



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
“JOSÉ RAFAEL TONA ROMERO”

**LA SALUD BUCAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL
PUEBLO GUAHIBO DEL MUNICIPIO AUTANA,
ESTADO AMAZONAS**

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

www.bdigital.ula.ve

Autores: Calderón Seguias, Zamira Andrea

Montilla García, Glevi Yakary

Tutor: Oscar Morales

Cotutor: Fernando Rincón

Mérida – Venezuela, julio 2019

AGRADECIMIENTOS

A Oscar Morales nuestro tutor y amigo, por transmitirnos el amor y compromiso que siente por los pueblos indígenas, por tu dedicación y paciencia, sin ti esto no hubiese sido posible.

A todas las comunidades criollas e indígenas de Isla del Carmen de Ratón, Caño Uña, Caño Grulla, Sabana y Sabanita del estado Amazonas con las que tuvimos el honor de compartir, por su receptividad y su cariño, gracias.

Al vicerrectorado administrativo de la Universidad de los Andes, en especial al Profesor Manuel Aranguren, por haber financiado gran parte de este proyecto.

Al proyecto código O-312-15-07-A, titulado “Saberes populares sobre salud bucal en las comunidades originarias que habitan el municipio Autana, Estado Amazonas (Kurripako, Arawuaco, Guahibo (Jivi), Wótjüja (piaroa), Yekuana)”. CDCHTA de la Universidad de Los Andes, Mérida Venezuela del cual este trabajo muestra resultados preliminares.

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	ii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iii
RESUMEN	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Definición y contextualización del problema	3
1.2 Objetivos de la investigación	8
1.2.1 Objetivo general.....	8
1.2.2 Objetivos específicos	9
1.3 Justificación.....	9
CAPÍTULO II	11
MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 Antecedentes	11
2.2 Bases conceptuales.....	18
2.2.1 Étnia Guajibo	18
2.2.2 Proceso salud-enfermedad	23
2.2.3 Enfoques de salud	25
2.2.4 Salud bucal.....	28
2.2.5 Percepción.....	29
CAPÍTULO III.....	34
MARCO METODOLÓGICO	34
3.1 Enfoque, alcance y diseño de la investigación.....	34
3.2 Grupo de estudio	35
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	35
3.3.1 La entrevista no estructurada	36
3.3.2 La observación participante	36

3.3.3	Notas extensivas de campo	37
3.4	Recursos y procedimientos	37
3.5	Análisis de resultados.....	38
CAPÍTULO IV.....		39
RESULTADOS.....		39
4.1	Descripción del grupo de estudio.....	39
4.2	Prevención y tratamientos de enfermedades bucales	39
4.2.1	Fusión de tratamientos en las prácticas de higiene oral.....	40
4.2.2	La armonización intercultural en el tratamiento odontológico.....	42
4.3	Diagnóstico de enfermedades	44
4.4	Necesidad de atención.....	45
CAPÍTULO V		48
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		48
5.1	Conclusiones	48
5.2	Limitaciones.....	48
5.3	Recomendaciones.....	49
REFERENCIAS.....		50



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
“JOSÉ RAFAEL TONA ROMERO”

LA SALUD BUCAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL PUEBLO GUAHIBO DEL MUNICIPIO AUTANA ESTADO AMAZONAS

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

Autores: Calderón Seguias, Zamira Andrea
Montilla García, Glevi Yakary
Tutor: Oscar Morales
Cotutor: Fernando Rincón
Mérida – Venezuela, Julio 2018

RESUMEN

El proceso salud-enfermedad-atención un hecho universal, que se desarrolla de forma particular en cada sociedad y cultura. Investigaciones sugieren que las entidades de salud pública deben enfocar más estudios y acciones preventivas tendientes a continuar las mejoras en la salud bucal de las etnias tratando de respetar sus costumbres y recibir una retroalimentación entre culturas. El pueblo Guahibo es originario de los llanos venezolanos y colombianos, es una población heterogénea que se encuentra diseminada tanto en el territorio nacional como en el este de Colombia. Hasta ahora, no se encontraron estudios referidos a la salud bucal desde la perspectiva de los pueblos indígenas. Concretamente, no se encontraron estudios del pueblo Guahibo; por lo tanto, se realizó esta investigación con el objetivo de describir la salud bucal desde la perspectiva de los miembros de la comunidad Guahibo del municipio Autana, estado Amazonas. Se realizó un estudio con enfoque cualitativo, de tipo descriptivo, diseño fenomenológico, utilizando como técnicas de recolección de datos la entrevista no estructurada, observación participante, no participante y notas extensivas de campo, en un grupo de estudio conformado por 30 indígenas Guahibo. Para el análisis de los datos, se empleó el método de triangulación de datos. Al analizar e interpretar los datos se dió a conocer que el pueblo Guahibo en la prevención y tratamientos de enfermedades bucales fusionan las prácticas occidentales con las prácticas ancestrales propias de su etnia utilizando para ello ritos religiosos, plantas y productos minerales.

Palabras Clave: Salud bucal, población indígena, percepción, Guahibo, Amazonas.

INTRODUCCIÓN

Los pueblos indígenas de Venezuela constituyen la población originaria del país; representan un importante sector de la sociedad venezolana actual. Cada uno tiene su propia historia, idioma, cultura y cosmovisión. Aunque con dificultades y muchas veces sufrimientos, han sabido mantenerse en sus territorios como sociedades y culturas diferenciadas frente al avasallamiento histórico que han sufrido, defendiendo su derecho a una vida digna y en libertad.

En Venezuela se reconoce la existencia de más de 40 pueblos indígenas. De los 30 millones de habitantes, el 2,8% se identifica como indígena. Según el censo del 2011, los datos estadísticos indican que 725.148 personas se declararon como indígenas en todo el territorio nacional. En los estados Amazonas, Apure y Bolívar, el territorio donde habitan las comunidades indígenas ocupa una extensión de alrededor de 30.000 km², aproximadamente.

En relación a la etnia Guahibo (también conocida como Jivi o Guajibo), tiene una marcada presencia de lo espiritual en su vida cotidiana. La mayoría de las tradiciones están relacionadas con los preceptos religiosos que atribuyen a los espíritus el poder suficiente para causar problemas como enfermedades mortales. La espiritualidad y el sentido de libertad en comunidad son dos aspectos definitorios de este pueblo.

La revisión de la literatura muestra que se han realizado algunos estudios sobre los pueblos indígenas en Venezuela desde distintas perspectivas; no obstante, con base en los resultados de la revisión de la literatura, se puede afirmar que no se han encontrado estudios acerca de la salud bucal del pueblo Guahibo en general, ni de su percepción sobre la salud bucal, en particular; por lo tanto, la presente investigación estudió la salud bucal desde la perspectiva de una comunidad Guahibo del municipio Autana, estado Amazonas.

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo, empleando técnicas etnográficas de recolección de datos tales como: entrevistas no estructuradas, entrevistas semi-estructuradas, entrevistas informales ocasionales no estructuradas, observación participante y no participante y notas extensivas de campo.

Este trabajo está dividido en cinco capítulos: el **capítulo I** describe el planteamiento del problema, donde también se exponen los objetivos y la justificación de la investigación; el **capítulo II** presenta el marco teórico, en el que se puntualizan los antecedentes y se definen las bases teóricas; en el **capítulo III**, se expone el marco metodológico, en el cual se describe el tipo de investigación, las técnicas de recolección de información, el procedimiento y el análisis de los datos; el **capítulo IV** presenta los resultados, su análisis e interpretación y; en el **capítulo V** las conclusiones y recomendaciones derivadas de los resultados.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este capítulo contiene la definición del problema, el objetivo general, los objetivos específicos y, por último, las razones que justifican la realización de esta investigación.

1.1 Definición y contextualización del problema

El concepto de pueblo se refiere al conjunto de rasgos que caracterizan a un grupo humano en cuanto a su territorio, historia, cultura y etnia, construyendo así un sentido de identidad ¹⁻⁶. Los pueblos indígenas en América Latina son conocidos como los descendientes directos de los habitantes de esta región en el momento en el que los europeos arribaron a estas tierras a partir del siglo XV. Cada uno de estos pueblos tienen una lengua distinta y una cultura característica que los diferencia de la forma de vida de los occidentales ⁶.

Existen pueblos indígenas en más de 70 países del mundo. Con la expansión occidental en diferentes épocas, muchos han sufrido históricamente transformaciones en su sistemas socioculturales, económicos y políticos ⁷. Entre 45 y 50 millones de indígenas pertenecientes a más de 600 pueblos diferentes forman parte de la población de 24 países de las América; constituyen la base sobre la cual se edifica la pluralidad de las sociedades multiculturales, multiétnicas y multilingües de la región ⁸.

La última ronda de censos disponibles en la región da cuenta de la existencia de más de 36,6 millones de indígenas en América Latina, lo cual representa alrededor del 7% de la población total. México, Guatemala, Perú y Bolivia concentran las poblaciones más numerosas en términos absolutos y porcentuales, dado que ostentan más del 80% del total (30 millones). En el otro extremo, Argentina, Venezuela, Paraguay, Costa Rica, El Salvador y Brasil tienen el porcentaje más reducido de

población indígena. En cambio, El Salvador y Costa Rica tienen las poblaciones indígenas más reducidas en términos absolutos (13.310 y 10.143 personas, respectivamente) ⁹.

Así mismo, en Venezuela, según el censo del 2011, los datos estadísticos indican que 725.148 personas se declararon como indígenas a lo largo y ancho de todo el territorio nacional. Existen al menos 51 etnias indígenas, entre las más numerosas están: Wayúu, Warao, Kariña, Pemón, Guahibo (Jivi), Kumanagoto, Añú, Wótjüja (piaroa) ⁴.

En los estados Amazonas, Apure y Bolívar, el territorio indígena ocupa una extensión de alrededor de 30.000 km² aproximadamente, abarcando las cuencas de los ríos Sipapo, Autana, Cua, Guayapo, Samariapo, Cataniapo, Paria, Parguaza, Ventuari y Manapiare, además de los ejes carreteros que conectan a Puerto Ayacucho, capital del estado, con el puerto de Samariapo, al sur, la cuenca media del Cataniapo al este, y los estados Apure y Bolívar, al norte ⁴.

El pueblo Guahibo también es conocido como Guajibo, chiricoa, sikwani (sikwani), amorúa, guahibo playero, Jivi, hivi, jivi, jive, hiwi y kuiva. Para efectos de esta investigación, se empleará el término Guahibo para referirnos a esta comunidad, ya que es un término que ellos consideran más aceptable.

El pueblo Guahibo es originario de los llanos venezolanos y colombianos, actualmente es una población heterogénea que se encuentra diseminada tanto en el sureste del territorio nacional como en el este de Colombia ⁵. En el estado Amazonas de Venezuela se ubica particularmente en los municipios Atures, Autana, Atabapo y Manapiare; en el estado Apure, en los municipios Achaguas, Biruaca, Páez y Pedro Camejo; y en el estado Bolívar, en los municipios Cedeño, Gran Sabana, Raúl Leoni y Sucre. La mayor parte del grupo está establecido en las riberas de los ríos Vichada, Orinoco (desde la desembocadura del Guaviare a la del Meta), Tomo, Tuparro, Meseta, Bitá y Alto Capanaparo, además de ocupar algunos caños menores de estos ríos, debido a su fertilidad en contraste con la planicie abierta, cuyos suelos son muy pobres en nutrientes ².

La sociedad Guahibo es de tipo matrilocal, extendida, es decir que el hombre va a vivir en la casa de los suegros hasta que forma su propio núcleo familiar. El matrimonio preferencial es entre primos cruzados (el varón se casa preferiblemente con la hija del hermano de la madre), siendo prohibido entre primos paralelos (el varón no se puede casar con la hija de la hermana de la madre), y se realiza por concertación de los padres de los dos jóvenes, debiendo el varón presentar un servicio pre y post-matrimonial al suegro. En las comunidades con más contacto con el mundo criollo, sobre todo las familias que viven en Puerto Ayacucho, la tendencia es la adopción de las reglas matrimoniales occidentales ².

En las comunidades Guahibo no existe un sistema formal de estructura política; el elemento más explícito es la existencia de jefes comunitarios, entre cuyas funciones está mantener la unidad de la comunidad, organizar los trabajos comunitarios y ser el enlace con los criollos. Actualmente en cada comunidad Guahibo en Autana hay un capitán y un comisario; el primero lo designan los miembros de la comunidad y el último es nombrado por el Gobierno regional con sede en Puerto Ayacucho. El control comunitario se da generalmente de manera informal, siendo la familia el núcleo de referencia ².

