión Intraoral – Dra. ANGELA CORTINEZ – Maloca Imuina



Revisión Intraoral – Dra. YAMILED ANTE RAMOS – Maloca Imuina



Mambe en boca

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

**PROYECTO DE GRADO
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha: _____

**HABITOS Y CREENCIAS EN HIGIENE ORAL DE LA COMUNIDAD INDIGENA
ADULTA EN EL AREA RURAL Y URBANA DEL MUNICIPIO DE SOLANO
CAQUETA-COLOMBIA. 2019.**

INVESTIGADORES: YAMILED ANTE RAMOS

ANGELA VANESSA CORTINEZ GUTIERREZ

PARTICIPANTE: _____

Estudiantes de la facultad de odontología de la universidad Antonio Nariño sede Neiva, siendo motivados por la gran diversidad étnica de los pueblos indígenas colombianos, tienen como objetivo conocer hábitos, creencias y conocimientos en salud oral de la población indígena adulta del municipio de Solano Caquetá

Se realizara una encuesta donde se espera obtener información sobre la manera como cuidan y sanan su cavidad oral, luego se hará una revisión intraoral con el sistema C.O.P, para explorar si los métodos mencionados en dicha encuesta son efectivos para la salud bucal gracias a sus prácticas curativas y de prevención, en este estudio se hará la toma de fotografía y videos que serán utilizados como evidencia fotográfica.

Yo, _____ C.C _____ de _____

En uso de mis facultades, acepto la participación y publicación de la evidencia tomada en este estudio universitario con fines académicos, que se desarrolló en el municipio de solano, Caquetá.

Firma
C.C

ANEXO 3. ENCUESTA APLICADA

Nombre: _____ Edad: _____
 Número de identificación: _____ Sexo: _____
 Raza: _____ Número de Celular: _____

1. ¿Qué elementos usa para el aseo de su boca?
 - Cepillo dental
 - Crema dental
 - Palillos
 - Enjuague bucal
 - Seda dental
 - Otros: _____
 - No emplea

2. ¿frecuencia de cepillado?
 - 1 vez al día
 - 2 veces al día
 - 3 veces al día
 - Más de 3 veces al día
 - No uso cepillo

3. ¿Ha presentado perdida dental?
 - Si
 - No

4. Cuando presentan dolor en la boca, ¿con quién acude para aliviar el dolor?
 - Odontólogo
 - Medico Tradicional
 - Cacique
 - Otro _____

5. ¿Si la respuesta anterior fue medico tradicional el tratamiento recibido, soluciono su problema bucal?
 - Si
 - No

6. ¿ Su tratamiento realizado por el medico tradicional siempre solucionan o restablecen su salud en cavidad bucal
 - Si
 - No

7. ¿Cuándo no se soluciona el proceso de infección o dolor en boca ustedes a quien realizan su consulta?
- Servicio odontológico
 - Siguen con los tratamientos tradicionales
 - Nunca he tenido dolor, ni infecciones
 - Otros
8. ¿Qué tipo de tratamiento recibió?
- Sacar muela (Exodoncia)
 - Realización de calza (Obturación)
 - Limpieza (Profilaxis)
 - Otros _____
9. ¿Según sus costumbres, que emplea para el cuidado de sus dientes?
- Plantas
 - Madera
 - Cenizas
 - ¿Otros? _____
10. ¿Si la respuesta anterior es plantas qué tipo usa para el cuidado de sus dientes?
- Tomillo
 - Limón
 - Perejil
 - manzana
 - otros _____
11. ¿Qué plantas medicinales ha utilizado para aliviar el dolor en boca?
- .Caléndula
 - romero
 - Ajo
 - clavo
 - Coca
 - Adormidera
 - tabaco
 - Otros _____
12. ¿Qué tipo de alimentos consumen?
- Frutas
 - Verduras
 - Carbohidratos (Harinas)
 - Lácteos

- Proteínas
 - Otros _____
-

13. ¿Qué tipo de proteínas consume?

- Cerdo
- Pollo
- Res
- Huevos
- Pescado
- Granos (lenteja-frijol-arveja)

14. ¿Qué hábitos tiene?

- Mambear tabaco
 - Mambear yerbabuena
 - Fumar
 - Otros:
-

15. ¿A qué edad empezaron los hábitos anteriores?

- Niñez
- Adolescencia
- Juventud
- Adulthood
- Vejez