Tradicionalmente, las curas a la mayoría de los males las procura el chamán, una de las figuras más importantes dentro de la organización Guahibo. Además de brindar atención en casos de enfermedad, los chamanes participan en la adivinación e interpretan los sueños. Incluso, hay quienes le solicitan su intercesión para controlar el clima ⁵.

En las poblaciones indígenas de Venezuela, la salud es uno de los problemas más agudos ^{4,10}. Su acceso a tratamientos convencionales se ha visto afectado por el estado de aislamiento en que viven. Algunos consideran que sus prácticas populares en el área de la salud han permitido la supervivencia de esta población a lo largo del tiempo ^{2,11}. Durante años, han tenido un limitado servicio de salud generando unas altas tasas de morbi-mortalidad de enfermedades cuyas prevalencias son mayores cuando se comparan con el resto de la población. Aunado al limitado servicio de salud, se encuentra el desconocimiento de su cultura y su lengua por parte del

personal de salud. Esto ha generado barreras de comunicación y de atención; por lo tanto, se requiere que el profesional de salud actúe equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales que tienen los indígenas sobre la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, partiendo de una comunicación fluida, proceso en el cual el conocimiento de la lengua indígena que le corresponde atender es clave ¹².

El pueblo Guahibo no escapa a esta realidad. Al verse inmerso en un sistema político, económico y social ajeno a su esencia cultural, al igual que la mayoría de los indígenas de América, se encuentran en gran desventaja, pues muchos de ellos desconocen el castellano y, además, el orden político y legal de la sociedad criolla. Además, son objeto de discriminación y aislamiento dentro del mismo sistema en el cual se ven inmersos de manera casi involuntaria ⁵.

El proceso de salud-enfermedad-atención es entendido como un hecho universal, que se desarrolla de forma particular y diferente en cada sociedad y en cada cultura. Todas las culturas desarrollan modelos de atención a partir de los cuales entender y enfrentar la enfermedad y de ser posible recuperar la salud ¹³. Los servicios de salud se ven limitados por el aislamiento en el que se encuentran las comunidades y en particular por la falta de atención e información médica y odontológica, desencadenando el desarrollo de algunas enfermedades bucales que pudiesen ser prevenibles ¹⁴.

Se han realizado algunos estudios sobre la salud en pueblos indígenas en Latinoamérica. En Perú se realizó una investigación referida a la salud nutricional de la población indígena ¹⁵. En Chile, un estudio sobre la interculturización y las competencias en prácticas de salud con población indígena arrojó como resultado de importancia la mejoría de sus centros asistenciales ¹⁶. En Brasil, se ha investigado sobre los factores asociados a la caries dental y la enfermedad periodontal en indígenas de ese país, obteniendo como resultado una asociación positiva entre la pérdida de dientes con la edad de los Guaraníes y una proporción más alta de sangrado gingival entre los adolescentes ¹⁷. De igual manera, otro estudio realizado en Brasil analiza el estado de la salud bucal en una comunidad de brasileños nativos,

concluyeron que estos presentan buenas condiciones de salud bucal ¹⁸. Un estudio realizado en Ecuador, revela que la prevalencia general de caries fue casi tan alta en indígenas como en los niños no indígenas, lo cual sugiere que ambas poblaciones están ingiriendo una dieta no tradicional ¹⁹.

En Venezuela, también se han reportado estudios sobre la salud de los pueblos indígenas. En un estudio sobre la cronología y secuencia de erupción de dientes permanentes en escolares Wayúu se identificaron "condiciones de beneficio" como bajo índice de extracciones prematuras, amamantamiento prolongado y consumo de alimentos sólidos a temprana edad, relacionados con sus prácticas culturales ²⁰.

También se estudió la disfunción temporomandibular, y se determinó la cronología y secuencia de erupción de dientes permanentes de miembros de comunidades Wayúu ²¹. Otra investigación en este pueblo indígena estableció que un 43,1% de los individuos estaban afectados por caries, sólo uno con fluorosis dental, una alta proporción de necesidades de tratamiento periodontal, presencia de alteraciones de la ATM y diferencias en la edad mediana del grado de emergencia clínica de caninos, primeros premolares y segundo molar inferior ²². Otro estudio describe la baja comunicación entre el odontólogo y los indígenas ²³.

De igual modo, existen en la literatura investigaciones relacionadas con el campo odontológico como estudios llevados a cabo en seis comunidades Pemón establecidas en el estado Bolívar ²⁴, así como con poblaciones indígenas Sanema y Ye'kuana sobre hiperplasia epitelial multifocal en el mismo estado ²⁵.

En el estado Mérida, se estudió el uso de plantas medicinales para la salud bucal en las comunidades indígenas de lagunillas, municipio Sucre ²⁶. Del mismo modo se estudiaron los saberes culturales sobre prevención y tratamiento de enfermedades bucales en la comunidad Warao del Delta del Orinoco, concluyendo que el Warao solo usa como método preventivo la higiene bucal, y los tratamientos solo se aplican a aquellas lesiones que producen molestias y sintomatología dolorosa ¹⁰,. También se estudiaron los saberes culturales sobre la prevención y tratamientos de enfermedades bucales en el pueblo Wótjüja del municipio Autana , Estado Amazonas concluyendo que los saberes de este pueblo están compuestos por una práctica sincrética que

contempla su sabiduría empírica mediante el uso de plantas medicinales, productos minerales, productos animales, ritos religiosos, junto con las prácticas odontológicas convencionales²⁷.

Desde el año 2006, se está desarrollando un programa itinerante universitario de atención integral a la población rural dispersa de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, el cual tiene como objetivo contribuir con el mejoramiento de la salud bucal de la población rural dispersa, en especial las comunidades indígenas. Consiste en un trabajo conjunto entre estudiantes, profesores y empleados y la comunidad beneficiada organizada, el cual articula la intervención educativa, preventiva, las actividades clínicas-curativas y de rehabilitación, y la investigación²⁸.

Los mecanismos de intervención en salud se ven influenciados por la percepción de los involucrados. El proceso perceptivo es el mecanismo sensorio-cognitivo de gran complejidad mediante el cual el ser humano siente, selecciona, organiza e interpreta los estímulos, con el fin de adaptarlos mejor a sus niveles de comprensión, les permite formarse subjetivamente un cuadro coherente y significativo del mundo físico real del cual forma parte, así, identifica, recupera, y responde a la información recibida a través de los sentidos²⁹.

En el proceso de salud-enfermedad en el ámbito odontológico, la percepción que tienen los involucrados sobre dicho proceso puede influir en el desarrollo del proceso y determinar, de alguna manera, su éxito. Sin embargo, la revisión de la literatura muestra que en Venezuela no se han realizado estudios acerca de la salud bucal del pueblo Guahibo en general, ni de su percepción sobre la salud bucal, en particular; por lo tanto, la presente investigación estudió la salud bucal desde la perspectiva de la comunidad Guahibo del municipio Autana, estado Amazonas.

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general

Describir la percepción sobre la salud bucal de los miembros de la comunidad Guahibo del municipio Autana, estado Amazonas.

1.2.2 Objetivos específicos

- Describir la sintomatología que consideran para identificar las enfermedades bucales.
- Describir los métodos empleados para prevenir enfermedades.
- Describir los métodos empleados para tratar las enfermedades bucales.
- Identificar las necesidades de atención en salud bucal en los Guahibo.

1.3 Justificación

Existen suficientes razones que justifican la realización de esta investigación. A continuación, se indican las más relevantes:

En primer lugar, como lo sugiere la revisión de la literatura realizada, no se encontraron estudios que se refieran a la percepción del pueblo Guahibo con respecto a la salud bucal. Por lo tanto, esta investigación podría representar una base para estudios con mayor profundidad. Por ello, esta investigación puede servir como testimonio escrito con respecto a la necesidad de intervención en las comunidades indígenas venezolanas, especialmente en el pueblo Guahibo. Además, podría servir como referencia educativa para los futuros profesionales de la salud, ya que es necesaria una interpretación detallada para poder ofrecer una intervención clínica y educativa de calidad con la finalidad de mejorar las condiciones de salud bucal de las comunidades indígenas.

En segundo lugar, los resultados de esta investigación pueden servir como base para generar propuestas de intervención en salud bucal que no vulneren la cosmovisión y las representaciones sociales de la salud bucal de las comunidades indígenas.

En tercer lugar, algunas investigaciones sugieren que las entidades de salud pública deben enfocar más estudios y acciones preventivas tendientes a continuar las mejoras en la salud bucal de estas etnias tratando de respetar sus costumbres y recibir una retroalimentación entre las culturas, con el fin de un enriquecimiento mutuo³⁰.

La Constitución Nacional de Venezuela protege a las comunidades indígenas, tal y como lo expresa el artículo 122: Los pueblos indígenas tienen derecho a una salud

integral que considere sus prácticas y culturas. El estado reconocerá su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos³¹. Así mismo la Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas en su artículo 113, de la participación indígena en los programas y servicios de salud, establece que: Los servicios de salud se organizan, planifican y controlan con la participación directa de los pueblos y comunidades indígenas y sus organizaciones. La atención integral en salud se adecuará a las condiciones geográficas, económicas, sociales y culturales y a los usos y costumbres de estos pueblos y comunidades²⁶. Por lo tanto, el presente estudio estaría contribuyendo con el cumplimiento de la legislación nacional vigente en materia de pueblos indígenas.

Sin embargo, la legislación venezolana se ha quedado en el discurso, pues, por lo general, las comunidades indígenas no reciben una adecuada atención médica-odontológica debido a que viven en estado de aislamiento, han sido olvidados y discriminados tanto por instituciones públicas como privadas. En concreto, en relación con la salud odontológica, los gobiernos de antes y de ahora no le han dado la atención mínima que les garanticen salud, bienestar y calidad de vida²⁸. Por lo tanto, esta investigación sirve como una iniciativa para llamar la atención de la necesidad de hacer cumplir lo establecido en nuestra Carta Magna y la legislación específica derivada de esta que atiende a los pueblos indígenas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se exponen los antecedentes de la investigación y se desarrollan las bases teóricas, descripción de la etnia Guahibo, los diferentes conceptos de salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades bucales.

2.1 Antecedentes

A pesar de que se han realizado algunas investigaciones en poblaciones indígenas, es importante resaltar que no se han reportado estudios relacionados directamente con el pueblo Guahibo. Sin embargo, los artículos aquí seleccionados han abordado algún aspecto de la salud de algún pueblo indígena venezolano.

En el año 2019, en el estado Amazonas, Sánchez *et al.*³¹ describieron los saberes culturales sobre la prevención y tratamiento de enfermedades bucales en comunidades del pueblo Wótjüja del municipio Autana, a través de un estudio descriptivo con un enfoque cualitativo, mediante algunas herramientas etnográficas, entrevistas estructuradas y semi estructuradas y notas extensivas de campo. Se llegó a la conclusión de que los saberes culturales del pueblo Wótjüja sobre la prevención y tratamientos de enfermedades bucales están compuestos por una práctica sincrética que contempla su sabiduría empírica mediante el uso de plantas medicinales, productos minerales, productos animales, ritos religiosos, junto con las prácticas de la medicina occidental, así mismo, el método de prevención utilizado por la comunidad Wótjüja del municipio Autana se basa en la higiene bucal a través del cepillado dental, buches de agua y limpieza de los dientes con los dedos.

En el año 2018, en el estado Mérida, Urdaneta *et al.*²⁶ realizaron una investigación, con el objetivo de describir el uso de plantas medicinales para la salud bucal en las comunidades indígenas de Lagunillas, Mérida, Venezuela. Este estudio

tuvo un enfoque cualitativo, de alcance descriptivo y herramientas etnográficas de recolección de datos. Los datos fueron recolectados mediante la observación participante, entrevistas semiestructuradas, entrevistas no estructuradas, entrevistas informales ocasionales no estructuradas y notas extensivas de campo. La información recolectada fue analizada por medio de la triangulación. Obteniendo como resultado que los pueblos indígenas de Lagunillas usan gran variedad de plantas, para la higiene bucal y para tratar enfermedades bucodentales y que su terapéutica varía según la lesión a tratar.

En 2017, en el estado Delta Amacuro, Millán *et al.*¹⁰ realizaron un estudio para describir los saberes culturales sobre la prevención y tratamiento de enfermedades bucales en la comunidad Warao del municipio Pedernales. Se realizó un estudio de enfoque cualitativo, tipo descriptivo, con diseño transeccional, de campo y multivariable de rasgo. El grupo de estudio estuvo conformado por 30 indígenas de etnia Warao que habitan en el municipio Pedernales, utilizando como técnica de recolección de datos la entrevista no estructurada, semi-estructurada, informal ocasional no estructurada, la observación participante y no participante y las notas extensivas de campo como complemento. Algunos de los resultados obtenidos señalaron que los Warao realizan su higiene bucal con cepillado dental, la limpieza bucal con agua, sus dedos y caña de azúcar; para lesiones bucales asintomáticas no aplican tratamiento y para el dolor dental aplican el tabaco y las prácticas religiosas. Se concluye que el Warao solo usa como método preventivo la higiene bucal, y los tratamientos solo se aplican a aquellas lesiones que producen molestias y sintomatología dolorosa

En el 2017, Albarrán *et al.*³² estudiaron la salud bucal en indígenas latinoamericanos mediante una revisión sistemática utilizando para el mismo 49 artículos de investigación, 5 revisiones sistemáticas, 5 tesis y 1 caso clínico. Encontraron que los pueblos indígenas se encuentran afectados por diversas enfermedades, siendo lo más prevalente la caries dental. En relación con las variantes anatómicas de los maxilares y los dientes, los detalles anatómicos están relacionados con la genética y la variabilidad de tipos de oclusión se relaciona con su estilo de vida

y/o hábitos. Se concluyó que utilizan como prevención la higiene bucal y plantas para evitar enfermedades bucales y de acuerdo con los estudios analizados son pocas las comunidades indígenas tratadas, generalmente, sólo estudian su situación, pero no se resuelve la problemática de manera periódica, sin embargo, dados los conocimientos propios de estas comunidades tratan de solventar algunos problemas, habitualmente sólo si presentan sintomatología dolorosa.

En el 2014, en Maracaibo estado Zulia, Godoy *et al.*³¹ realizaron un estudio sobre las acciones de prevención en salud bucal para los pueblos indígenas bajo el enfoque de la interculturalidad a través de una investigación documental, en la cual se obtuvo como resultado 12 estudios que indagaron concepciones y prácticas relacionadas con la salud/enfermedad bucal de las poblaciones indígenas y en sus interacciones comunicacionales emplearon lenguas nativas a través de intérpretes. 08 estudios utilizaron estrategias educativas del modelo odontológico occidental. 03 estudios elaboraron cartillas sobre salud bucal en las lenguas maternas y reforzaron el empleo de medios de higiene y terapéutica bucal propios de las culturas de los pueblos estudiados. De este modo pudieron concluir que se evidenció escasa literatura especializada que reporte acciones educativas y preventivas de salud bucal enmarcadas en el enfoque de la interculturalidad, asimismo se requiere la construcción de modelos de atención a la salud bucal basados en el respeto, la negociación, la equidad, el reconocimiento de la alteridad, manteniendo la autonomía de los actores sociales involucrados.

En el año 2011, en Zulia, Fasanella y Machado²¹ realizaron un estudio con el fin de describir el perfil socio epidemiológico y las características clínicas de la disfunción temporomandibular (DTM) en las etnias indígenas, afrodescendientes y criollas del estado. El estudio se enmarca dentro de una investigación descriptiva transversal, con una muestra de 7.113 sujetos. Los resultados evidenciaron una baja presencia de síntomas en los diferentes grupos étnicos estimada en el 20,8% de los individuos, siendo los indígenas la etnia que presenta el menor porcentaje de síntomas y signos de disfunción temporomandibular. Se concluyó que, entre criollos,

indígenas y afrodescendientes existen diferencias estadísticas significativas respecto a la presencia de síntomas de DTM, siendo la última etnia la más afectada.

En el año 2011, en el estado Zulia, Medina ²³ realizó una revisión documental sobre la utilización del idioma Wayúu naiki por parte del odontólogo, que atiende comunidades indígenas en el estado, en el cual como resultado reseña que es necesario contar con modelos educativos sobre lingüística que favorezcan la enseñanza y conservación de las lenguas indígenas que partan desde las universidades, donde se debe capacitar al egresado para prestar un mejor servicio de salud.

En el año 2010, Bello ³³ presentó una visión general de la situación y de la problemática de los pueblos indígenas en aislamiento relativo o poco contacto en Venezuela, realizando una investigación documental sobre las principales fuentes que permiten evidenciar, que en varios pueblos indígenas hay grupos o comunidades que todavía se encuentran en esta realidad, partiendo de ubicar desde la información etnográfica disponible y desde los datos aportados por varios expertos e informantes, los grupos o comunidades de varios pueblos indígenas que se encuentran en aislamiento relativo o poco contacto en el país. El autor frente al desconocimiento de la situación que viven estos grupos, sugiere la posibilidad de organizar con varios organismos del estado encuentros informativos y de discusión acerca de la necesidad de contar con acciones, políticas y programas destinados a los grupos de pueblos indígenas que se encuentran en estas condiciones.

En el año 2008, Morón ³⁴ determinó el perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas: criollos, indígenas y afro descendientes, para lo cual se realizó un estudio de tipo correlacional transversal, con un diseño no experimental, sobre una muestra aleatoria estratificada, conformada por 17.611 núcleos de clase y 54.712 personas examinadas, considerando categorías e indicadores bajo los enfoques de clase social, género y etnia. Los indígenas constituyen la etnia que presenta el menor promedio de dientes afectados por la caries, el 66.53% evidenció condición periodontal sana y el 83.90% de la muestra estudiada se encontraban libres de fluorosis.

En el 2018, en Amazonas Rojas *et al.*²² realizaron un estudio para determinar la prevalencia de caries dental en indígenas residentes en el municipio Autana. Se realizó una investigación de tipo observacional, descriptiva y transversal. Los resultados de este estudio indican una alta prevalencia de caries dental en la población adulta e infantil indígena que viven en esta zona del municipio, lo que demanda programas de salud bucal dirigidos hacia la promoción de hábitos de higiene bucal y dieta saludable en las poblaciones indígenas del estado, protegiendo sus hábitos culturales.

En el año 2009, Morón *et al.*³⁵ llevaron a cabo una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia de la caries dental, bajo el enfoque de etnia; para ello se efectuó un estudio transversal, con un diseño no experimental, sobre una muestra definitiva de 54.712 individuos, el examen clínico se hizo bajo luz natural, utilizando paleta de madera y la sonda periodontal diseñada por la OMS y para el análisis de la morbilidad cariosa, se emplearon los índices CPO y ceo siguiendo los criterios establecidos por la OMS. Los resultados obtenidos con el índice CPO-etnia revelan que los indígenas fueron la etnia menos afectada por la enfermedad caries dental (CPO=5,41); con respecto a el índice CPO-etnia y región muestra cómo las regiones central, occidental y oriental presentaron los valores del índice CPO más elevados, siendo los criollos los más afectados en estas regiones. En la región centroccidental, la etnia más afectada por la caries dental fue la indígena; por otro lado, los resultados del cruce de las variables índice ceo, etnia y edad dió como resultado que los indígenas presentan el mayor número de dientes afectados por caries dental (1,68), seguidos por los afrodescendientes (1,32) y los criollos presentan un promedio estimado de 1,24 dientes afectados; con estos y otros resultados se llegó a la conclusión de que se redujo considerablemente la prevalencia de caries dental, en comparación con estudios nacionales previos, y se alcanzó la meta establecida por la OMS/OPS para el año 2015 respecto a los índices en las edades de 12,18 y 35-44 años.

En el 2007, en el estado Bolívar, Guerra *et al.*²⁴ realizaron un estudio en seis comunidades indígenas pertenecientes a la etnia Pemón con el objetivo de determinar

la presencia de hiperplasia epitelial multifocal, caracterizarla y tratarla. Fueron examinados 250 niños en un rango entre 3 y 13 años, de los cuales, clínicamente 18 presentaban lesiones, las madres contestaron a un cuestionario elaborado para la recolección de datos epidemiológicos previo consentimiento informado. Se tomaron biopsias incisionales, las muestras se fijaron en formol al 10% y fueron estudiadas histopatológicamente con coloraciones de Hematoxilina & Eosina. Todas las lesiones fueron tratadas por medio de la técnica de criocirugía con nitrógeno líquido en varias sesiones de tratamiento. La enfermedad se presentó con predilección 2:1 por el sexo femenino en un promedio de 8 años de edad. Las lesiones fueron más frecuentes en los labios, del mismo color de la mucosa, aunque algunas mostraron una superficie blanquecina, posiblemente producto del roce o mordedura. El estudio histopatológico mostró características de hiperplasia epitelial multifocal en todos los casos, incluyendo características consistentes con infección por VPH. Concluyeron que la edad de aparición de la hiperplasia epitelial multifocal es la niñez, su característica más resaltante es que las lesiones son múltiples y las lesiones suelen aparecer en mucosa de labios, carrillos y lengua, aunque otras regiones como la encía también pueden verse afectadas.

En el año 2006, en el estado Bolívar, Navarro *et al.*²⁵ evaluaron la prevalencia de Hiperplasia Epitelial Focal (HEF) en poblaciones indígenas de las comunidades Sanema y Ye'kuana, la información se recopiló al momento de la primera consulta, mediante el examen clínico sistematizado de la mucosa bucal y siguiendo las directrices de la Guía para Estudios Epidemiológicos de la Organización Mundial de la Salud. Para la recolección de la información se diseñó un instrumento para tal fin. En el estudio fueron examinados un total de 862 pacientes, de los cuales 79 presentaban la patología a estudiar, 45 pertenecen a la etnia Sanema y 34 pertenecen a la etnia Yekuana. Dentro de los pacientes estudiados se encontró que 13 (17%) de ellos presentaban el hábito de masticar tabaco, se encontró una mayor prevalencia en niños de 0 a 9 años con un porcentaje de 65% que corresponden a 51 pacientes, seguido de los casos de 10 a 19 años con un porcentaje de 5% que corresponden a 20 casos. Concluyendo que la hiperplasia epitelial focal tiene una frecuencia relativa de

9% con respecto a la muestra total, siendo los labios los que ocupan el primer lugar de frecuencia, con una mayor prevalencia en el grupo de 0 – 9 años, y mayor predilección sexo masculino. Con relación a su manifestación clínica es frecuente observar las lesiones de naturaleza nodular, de forma redondeada, superficie verrugosa, del mismo color de la mucosa y de presentación múltiple.

En el año 2006, en el estado Zulia, Morón *et al.*²⁰ determinaron las características del proceso de cronología y secuencia de erupción de dientes permanentes de escolares wayúu, de la parroquia Idelfonso Vásquez del municipio Maracaibo, y explicaron los resultados en su relación con algunos rasgos étnico-culturales en cuanto al tipo de alimentación en los primeros años de vida del niño wayúu. Realizaron un estudio transversal sobre una muestra aleatoria, conformada por 512 niños wayúu de ambos géneros y en edades de 6 a 12 años de edad, obteniendo la información mediante la aplicación de un instrumento socio clínico donde se asentaron datos referentes a la identificación del niño y registrando los hábitos alimenticios de los niños wayúu, característica de erupción y finalmente los grados y secuencia de erupción de los dientes permanentes. Como resultado obtuvieron que el proceso de erupción dentaria en los niños wayúu se presenta de manera más temprana en comparación con los niños criollos del municipio y los dientes de la arcada inferior erupcionan a edad más temprana que los de la arcada superior, así mismo que el proceso de erupción de los primeros molares se realiza en mayor porcentaje a los 5 años. Analizando los factores influyentes se llegó a la conclusión, que el componente étnico cultural incide de manera diferenciada sobre la secuencia y tiempo de erupción dentaria en los grupos humanos, independientemente del ámbito geográfico donde estén asentados.

En el año 2004, en el estado Zulia, Morón *et al.*²² realizaron una investigación buscando determinar en una primera aproximación, el perfil epidemiológico bucal de la etnia Wayúu, que tiene su asiento en la región. Para ello se efectuó un estudio, transversal, sobre una muestra aleatoria conformada por 512 niños Wayúu, de ambos géneros, y en edades de 6 a 12 y 14 a 17 años de edad; la información se obtuvo mediante la aplicación de un instrumento socio clínico donde se asentaron datos

referentes a la identificación del niño Wayúu y se registraron sus hábitos alimenticios, la característica de erupción y finalmente los grados y secuencia de erupción de los dientes permanentes. Encontraron que un 43.1% de los individuos estaban afectados por caries, por otro lado, se observa una erupción más temprana que sus antagonistas superiores en dientes de la arcada inferior y el 52.8% de la muestra estudiada requería de una atención periodontal. Como conclusión el perfil epidemiológico de esta etnia, podría estar influenciado por patrones de vida asociados con sus prácticas y creencias culturales.

2.2 Bases conceptuales

2.2.1 Étnia Guajibo

2.2.1.1 Historia y situación actual

Los primeros documentos que hacen referencia a esta etnia son las narraciones de los exploradores, aventureros y misioneros, mediante las cuales se tiene la información correspondiente a los primeros contactos con los europeos³⁶. La primera referencia que se tiene de los Guahibo data del siglo XVI, y corresponde a registros de Nicolas de Federman durante su exploración en 1538 por el río Meta. Federman documentó el hallazgo de comunidades de indígenas que cambiaban constantemente de lugar de residencia, utilizando para ellos nombres tan diversos como Guahibo o Guahibo. Del mismo modo, relatos del siglo XVII los retratan como cazadores con alta actividad migratoria^{5,36,37}. Seguidamente, en los documentos del siglo XVIII se hace referencia a este grupo como extremadamente belicoso, y cuya forma de vida se centraba en asaltar las misiones creadas por los jesuitas³⁶.

Así mismo varios cronistas, en su mayoría españoles, los describieron como asaltantes nómadas y compararon su estilo de vida con el de los bandoleros europeos y con el de los gitanos. Sin embargo, muchas de las acciones que tomó éste, como los demás pueblos americanos, estaban orientados a su propia defensa frente a los intentos de dominación. En 1983, los profesores Donald Metzger y Robert Morey señalaron, en *Los aborígenes de Venezuela: los hiwi (Guahibo)*, asaltos frecuentes por parte de los Guahibo a asentamientos de otros pueblos, aunque explican que se

trataba de conflictos entre comunidades diferentes. Por otra parte, los jesuitas los calificaban de “inconstantes” y a ello le atribuyeron su fracaso para retenerlos en las misiones con el fin de convertirlos a la fe cristiana, una renuencia que se mantiene hasta hoy ⁵.

Por último, en la actualidad producto del creciente contacto de la cultura Guahibo con la sociedad criolla, tanto venezolana como colombiana, los conflictos de este pueblo han cambiado de forma y contraparte y los han colocado en un rol diferente. Se tienen también datos actuales, sobre la modificación voluntaria de varias de sus prácticas, algunas de ellas asociadas a sus tradiciones, una vez que el Estado ha comenzado a ejercer mayor supervisión del cumplimiento, de todas las partes de los acuerdos alcanzados para una convivencia multicultural positiva ⁵.

2.2.1.2 Descripción de la población indígena Guahibo

Los Guahibo son una población heterogénea que habitan en la sabana o llanos del Oeste de Venezuela y Este de Colombia. El nombre hiwi (jivi), de forma literal significa “gente” o más precisamente Wayapopihiwi: gente de sabana. También cabe señalar que, a los cazadores-recolectores y a los cultivadores estacionales se les llama sikwani, es un término más despectivo que significa salvaje, de alguna manera sinónimo de cuiva ³⁷.

Están ubicados en el estado Amazonas de Venezuela, particularmente en los municipios Atures, Autana, Atabapo y Manapiare; en el Estado Apure, en los municipios Achaguas, Biruaca, Páez y Pedro Camejo; y en el Estado Bolívar, en los municipios Cedeño, Gran Sabana, Raúl Leoni y Sucre ^{5,11,38}. La mayor parte del grupo está establecida en las riberas de los ríos Vichada, Orinoco (desde la desembocadura del Guaviare a la del Meta), Tomo, Tuparro, Meseta, Bitá y Alto Capanaparo, además de ocupar algunos caños menores de estos ríos, debido a su fertilidad en contraste con la planicie abierta, cuyos suelos son muy pobres en nutrientes ^{38,39}. Así mismo, una parte de ellos son nómadas y otros sedentarios, están esparcidos por ambos márgenes del Orinoco, desde el límite norte del estado Amazonas, hacia el sur muy cerca de San Fernando de Atabapo. En el poblado de

Coromoto los encontramos ubicados mezclados con criollos al igual que en islas de Ratón y Manapiare³⁷.

El panteón Guahibo está constituido por espíritus de varios tipos, con Kuwai como creador de los Guahibo, y Purunáminali como el creador de los no Guahibo. Iwanai les enseñó a construir las casas, Masulodani las herramientas de trabajo y caza y Madua las curiaras^{11,38}. Kuwai también es considerado el creador del mundo, las aguas, las montañas, los cielos, los animales y las personas. Se dice que antes de poder poblar el mundo con gente, Kuwai tuvo que librar una batalla con las fuerzas del mal, asociadas en esta cultura con la imagen de una culebra gigantesca, Kuemi, que impedía la llegada de la gente⁵.

Ahora bien, Kuawai creó primero a los hombres en forma de animales, pero ninguno podía reproducirse porque no existía mujer. Así fue creada primero una mujer de barro que se desmoronaba con el agua, luego una de cera que se derretía con el sol; y finalmente una de madera, Puminirruva, que cobró vida, podía hablar y trabajar, pero no podía reproducirse con ninguna especie. De esta misma historia cuentan dos versiones. Una de ella sostiene que el manatí se ganó la condena de todos por haber sido el único animal capaz de procrear con la mujer. La otra plantea que Puminirruva se acercó al fuego y se quemó, con lo cual se esfumaron las posibilidades de que Kuwai viese sus deseos cumplidos. Ante esto, Matsúldani hijo de Kuwai, se fue a lo alto de una loma junto con su padre. Una vez allí comenzó a agitar los pies, del polvo que levantó surgió el arco iris y muchos peces, los cuales se convirtieron en personas al caer al suelo. Como eran tantos, Matsúldani los calificó en grupos, dando origen a las diversas lenguas⁵.

Por otra parte, los espíritus protectores se diferencian según el ámbito de acción, por ejemplo, Mánu protege a los animales y el medio ambiente, mientras que los espíritus peligrosos están asociados con algunos animales y elementos naturales, como Yamaxa, espíritu del trueno y de las culebras, Dawatai, que ataca a los humanos devorándole la carne y el alma, Kuliwakua, quien roba los cadáveres, y entre otros Malike, quien causa las enfermedades. Algunos espíritus, llamados Ainawis y Mawaris, pueden influir en la vida de los individuos en los momentos de

crisis y, especialmente, durante las enfermedades o cuando pasan de una etapa a la otra del ciclo de la vida. Estas acciones, de protección o de ataque, se ejercen sobre el cuerpo o las almas de los individuos, ya que para los Guahibo cada individuo tiene dos almas: el yéthi, un doble que puede abandonar el cuerpo durante el sueño, y el humpe, que es la fuente del conocimiento y solamente abandona el cuerpo cuando un individuo muere y es llevado frente a Kúwai ³⁸.

Política y socialmente los Guahibo viven en clanes familiares localizados geográficamente; cada comunidad guarda independencia respecto de los demás. El jefe es la figura más importante dentro del clan ^{5,36}. Con respecto a la familia Guahibo, es de tipo matrilocal extendida, es decir, el hombre va a vivir en la casa de los suegros hasta que forma su propio núcleo familiar. En cuanto a los criterios para la selección de pareja, la única prohibición expresa que existe para contraer matrimonio en la cultura Guahibo se refiere a hermanos y primos paralelos (el varón no se puede casar con la hija de la hermana de la madre), el matrimonio preferencial es entre primos cruzados (el varón se casa preferiblemente con la hija del hermano de la madre) y se realiza por concertación de los padres de los dos jóvenes, debiendo el varón prestar un servicio pre y post- matrimonial al suegro ¹¹. Son familias amplias en las que se da el matriarcado. El hombre es quien manda en el hogar; sin embargo, sin que parezca, la mujer es la que lleva mano dura en el hogar con respecto a los hijos e incluso con respecto a su marido ³⁷.

En otro orden de ideas y centrándonos en las normas de organización social, diremos que la principal fuerza de control social la encontramos en el proceso de socialización, por medio del cual la comunidad aprende a valorar y definir la aceptación de normas como algo intrínseco a formar parte de esta cultura. Evitar los encuentros con los suegros, mantener la distancia social y física entre hermanos y hermanas, y las bromas entre cuñados son mecanismos que ayudan a calmar las tensiones. Esta etnia da mucho valor a la buena reputación. El temor a los castigos sobrenaturales (en forma de enfermedad, dolor o mala suerte) es otro de los incentivos para mantenerse respetuosos ante la comunidad en aspectos como el adulterio, el abandono familiar, lo que no quiere decir que no se produzcan, en

algunos casos. Los Guahibo cuidan mucho sus actos por el temor al juicio de la comunidad ³⁶.

En cuanto a su idioma, para el 2001 se registró que 11.800 miembros del pueblo Guahibo eran bilingües y 1.991 hablaban sólo español. Ha sido clasificado como una lengua independiente que no se corresponde con las características de ninguno de los idiomas originarios de Venezuela clasificados en las familias arawak, caribe, chibcha y tupí-guaraní ⁵.

Por lo que se refiere a su alimentación, las actividades productivas tradicionales orientadas al consumo, los llevaron a desarrollar técnicas de caza, pesca y cultivo de los productos que componen su dieta ⁵. De la preparación de los alimentos se encarga la mujer. La forma de cocinar los alimentos se reduce a cocerlos o asarlos, su alimentación se centra en los alimentos que se extraen del conuco, en la caza, la pesca y en los árboles frutales ³⁶. Así como también es tarea de la mujer el arduo proceso de rallar la yuca amarga, uno de los principales productos de la dieta Guahibo, de ella se obtiene el casabe y el mañoco; el yarake o yalaki, una bebida fermentada con la cual brindan en ocasiones especiales, y la catara, una especie de salsa picante elaborada al mezclar el jugo de la yuca amarga (yare) con bachacos culones. Batata, ñame frijol, ají, plátano, piña, caña de azúcar y tabaco son otros de los productos que integra la dieta Guahibo tradicional ⁵.

2.2.1.3 Cosmovisión de la salud

Para los pueblos indígenas la salud sería la armonía de todos los elementos que hacen la salud, es decir el derecho a tener su propio entendimiento y control de su vida, y el derecho a “la convivencia armónica” del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social ⁸. Mucha de la fuerza y capacidad de sobrevivencia de los pueblos indígenas se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, cuyo “eje conceptual” o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad ⁸.

Por lo que se refiere a las enfermedades, en el universo cultural Guahibo las causas son sobre todo de tipo espiritual y social, siendo las más frecuentes el mal de

ojo de un chamán, los rezos maléficos y la trasgresión de algún tabú y junto a estas enfermedades espirituales y sociales, los Guahibo categorizan también otras de origen natural que se curan recurriendo a una farmacopea de tipo vegetal ³⁸.

En la vida de toda comunidad indígena tiene una importancia fundamental el chamán. Estos pueblos chamánicos respetan y necesitan esta figura ya que vela por el bienestar de todos, tiene el poder para hacer el bien o el mal, es una persona muy respetada por el temor a que produzca un maleficio, un *guanare* como se dice en lengua Guahibo. Es una persona experimentada, que adquiere sus poderes por el aprendizaje con chamanes ancianos o por medio de sueños. En algunos lugares, incluso, debe pedir permiso al cacique para ausentarse de la comunidad. Piensan que si el chamán está de viaje el grupo queda desprotegido de los ataques de otros chamanes ³⁶. Él puede curar recurriendo a la ayuda de los espíritus, con quienes se comunica su alma húmpe a través de cantos y del trance inducido por el yopo inhalado ^{5,11}.

Así mismo, la cultura Guahibo expresa profundo temor a determinadas prácticas como la hechicería. Cualquier desgracia o inconveniente es atribuido con frecuencia a la ruptura de preceptos o a la mala suerte. La muerte y las enfermedades serias son consideradas resultado de hechicería. En estos casos quien resuelve el problema es solo el chamán, quien identifica al responsable de la calamidad y lo obliga a dejar de hacer daño ⁵.

2.2.2 Proceso salud-enfermedad

El proceso salud enfermedad se define como el resultado del conjunto de determinantes que son desarrolladas a partir de la formación social, manifestándose en diferentes grupos de personas en forma de perfil epidemiológico. De acuerdo con esto, deja de considerarse la enfermedad como el resultado de algo exclusivamente biológico e individual ^{40,41}. Igualmente, este proceso es entendido como un hecho universal, que se desarrolla de forma particular y diferente en cada sociedad y en cada cultura. Todas las culturas han desarrollado, y desarrollan, modelos médicos a partir de los cuales entender y enfrentar la enfermedad y de ser posible recuperar la salud ¹⁶.

Por consiguiente, se puede afirmar que la salud es el resultado progresivo del desarrollo histórico-social de la humanidad, respecto a la naturaleza fisicoquímica que la rodea y al mismo tiempo el uso racional de ésta, para la ampliación de su bienestar psicosomático y la prolongación de su existencia, de otra forma expresa los límites de desarrollo desigual, destacando las barreras que impiden a todos el mayor grado de salud posible. El proceso salud-enfermedad se enfoca principalmente en la salud de la sociedad^{40,41}.

Es el resultado de la síntesis de un conjunto de determinantes, que se desarrollan a partir de la formación social y cultural de cada individuo, se manifiesta en los diferentes grupos de clases sociales en forma de perfil epidemiológico, determinando de esta manera el riesgo de padecer una enfermedad o morir^{40,41}.

Del proceso salud-enfermedad existen tres niveles que se encuentran vinculados entre sí, pero que cada uno de ellos es válido en cierto momento, y responden a necesidades y circunstancias individuales sociales diferentes⁴¹.

Primer nivel: Es aquel en el que la enfermedad se encuentra en un organismo determinado y para llegar a la curación se requiere el uso de la teoría de la medicina y las ciencias afines. En base a todas estas teorías, métodos e instrumentos se realiza un diagnóstico que permitirá iniciar el tratamiento de la enfermedad a fin de restablecer la salud o eliminar y reducir al mínimo la sintomatología y las consecuencias ocasionadas, este nivel encuentra ubicación en el modelo que considera un solo tipo de causas de enfermedad, ya que el interés radica en eliminar los agentes patógenos, físicos, químicos o mecánicos que alteran las funciones normales del organismo⁴¹.

Segundo nivel: El individuo ya no se ve de forma aislada; sino parte de un grupo; dicho grupo posee ciertas características socioeconómicas y culturales, exponiéndose de esta manera a determinados riesgos de enfermedad. De acuerdo con esto, la enfermedad está relacionada con ciertos elementos, tales como: factores sociales, económicos, culturales, físicos, químicos, entre otros, a fin de establecer regularidades empíricas entre los factores, el tipo de frecuencia y la gravedad de la enfermedad. Esta se vincula, por lo tanto, con condiciones deterioradas de vida y de trabajo: hacinamiento, falta de agua potable, desnutrición, educación médica

deficiente, presencia de factores físico-químicos o mecánicos en el ambiente de trabajo y que resultan adversos para la salud ⁴¹.

Tercer nivel: Busca conocer las causas esenciales de la enfermedad, la esperanza de vida o muerte y el acceso real a los servicios médicos en los seres humanos. En este nivel se trata de descubrir los nexos internos entre los fenómenos, a fin de establecer leyes, que si bien a nivel de tendencia, orientan la búsqueda de causas determinantes, condiciones de la enfermedad y de los demás eventos relacionados con la misma, buscando también alternativas de solución dentro de una formación social históricamente determinada. Es un proceso dinámico que va a estar regido por: la vida laboral, la vida de consumo, la vida organizada, la conciencia-cultural y las relaciones con el ambiente ⁴¹.

También se puede explicar el proceso salud enfermedad en tres dimensiones:

Dimensión estructural: formada por los procesos que desarrollan la capacidad productiva y las relaciones sociales que operan en el contexto donde ha aparecido un problema epidemiológico, perspectiva sociológica de la salud ⁴¹.

Dimensión particular: está formada por los procesos de la reproducción social, por aquellos que se establecen por la manera especial de producir y consumir que realiza cada grupo socioeconómico, es la perspectiva epidemiológica de la salud y refleja las diferentes condiciones de la vida de cada clase social ⁴¹.

Dimensión individual: lo forman los procesos que en última instancia conducen a la enfermedad o a la muerte o que por lo contrario permiten la salud y el desarrollo psicosomático, es la perspectiva clínico biológico de la salud ⁴¹.

El perfil salud-enfermedad bucal de la población venezolana se encuentra conformada por enfermedades que presentan una distribución desigual, condicionada por el incremento de las diferencias económicas y sociales entre los grupos pobres y los de mayor poder adquisitivo ⁴⁰.

2.2.3 Enfoques de salud

2.2.3.1 Enfoque convencional de salud

La salud puede ser observada desde diversas perspectivas para esclarecer su significado debido a la naturaleza única de cada individuo, atribuye al hecho de que

cada persona, como ser social, pertenece a una comunidad concreta y ha sido educada en el seno de una cultura específica, que le ha preparado para percibir la salud y enfermedad en determinado contexto de manera sistemática ⁴¹.

La enfermedad, el sufrimiento, la muerte y la motivación por conservar la salud son considerados hechos biológicos y sociales universales. Todos los grupos humanos han desarrollado estrategias para enfrentar y prevenir las enfermedades a través de un sistema médico que proporciona las acciones necesarias para recuperar la salud, procurar el bienestar del hombre y, al mismo tiempo, otorgar una explicación consistente al fenómeno de la enfermedad ⁴².

2.2.3.2 Enfoque intercultural de salud

La interculturalidad es cualquier relación entre personas de diversa cultura. Por extensión, también se le puede llamar interculturales a las actitudes de una persona o grupo de personas con respecto a elementos de otra cultura ⁴¹.

En el caso de la interculturalidad en salud, se requiere del desarrollo de procesos donde los propios pueblos originarios y los sistemas médicos oficiales expresan la voluntad de encontrarse en una relación horizontal. Un principio rector en que se puede manifestar la interculturalidad en salud es la complementariedad de estos sistemas médicos, proponiendo un acercamiento de los equipos de salud (medicina occidental) con los especialistas y terapeutas de la medicina tradicional, respetando los conocimientos del otro y generando espacios de confianza que den lugar a la complementariedad entre ambas medicinas ¹⁶.

El diseño de estrategias, programas y acciones definidos sólo en relación al sistema de creencias del equipo de salud, representa un obstáculo para el acceso, la oportunidad de la atención y más aún para la autogestión en salud de los usuarios pertenecientes a grupos étnicos minoritarios. Así como es sabido que en América Latina las diferencias por clase social, etnia, género y edad han dado origen a desigualdad y exclusión. La inequidad en el acceso a servicios y exclusión por razones culturales, muchas veces producto de desconocimiento o subestimación de la cosmovisión indígena de la salud ¹⁶.

Se producen barreras en la comunicación y calidad de trato, por códigos culturales distintos, rituales, símbolos, rol de las familias y comunidades, percepciones sobre el cuerpo y el pudor de las mujeres indígenas muchas veces incomprendidos, o por estilos de crianza distintos. Frente a este panorama, se requiere un reconocimiento y valoración de los conocimientos y saberes de sistemas de salud tanto occidental como indígena, siempre apuntando a una complementariedad de ambos mundos ¹⁶.

Con respecto al tema de la pertinencia cultural del proceso de atención, es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad ⁴².

El concepto de cultura aplicado al campo de la salud constituye el eje neurálgico en el análisis de los factores sociales involucrados en cualquier proceso de salud y enfermedad. En este convergen dos grandes dimensiones: una correspondiente a la ideacional o cognitiva que sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del aprendizaje, lo que podría llamarse el mundo de la conceptualización o de lo abstracto; y una dimensión material, que corresponde a cómo lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social entre las personas ⁴².

En el contexto de salud, estas dos dimensiones de la cultura, la cognitiva y material, se articulan en un modelo médico que otorga consistencia a cómo pacientes y profesionales se explican el fenómeno de salud y enfermedad, y a las prácticas o procedimientos con que se enfrentan los procesos de recuperación y mantención de la salud ⁴².

El éxito de la comunicación intercultural puede ser logrado a través de un proceso compuesto de cinco elementos: “escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar”. Los autores reconocen que aunque el lenguaje puede ser una gran barrera en la comunicación en sus aspectos gramaticales, simbólicos y semánticos, no constituye un obstáculo infranqueable en la relación profesional-paciente, si los profesionales están abiertos al diálogo y conocen en parte la cultura médica de sus

pacientes como, por ejemplo, las denominaciones de enfermedad, la relación entre hábitos y cultura, la dimensión corporal del sufrimiento y la utilización de herbolaria tradicional, entre otras ⁴².

Una segunda estrategia de salud intercultural se refiere al desarrollo de procesos de validación y negociación cultural entre pacientes y profesionales. La validación cultural consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente considerando el contexto cultural en que este modelo emerge ⁴².

2.2.4 Salud bucal

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud bucodental es fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la falta de dolor orofacial, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes, así como otras molestias que dificultan la capacidad de hablar, sonreír y morder que con el tiempo perturban el bienestar psicosocial y la calidad de vida ³⁴. Por otra parte, en 1948, la Salud, fue definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social y en 1986, surge otro concepto de salud como “recurso para la vida y no como objetivo de vida ^{43,44}.”

La salud pública bucal se define como la ciencia y la práctica en la prevención de enfermedades bucales, promoción de la salud bucal y el mejoramiento de la calidad de vida, a través de los esfuerzos organizados de la sociedad ^{39,45}.

La falta de salud bucal afecta a todos los seres humanos por igual. Los indígenas latinoamericanos no escapan de esta realidad ⁴⁶. Dado al existente perfil de morbilidad de las poblaciones indígenas, la OMS recomienda el uso de distintos tipos de perfiles epidemiológicos para identificar aquellas enfermedades que se producen en la boca para que se creen programas que atiendan dichas poblaciones ¹⁷.

En lo referente al campo de la salud y particularmente de la salud bucal, las poblaciones indígenas y afrodescendientes son las de mayor riesgo, debido a las condiciones de inequidad, exclusión y pobreza que los ha caracterizado. Por otra parte, la cosmovisión de la salud y la etiología de la enfermedad forman parte de las creencias y ellas varían para cada grupo étnico ⁴⁷. En este sentido, para las poblaciones indígenas, la salud bucal se encuentra fuertemente asociada a elementos

espirituales y ambientales, entendiendo que la boca representa un punto de encuentro entre ambos espacios, según su cosmovisión ³². Se hace necesario que el odontólogo realice su función de brindar salud bucal a la comunidad que le corresponde atender, en este caso indígenas. Para ello, primero necesita establecer una buena comunicación a través del idioma nativo del paciente ²³.

Hoy día, en una Venezuela asumida en su multiculturalidad y pluridiversidad étnica, la epidemiología tiene un reto, el estudio de la salud-enfermedad, en su componente bucal, de las etnias venezolanas que tienen su asiento en el territorio nacional. El reto es aún mayor en el caso de los grupos indígenas y afro descendientes, debido a la exclusión social que durante mucho tiempo se observó en los diferentes estudios disciplinares realizados en el país, debido a que se les consideraba “minorías étnicas” ³⁵.

2.2.5 Percepción

Es el proceso de codificación, organizado e interpretativo, de los datos sensoriales, en relación a experiencias anteriores ⁴⁸. La percepción representa el procesamiento de información sensorial, es decir, de información captada por los sentidos y, por tanto, información que está en el mundo físico. Para poder darse la percepción necesitamos no solamente de los órganos de los sentidos, sino que también es imprescindible que existan estímulos susceptibles de ser captados por aquellos o, dicho de otro modo, estímulos capaces de “estimular” los sentidos ⁴⁹.

Se trata de un proceso de codificación y que lo que se codifica son los datos sensoriales. La codificación representa la asignación de un valor a los datos obtenidos para poder efectuar su análisis. En el caso de la actividad perceptiva, el análisis que se realiza supone la organización e interpretación de la información recibida. Es decir, lo que caracteriza a la percepción es reunir las diferentes informaciones que llegan por una vía sensitivo-sensorial y extraer su significado. De aquí que digamos que la percepción es un proceso de codificación organizado e interpretativo ⁴⁹.

Así mismo la actividad perceptiva lleva consigo la referencia a experiencias anteriores. El proceso perceptivo, la información captada se relaciona y compara con informaciones anteriores almacenadas en la memoria. En definitiva, la percepción es

la actividad por la que prácticamente comenzamos el acceso al mundo circundante; es, pues el enlace entre el mundo sensitivo-sensorial y el mundo ideoaectivo. Sin la actividad perceptiva el mundo físico se quedaría sin significado y el mundo ideoaectivo sin contenidos ⁵⁰. En el proceso de la percepción se ponen en juego referentes ideológicos y culturales que reproducen y explican la realidad y que son aplicados a las distintas experiencias cotidianas para ordenarlas y transformarlas ⁵⁰.

La actividad perceptiva sigue una serie de fases que se inician con la captación del estímulo y que, tras un proceso de calificación y clasificación del estímulo, finaliza con su identificación. A lo largo de estas etapas también se ponen en juego otras funciones neuropsicológicas que influyen sobre el procesamiento perceptivo y, además, una vez identificado el estímulo, se inician procesos más complejos de análisis y manejo de esa información ⁴⁹.

Fases de la percepción

Selección: El individuo percibe los mensajes a los que está expuesto según sus actitudes, intereses y necesidades. Mientras se procesa la información, el mensaje despierta en el individuo una serie de juicios de valor que se traducen en reacciones de muy distinto signo. El individuo participa directamente en lo que experimenta ⁴⁹.

Organización: Una vez seleccionados, el individuo ha recogido una cantidad de estímulos de forma conjunta que, en esencia, son solo una simple colección de elementos sin sentido. La persona los clasifica de modo rápido; asignándoles un significado ⁴⁹.

Interpretación: La interpretación es la fase del proceso que trata de dar sentido a los estímulos previamente seleccionados y organizados. La interpretación depende de la experiencia previa del individuo, así como de sus motivaciones, intereses personales y su interacción con otras personas. La forma de interpretar los estímulos puede variar, a medida que se enriquece la experiencia del individuo o varían sus intereses ⁴⁹.

Por último, el estudio de la percepción exige analizar las cuatro dimensiones básicas de las que consta. Estas dimensiones son aspectos de la propia percepción que permiten definirla mejor y, de este modo, facilitar su estudio ⁴⁹.

- El tipo de percepción señala las diferentes modalidades de percepción de las que es capaz el ser humano y que básicamente corresponden con los cinco sentidos clásicos: vista, oído, tacto, gusto y olfato, a los que habría que añadir la propiocepción que representa la autopercepción de características somáticas o corporales accesible por vías distintas de las clásicas. La propiocepción supone, entre otras, la percepción de la integridad corporal, del propio esquema corporal, de su disposición en el espacio o de la experiencia de bienestar. De igual manera, de los cinco sentidos clásicos, dos de ellos, la vista y el tacto, engloban subtipos de modalidades perceptivas más específicas que enriquecen la capacidad perceptiva del hombre ⁴⁹.
- La intensidad perceptiva hace referencia al grado de experiencia perceptiva en relación a una percepción concreta. Es, por tanto, un componente subjetivo de la percepción y no tiene correlación lineal con la intensidad del estímulo. Aunque el substrato neurobiológico básico sigue la ley de todo o nada, hay otros factores que modulan la intensidad perceptiva al margen de la intensidad del estímulo. Destacan, entre estos, las propias características estimulares y del ambiente, factores neurobiológicos y factores psicológicos. Las características estimulares y del ambiente ponen de manifiesto que otros aspectos del estímulo (duración, contraste, posición, etc.) y del contexto donde se da el estímulo pueden reforzar o disminuir el grado con que es experimentado. Los factores neurobiológicos señalan que la integridad de las vías y su estado funcional condicionan la intensidad con la que es percibido un estímulo. Por último, también hay factores de tipo psicológico que pueden modificar dicha intensidad de percepción ⁴⁹.
- La tercera dimensión, el contenido de la percepción, se refiere a la información que transmite el estímulo. Esta información tiene varios niveles de significación y cada uno de ellos supone diferentes tipos de procesamiento. Desde el nivel significativo más bajo, que es el del estímulo en sí, sus características físicas, y que representa el final del proceso perceptivo, hasta el más alto, que supone un elevado grado de abstracción de las características físicas del estímulo y que constituye la esencia del pensamiento, hay toda una serie de niveles de

significación que llevan consigo la participación de otras funciones neuropsicológicas y procesamientos específicos. Además, la información contenida en la percepción puede ser explícita o implícita, en el sentido de que la información que transmite es la directamente relacionada con el estímulo o, por el contrario, es a partir de la cual se evoca otro tipo de información. Finalmente, los contenidos de la percepción pueden ser conscientes o inconscientes. Es decir que, aunque en la esencia de la percepción se encuentra el ser una actividad consciente, sus contenidos no siempre se sitúan en el plano consciente. Este es el caso de la información subliminal: contenidos incluidos en la actividad perceptiva, pero sin un acceso directo al plano consciente. El interés de este hecho es enorme, no sólo por su aspecto negativo de manipulación sino, fundamentalmente, por las posibilidades terapéuticas y pedagógicas que tiene o puede tener ⁴⁹.

- La cuarta y última dimensión es el tono afectivo de la percepción. Este pone de manifiesto que toda actividad perceptiva lleva consigo una carga afectiva más o menos marcada. En unos casos, el componente afectivo está directamente vinculado al estímulo, es decir, es objetivo, como el hecho de que una sonrisa es siempre agradable mientras que un chirrido es habitualmente desagradable. En otros casos, es algo accidental al estímulo o subjetivo porque se encuentra relacionado con experiencias previas en las que otras percepciones se asociaron a determinados contenidos afectivos. Desde el punto de vista neurobiológico, la estrecha vinculación entre la actividad perceptiva y la afectividad, encuentra su explicación en la íntima relación de las vías sensitivas con el sistema límbico a través, fundamentalmente, del tálamo ⁴⁹.

Con base en lo anterior, para efectos de esta investigación, la percepción está asociada a una construcción mental de la realidad, que el sujeto realiza integrando los estímulos externos con sus conocimientos y experiencias previas. Dado que el aprendizaje constructivo se fundamenta en una actividad perceptual que vincula ambiente y sentidos.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El siguiente capítulo expresa de forma ordenada y secuencial el proceso empleado para alcanzar los objetivos planteados en este estudio; como primer punto, se expone el enfoque, alcance y diseño de investigación. En segundo lugar se puntualiza el grupo en estudio, seguidamente se describe la técnica de recolección de datos, el proceso seguido para analizar los datos y finalmente se expresa el procedimiento a seguir para el desarrollo de la investigación

3.1 Enfoque, alcance y diseño de la investigación

Con base en los criterios de Hernández y cols.⁵¹, esta investigación tiene un enfoque cualitativo debido a que se va a generar y describir la percepción de la comunidad Guahibo sobre la salud bucal sin la intención de generalizar a partir de los datos. Además, tiene un alcance descriptivo procurando una caracterización lo más completa posible de su percepción sobre la salud bucal, desprovista de prejuicios, presuposiciones.

En cuanto a su diseño se basa en la fenomenología, que busca caracterizar una situación concreta indicando sus rasgos peculiares, sus características distintivas, desde la perspectiva de la comunidad Guajibo. Refleja, lo más posible, la realidad de las personas, su mundo, su situación. Por lo tanto, se emplean algunas herramientas etnográficas, debido a que busca la descripción e interpretación de eventos o situaciones en los ambientes naturales donde ocurren, en este caso, algunas comunidades Guahibo del municipio Autana, estado Amazonas.

3.2 Grupo de estudio

Para efectos de esta investigación se conformó un grupo de estudio integrado por 44 personas pertenecientes a la etnia Guahibo con edades comprendidas entre 14 y 65 años. Este número de participantes fue suficiente para estudiar de forma cualitativa la comunidad Guahibo.

Previo su consentimiento se solicitó a algunos miembros como informantes, buscando en la medida de la posibilidad un grupo heterogéneo conformado por indígenas originarios de la etnia Guahibo provenientes de Isla del Carmen de Ratón, municipio Autana, estado Amazonas: mujeres, hombres, adultos mayores, chamanes, jefes de familia y representantes de la etnia.

Tabla 1.

	Agricultores y dedicados a la pesca	Jefes de familia y representantes de la etnia	Labores del hogar
Mujeres		2	18
Hombres	21	3	

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos, se emplearon las técnicas etnográficas de entrevista (semi estructurada, no estructurada e informal), observación participante y notas extensivas de campo. Cabe mencionar que todas las entrevistas y conversaciones se realizaron en español. Solo en caso de los informantes que no hablaban español se empleó la ayuda de un intérprete que hablaba la lengua originaria, la cual ha sido clasificada como una lengua independiente que no se corresponde con las

características de ninguno de los idiomas originarios de Venezuela clasificados en las familias arawak, caribe, chibcha y tupí-guaraní ⁵.

3.3.1 La entrevista no estructurada

Hurtado ⁵² señala que este tipo de entrevista posee tres modalidades: focalizada, clínica y no dirigida o entrevista libre, para efectos de este estudio se empleó la última debido a que con esta modalidad el participante tiene la oportunidad de expresarse en libertad plena, hacer mención de todas sus ideas, opiniones, sentimientos, anécdotas de tal manera que el entrevistador solo actuó como facilitador de la situación, con la finalidad de que el entrevistado se sintiera motivado a manifestarse.

Se utilizó como instrumento la hoja de registro de las entrevistas previamente grabadas, se propuso como técnica ideal establecer una pregunta muy amplia en español por parte del entrevistador y que en ocasiones debería ser traducida a idioma Guahibo, cuyos indicios orientadores tengan base en la percepción que ellos tenían sobre la salud bucal, para luego proseguir a preguntas más específicas que orientaban al entrevistador a tener una idea de la perspectiva del entrevistado en cuanto a factores de riesgo, métodos que consideran para la prevención de enfermedades, tratamientos utilizados y expectativas o necesidades de atención, dependiendo de las respuestas de los participantes hasta que la conversación se redujera a un contenido mucho más preciso. No existió estandarización de formularios y las preguntas variaron de un interrogado a otro.

3.3.2 La observación participante

También conocida como observación de campo u observación directa, para el uso de esta técnica fue necesario compartir las modalidades y costumbres de la comunidad Guahibo para poder generar confianza en ellos. Con esta técnica se busca explorar ambientes y la mayoría de los aspectos de la vida social de los individuos. La literatura señala dos tipos de observación participante, natural y artificial. En nuestro caso, se usó la observación natural debido a que los investigadores se integraron a la comunidad Guahibo con la finalidad de hacer la mayor recolección de

datos en un cuaderno de notas basándose en los objetivos de la investigación.

3.3.3 Notas extensivas de campo

Complementariamente, se emplearon las notas extensivas de campo las cuales consistieron en un registro hecho en un cuaderno de notas, donde se plasmaron las percepciones propias de los investigadores sobre los datos aportados, su contexto y las condiciones circundantes lo cual sirvió como un análisis parcial que se integró con los análisis preliminares de las entrevistas realizadas a la comunidad Guahibo.

3.4 Recursos y procedimientos

Como recursos se emplearon una cámara fotográfica, una grabadora de voz, una computadora portátil, un cuaderno de notas, fichas clínicas, lápiz y ocasionalmente un intérprete.

La recolección de datos se estructuró en dos fases:

Primero, hubo una fase de inmersión en la que se recolectó información general, se compartió con los miembros, se conoció la estructura social, cultural y se exploró los tipos de servicios de salud con los que cuenta la comunidad.

En esta fase se recolectó y leyó la mayor cantidad de información posible sobre la comunidad, se acudió al lugar a observar su funcionamiento y tomar notas de campo, se conversó con miembros claves de la comunidad para conocer más el lugar. Así mismo se recolectó información en el ambulatorio rural sobre la frecuencia que tienen las consultas odontológicas y su grado de importancia, así como los motivos de consultas más frecuentes a modo de levantamiento epidemiológico. Por consiguiente, se procedió a la inmersión propiamente dicha, que correspondió con visitar las comunidades y seleccionar a los miembros que estaban dispuestos a colaborar y participar en la presente investigación.

En la segunda fase, se realizaron las observaciones, entrevistas y los análisis preliminares de estos.

3.5 Análisis de resultados

Los datos fueron analizados cualitativamente de la siguiente manera:

Una vez que se recolectaron los datos, se hizo una revisión detallada de los mismos para así organizarlos. Se escucharon las grabaciones y se procedió a transcribir las entrevistas junto con las notas de campo, las cuales estuvieron conformadas por comentarios reflexivos del investigador, percepciones de la observación directa e indirecta del mismo o referencias teóricas donde se explicó lo que se estaba observando, todo esto tomando en cuenta los objetivos de la investigación.

Para determinar la validez y confiabilidad de los datos, se utilizó la técnica de “triangulación”. Según Berg ⁵³ la triangulación hace referencia al uso combinado de modalidades distintas, (usualmente tres) durante el estudio de un fenómeno: fuentes de información, y técnicas de recolección de datos, momentos, lugares, teorías, investigadores, entre otros. Este método es interpretado como un medio para medir la confiabilidad y validar los datos, puesto que, al combinar distintas estrategias, se obtiene una mejor representación de la realidad.

Berg en su estudio propone cuatro modalidades de triangulación; triangulación de datos, triangulación de investigadores, triangulación de teorías y triangulación metodológica.

Para efectos de este estudio, de las categorías mencionadas se empleó la triangulación referida a los datos, que consistió en la combinación fuentes de datos y técnicas, momentos, lugares, informantes y condiciones. Se seleccionaron solo los datos coincidentes y recurrentes en las entrevistas realizadas al pueblo Guahibo, para así agruparlos, clasificarlos, categorizarlos y finalmente conceptualizar a partir de ellos ³⁷

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En este capítulo se presentan, analizan e interpretan los datos de la investigación. Primero se describe el grupo de estudio y luego se desarrollan las categorías de análisis.

4.1 Descripción del grupo de estudio

Los participantes de este estudio fueron miembros indígenas de la etnia Guahibo habitantes de las comunidades Isla del Carmen de Ratón, con edades comprendidas entre los 15 y 65 años de edad, 24 del sexo masculino, de los cuales 21 eran agricultores o dedicados a la pesca y 3 jefes de la comunidad o representantes de la etnia; 20 mujeres, 2 de ellas jefes de familia o representantes de la etnia y 18 dedicadas a las labores del hogar.

4.2 Prevención y tratamientos de enfermedades bucales

El pueblo Guahibo con el correr de los años ha implementado distintas técnicas para el cuidado de su higiene oral, como práctica cultural y debido a su ubicación geográfica que dificulta el acceso a tratamientos convencionales. Desde la antigüedad, aprendieron a utilizar métodos naturales con las herramientas que tenían a su alcance, empleando plantas medicinales, productos de origen animal, mineral y prácticas mítico-religiosas realizadas por los chamanes de sus comunidades. Ellos consideran que estas han demostrado ser altamente efectivas, lo cual les ha permitido subsistir en el tiempo.

A continuación, se presentan las categorías que surgieron a partir del análisis e interpretación de las entrevistas y las observaciones. Se presentan, en cada caso, testimonios que reflejan la cultura del pueblo Guahibo.

4.2.1 Fusión de tratamientos en las prácticas de higiene oral

Se evidencia que la comunidad Guahibo ciertamente toma con suma importancia su higiene oral como método preventivo, combinando técnicas convencionales occidentales como el uso de cepillo dental y dentífrico, con los métodos aprendidos por sus ancestros, tal vez debido a la influencia del criollo en su región, o porque los alimentos que ingieren ya no son los mismos que consumían en el pasado; entre los métodos naturales, mencionan el uso de infusiones de plantas y raíces propias de la región usadas como colutorios, palito de madera o arena. De hecho, algunos informantes reconocen utilizar medidas preventivas para su higiene. Así lo relatan los testimonios:

1. Me cepillo tres veces al día y cuando no tengo cepillo usamos una planta que se cocina y nos enjuagamos con esa agua.
2. Me cepillo y cuando no tengo cepillo me limpio con un palito.
3. Me cepillo todos los días cuando uno termina de comer tres veces al día con la crema.
4. Mi abuelo prepara un agua hecha de madera, que eso evita enfermedades y caries.
5. Uso enjuague, me lavo bien y me cepillo.
6. Usamos cepillos y crema y cuando no hay crema no usamos nada, nos cepillamos todos los días 2 veces al día en la mañana y en la tardecita.
7. Antes mascaban el Capi que es una raíz amarga que ayudaba a conservar los dientes. Actualmente pues usamos crema y cepillo de diente y si tenemos enjuague bucal.
8. Con pura agua si no hay cepillos. Cuando compramos cada uno tiene uno y se cepilla 3 veces al día.

Como se puede apreciar en los testimonios 3, 5, 6 y 7, el pueblo Guahibo está consciente de que debe realizar la limpieza de sus dientes diariamente, inclusive nombran el uso de dentífrico, cepillo dental y enjuague bucal, aunque no siempre cuentan con los recursos necesarios como lo indican las entrevistas 8,10, 11 y 12; sin embargo, cuando no tienen dichos recursos utilizan métodos propios para realizar la limpieza bucal como lo expresan en los ejemplos 1, 2, 4 y 9; esta percepción coincide con los resultados de una investigación sobre las técnicas alternativas de higiene bucal en la comunidad de Los Nevados, estado Mérida ⁵⁴, donde se encontró que la mayoría de los participantes manifestó usar palitos de madera para retirar los restos

de comida que quedaban depositados entre los dientes y que les ocasionaban algún tipo de molestia.

9. Crema dental y cepillo de dientes cada uno tiene su cepillo, nos cepillamos 3 veces al día y si no hay crema nos cepillamos con jabón.
10. Cepillo y crema dental me cepillo después de comer a veces cuando se consigue enjuague bucal se utiliza y el hilo dental. Pero eso está caro.
11. Nos enjuagamos con crema y cepillo dental todos los días, pero la cosa esta cara.
12. Cepillarse los dientes con la crema dental hay veces que la gente no tiene para cepillarse.

Tal como se mencionó anteriormente el pueblo Guahibo emplea técnicas occidentales en conjunto con las propias de su cultura, en los testimonios 13, 14 y 15 los informantes consideran como medida preventiva evitar o disminuir el consumo de dulce en su dieta diaria.

13. No comer mucho dulce, no meterse cosas en la boca como palitos.
14. Cepillarse porque aquí no hay sitios odontológicos, no comer tantos dulces.
15. Me cepillo los dientes y trato de no comer dulce.

El agua también ha sido un factor fundamental como medida preventiva, ya que en los casos en los que no cuentan con los elementos para realizar la higiene bucal de manera convencional son conscientes de realizar la higiene con el principal recurso que poseen. En contraste con esto, en un estudio realizado en Los Nevados⁵⁵ los participantes en la investigación manifestaron no utilizar ningún instrumento para llevar a cabo la limpieza de sus dientes, contrario a ello sienten que con solo enjuagarse la boca con agua, logran eliminar los restos alimenticios de su boca. En este caso, los testimonios de la presente investigación no declaran pensar que el hecho de utilizar solo agua para su higiene bucal es suficiente, sin embargo sí declaran considerarlo como un recurso útil en el caso de no poseer los instrumentos más comúnmente utilizados, tal como se expresa en los testimonios:

16. Nos cepillamos y cuando no tenemos cepillo ni crema nos enjuagamos con agua tibia.
17. Utilizamos cepillos de dientes y si no, solo agua.
18. No uso nada, solo me enjuago con agua, no tengo cepillo dental.

Nos lavamos con cepillo cuando tenemos y agua.

4.2.2 La armonización intercultural en el tratamiento odontológico

En lo que se refiere al tratamiento de la odontalgia, el pueblo Guahibo trata las enfermedades independientemente del diagnóstico, siendo nuevamente, el agua el denominador común en sus prácticas diarias, atribuyendo el origen a causas traumáticas, religiosas o ambientales como lo relatan los hechos:

19. En la comunidad hay personas que rezan el agua uno se la toma y el dolor se calma, sino en el hospital le dan un medicamento para que se calmen los dolores.
20. Eso se reza un agua, se sopla el chamán se lo da y usted se lo toma para quitarse el dolor.
21. Tomamos una planta que se llama carretolendo se sacan esas hojas y se hierven con un poquito de agua con sal y se hacen buches con eso.
22. En mi caso sacamos hojas de mango de las más tiernas se cocinan y se hacen buches y gárgaras, también con la concha del merey que sirve para cicatrizar.

4.2.2.1 El uso de plantas medicinales y ritos religiosos

Aplican las terapias empíricas que han aprendido a través de sus ancestros o de experiencias familiares previas, utilizando para este fin plantas, raíces y ritos religiosos proporcionados por los chamanes o ancianos especialistas en la etnia todo esto con la finalidad de disminuir la sintomatología ^{26,32,54,56,57}. Así lo relatan los testimonios:

23. Va para donde el curandero o chamán, depende de lo que tenga se buscan las hierbas

4.2.2.1.1 *Mangifera indica L*

El pueblo Guahibo menciona usar las hojas de *Mangifera indica L.* conocida comúnmente como árbol de mango, artículos citan que el empleo de extractos de hojas y tallo de *Mangifera indica L.* han sido utilizados en la medicina tradicional como analgésico para el tratamiento de dolores dentales y dolores de otro tipo ⁵⁸

24. Buscamos al abuelito que prepara el remedio, nos dan medicinas naturales como el cogollito de limón, el cogollito de mango.
25. Se toma hierba o se toma medicina, la pomada de rayo se echa en un algodón y se pone en donde duela.
26. Tomamos plantas que nos daban los abuelos.

4.2.2.1.2 *Musa paradisiaca* (plátano)

La *musa paradisiaca* es una planta herbácea, se conoce como mata de plátano o platanote, que se cultiva por excelencia en climas tropicales, principalmente para el consumo de su fruto, al cual se le conocen efectos medicinales para el tratamiento de la diarrea, por otra parte otros estudios señalan que además del fruto, se usa el rizoma, el eje de la inflorescencia ubicado dentro del tallo ⁵⁹. Dentro de la sabiduría que posee la cultura Guahibo se contemplan estos usos, además es evidente el empleo de esta planta con fines terapéuticos para el tratamiento de la odontalgia, como lo declaran en el testimonio 28.

28. Hay una mata que le decimos el platanote que bota una leche y eso se coloca ahí donde duele como un calmante.
29. Vamos a la medicatura a que nos den remedios sino cocinamos nuestras hierbas, hay una que se llama mata bachaco, otra se llama caña la india que se usa con otra mata sino hay oraciones que las hace el chamán.
30. Para el dolor de muela hay oraciones que hace el chamán y se le calma el dolor con una sola vez es suficiente o le reza la crema dental se pone donde le duele y se le quita el dolor.
31. Vamos al chamán y ellos lo rezan hasta que se cure, se toman hierbas que él reza o hace un bálsamo rezado.

En este aspecto, gracias al proceso de transculturización al que está expuesto el pueblo Guahibo, debido al contacto continuo con los criollos, comparten los conocimientos y es evidente que saben fusionar sus prácticas tradicionales con los tratamientos occidentales, acudiendo a los centros de salud más cercanos cuando así lo requieran bien sea los centros asistenciales proporcionados por la red de salud del estado o a clínicas privadas si está dentro de sus posibilidades como se pudo apreciar en los testimonios a continuación:

32. Pues voy cuando es necesario cuando tengo una molestia.
33. Vamos a buscar al chamán o vamos a la medicatura allá nos dan un calmante
34. Yo no conozco remedios naturales para eso, vamos al ambulatorio para que nos den algo.
35. A veces nos toca ir a Ayacucho al hospital.
36. Vamos al ambulatorio si es grave lo que uno tiene va para Ayacucho.

4.2.2.2 Consumo de fármacos

La influencia de la medicina occidental en ciertos poblados es muy frecuente, siendo la terapia de primera opción para algunas personas pertenecientes al pueblo Guahibo. Esto se debe al fomento de la educación hacia esta población sobre el origen de la enfermedad. Además los tratamientos occidentales les resultan efectivos y rara vez tienden a fallar quizás por un mal diagnóstico, sin embargo a pesar de ser elegidos como primera opción no siempre están a su alcance. Así lo relatan los testimonios que se presentan a continuación:

37. A veces tomamos pastillas para el dolor, no tomamos remedios caseros.
38. Tomamos pastillas.
39. Tomamos amoxicilina o algo para que cicatrice.
40. Tomar calmantes.

Resultados que concuerdan con una investigación realizada en la comunidad Wotjuja del municipio Autana estado Amazonas ²⁷ en el cual algunos de los investigados manifestaron utilizar el consumo de fármacos como primera opción ante los síntomas de enfermedad.

4.3 Diagnóstico de enfermedades

La comunidad Guahibo principalmente se reconoce como enfermos cuando existe la presencia de dolor. Sin dolor no hay enfermedad y así lo expresan los siguientes testimonios:

41. La única que conozco es el dolor de muela.
42. Dolor cuando como, porque me quedan restos de comida entre los dientes.
43. Dolor.
44. Dolor de muela y cáncer de muela.
45. Dolor de diente.
46. Dolor de muela y a los niños les sale una cosa blanca en los labios.

Como se puede apreciar en estos testimonios, es evidente que la presencia de dolor para los integrantes de la población Guahibo es el indicador principal de enfermedad. Las otras sintomatologías como caries, sangrado en las encías, halitosis, úlceras y verrugas bucales pasan a un segundo plano. Así se evidencia en los testimonios:

47. Sé que estoy enfermo, porque me siento mal cuando tengo muela picada en la boca.
48. Un puntico negro y después la muela podrida.
49. Sangrado en las encías.
50. Sangrado en las encías, en los dientes y pérdida de los dientes.
51. Si, sufrí de mal aliento cuando tenía la muela mala
52. Mal aliento, caries, llagas, sangrado en las encías y llagas en la lengua
53. Llagas en los labios y caries
54. Llagas dentro de los labios, muelas picadas, verrugas, sangre en las encías
55. Verrugas dentro de la boca y caries

Esto coincide con un estudio realizado en la comunidad Wótjúja del municipio Autana, estado Amazonas, Venezuela, en el que se pudo apreciar, que los integrantes de esta etnia desconocen estar enfermos a menos que exista presencia de dolor como consecuencia de una patología y cualquier otra sintomatología la consideran como un estado normal ²⁷. En sincronía a estos conocimientos, un estudio realizado a la comunidad Warao en el Delta del Orinoco, indica que los Warao estudiados solo se encaminan al tratamiento de los síntomas de una enfermedad y no a la enfermedad propiamente dicha. En este sentido, considera que las lesiones asintomáticas son normales o no patológicas, pues no les produce molestias ¹⁰.

4.4 Necesidad de atención

Los pueblos indígenas de Venezuela poseen uno de los problemas más graves en salud de toda Latinoamérica; la comunidad Guahibo no es la excepción. Se debe, en parte, al aislamiento en el que viven, la falta de conocimiento de su cultura y lengua, el desconocimiento de parte de los criollos, por un lado, y el desconocimiento de la comunidad de tratamientos convencionales, por el otro. Además, la discriminación los afecta negativamente.

Todo lo antes mencionado trae como consecuencia la desatención médico-odontológica a los miembros de esta comunidad. La mayoría nunca ha sido atendida por un odontólogo, o únicamente han aprovechado cuando hay jornadas de atención que llegan a la comunidad. Solo unos pocos han acudido al centro hospitalario para recibir la atención que requieren. Esto se debe a que las comunidades están ubicadas lejos de los centros urbanos; para trasladarse requieren de recursos económicos de que no disponen. Así lo relatan en los siguientes testimonios:

56. Nunca he ido al odontólogo.
57. Es primera vez, y vengo a ver cómo están mis dientes.
58. No, para curar hay que ir a la capital a la medicatura.
59. No yo nunca he ido porque eso no hay cerca.
60. No, es la primera vez porque me queda muy lejos, vengo para sacarme una muela dañada.
61. Porque no tenemos un centro odontológico cercano y porque no se tiene el dinero suficiente para ir a una clínica.

En los testimonios 56, 57 y 58 se evidencia que estos miembros de la comunidad Guahibo nunca han acudido a una consulta odontológica, pero no exponen las razones. A diferencia de los testimonios 59, 60 y 61 que indican que tampoco han sido atendidos por un odontólogo, ellos aseguran que esto se debe a que el centro hospitalario está muy distante y no tienen recursos para trasladarse.

62. No, aprovechan cuando hay jornadas de atención odontológica aquí.
63. Solo fui una vez y no me ayudo.
64. Muy pocas veces vamos porque aquí no hay.
65. Si varias veces porque tenía molestias.

En cambio, en los testimonios 62, 63, 64, 65, indican que sí han recibido atención odontológica cuando hay jornadas de atención o acudiendo al centro hospitalario.

Además se pudo observar que existe carencia de medios necesarios para preservar y conservar la salud, lo que nos lleva a pensar que el estado no ha invertido lo suficiente en este aspecto. De allí que carezcan de una atención médico-odontológica adecuada y deban decidir entre trasladarse a otras localidades para conseguir una atención que cubra sus necesidades básicas, o atenderse por ellos mismos, a través de sus saberes culturales o conocimientos empíricos sobre salud.

A pesar de lo mencionado anteriormente, se sabe que en el 2004 se creó en el Ministerio Popular para la Salud (MPPS) una oficina específicamente dedicada a la problemática de salud de los pueblos indígenas. El tesón con que ha trabajado esta oficina en conjunto con la importancia que el Ministerio dio al asunto, hizo que esta oficina que comenzó como un pequeño “grupo de trabajo” de cuatro personas en 2003, pasase a ser una coordinación en 2004, y después en 2006, llegase a ser una dirección general del Ministerio con más de cien personas, técnicos y profesionales indígenas y no-indígenas, trabajado en Caracas y en los ocho estado con población

indígena del país. Este crecimiento en jerarquía institucional y fuerza laboral, ha sido, y es, cada día más necesario para impulsar las complejas medidas sanitarias que se ameritan para remediar los niveles de salud de los pueblos indígenas; siempre entre los peores del país. El MPPS ha optado por “transversalizar” un enfoque intercultural en el sistema de salud en vez de crear un subsistema de salud para los pueblos indígenas como existe en Brasil, por ejemplo. Es decir, se ha optado por trabajar en adaptación de todas las políticas, planes y programas nacionales a la especificidad cultural de los indígenas ⁶⁰.

La interculturalidad en salud es un concepto en construcción, que causa confusión en los profesionales de la salud por las limitaciones en la formación básica en antropología o interculturalidad en las escuelas de medicina. La interculturalidad en salud implica un cambio de paradigma del ejercicio médico, que es posible insertarlo en la recuperación de la tradición clásica de la medicina, que fue dejada de lado por el enfoque exclusivamente biomédico en el siglo XIX ⁶¹.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Con base en los resultados, se puede concluir lo siguiente:

- El método preventivo más utilizado por la comunidad Guahibo del municipio Autana es la higiene bucal mediante el cepillado dental, o en su defecto buches con agua; el agua es el común denominador en cuanto a medidas preventivas.
- El pueblo Guahibo sobre la prevención y tratamientos de enfermedades bucales fusionan las prácticas occidentales con las prácticas ancestrales propias de su etnia utilizando para ello ritos religiosos, plantas y productos minerales.
- La presencia de enfermedad para el pueblo Guahibo es determinada por la sintomatología dolorosa.
- Los tratamientos más comúnmente utilizados son los que incluyen plantas y ritos religiosos.

5.2 Limitaciones

A continuación se indican las restricciones y obstáculos que surgieron durante el desarrollo de la investigación:

- Desconocimiento de la lengua Guahibo: debido a la diferencia de idiomas, las entrevistas eran en su mayoría posibles gracias a la ayuda de un intérprete.

Falta de recursos económicos: Se limitó a este número de comunidades por no contar con los recursos suficientes para cubrir los costos de traslado entre una comunidad y otra.

5.3 Recomendaciones

- Mayor disponibilidad de tiempo en la recolección de los datos para lograr profundidad etnográfica, así como contar con un mayor presupuesto para visitar más comunidades y obtener resultados concluyentes.
- El investigador debe poseer conocimientos de la lengua Guahibo.

www.bdigital.ula.ve

REFERENCIAS

1. Glick M, Williams DM, Kleinman D V, Vujcic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Am J Orthod Dentofac Orthop.* 2017;151(2):229–31.
2. Amodio E, Pérez G, Poblete C. Pautas de crianza del pueblo piaroa de Venezuela. Primera ed. Amodio E, editor. Caracas, Venezuela: UNICEF; 2006. 52 p.
3. Vinding D, Mikkelsen C. El mundo indígena 2016. Diana Vind. IWGIA, editor. Copenhague: IWGIA; 2016. 569 p.
4. Estadística Instituto Nacional de Estadística. La población indígena de Venezuela: Censo 2011. Vol. 1, Instituto Nacional de Estadística. Venezuela; 2013.
5. Gaona M, Aguilar T, Tarazona D, Mosonyi E, Alonso J, Colmenares H. Pueblos Indígenas de Venezuela, Jivi (Guajibo). Coello M, editor. Caracas, Venezuela: Santillana; 2009. 1–96 p.
6. Bello Á, Rangel M. La equidad y la exclusión de los pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina y el Caribe. *Rev la Cepal.* 2002;76:39–45.
7. Tsai C, Blinkhorn A, Irving M. Oral Health Programmes in Indigenous Communities Worldwide-Lessons learned from the field: A qualitative systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2017;(March):1–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/cdoe.12302>
8. Di Fabio J, Almeida R, Quizhpe F. La salud de los pueblos indígenas de las Américas: conceptos, estrategias, prácticas y desafíos. Quizhpe F, editor. Ecuador: Organización Panamericana de la Salud; 2007. 66 p.
9. Mundial B. Los Pueblos Indígenas en América Latina [Internet]. Washington DC; 2014. Available from: www.bancomundial.org
10. Millán A, Morales O, León M, Bermúdez J. Saberes culturales sobre prevención y tratamiento de enfermedades bucales en la comunidad Warao del

- Delta del Orinoco. Rev Venez Investig Odontológica la IADR [Internet]. 2017;5(1):5–28. Available from: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio>
11. Amodio E, Ibarrola D. Las pautas de crianza del pueblo jivi de Venezuela. Primera ed. Amodio E, editor. UNICEF; 2006.
 12. Amodio E. Culturas Indígenas de Venezuela. Globe, editor. Caracas; 1998. 165–187 p.
 13. Cetti A. “ La salud intercultural mapuche a través del tamiz de la gubernamentalidad . Un estudio de caso ” [Internet]. Políticas indígenas en Patagonia: una historia de dos siglos. Bariloche, Argentina; 2008. Available from: <http://www.hechohistorico.com.ar/Trabajos/Jornadas de Bariloche - 2008/Cetti.pdf>
 14. Aguilar A, Sosa N, Maldonado M, De la Fuente J. Experiencia de caries dental e higiene bucal en escolares de una comunidad indígena del estado de Oaxaca. Rev Odontologica Mex. 2010;14(1):32–7.
 15. Huamán-Espino L, Valladares C. Estado nutricional y características del consumo alimentario de la población aguaruna. Amazonas, Perú 2004. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2006;23(1):12–21. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n1/a03v23n1.pdf>
 16. Hasen F. Interculturalidad en salud : competencias en prácticas de salud con población indígena. Cienc y Enferm. 2012;XVIII(3):17–24.
 17. Alves P, Ventura R, Vianna M. Fatores associados a cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina: revisão sistemática. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2014;35(1):67–77. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n1/10.pdf>
 18. Marçal E, Nicolas F, Gaetti E, Hespanhol D, Lima E, Schweitzer C, et al. Evaluation of Oral Health in a Community of Native Brazilians of the Umutina Reservation , Mato Grosso State. Int J Odontostomatol. 2011;5(1):59–63.
 19. Medina W, Hurtig A-K, San Sebastian M, Quizhpe E, Romero C. Dental Caries in 6-12-Year-Old Indigenous and Non-Indigenous Schoolchildren in the Amazon Basin of Ecuador. Braz Dent J. 2008;19(1):83–6.

20. Moron A, Santana Y, Pirona M, Rivera L, Rincon M, Pirela A. Cronología y secuencia de erupción de dientes permanentes en escolares wayúu. parroquia idelfonso vasquez. municipio maracaibo- estado Zulia. *Acta Odontológica Venez.* 2006;44(1).
21. Fasanella M, Machado ME. Disfunción temporomandibular en las etnias indígenas , afrodescendientes y criollas del estado Zulia . Un enfoque desde la epidemiología crítica. *Cienc Odontol.* 2011;8(1):7–22.
22. Moron A, Rivera L, Rojas F, Pirona M, Santana Y, Suarez I, et al. Aportes al estudio de la epidemiología bucal del wayúu. *Cienc Odontol.* 2004;1(1):18–29.
23. Medina L. Dificultad comunicacional entre los profesionales de odontología y los pacientes indígenas. *Cienc Odontol.* 2011;8(2):132–40.
24. Guerra M, Martín A, Mata M, Montés A, Sougbe R, Villarroel M. Hiperplasia epitelial multifocal estudio en un grupo de niños indígenas venezolanos. *Acta Odontológica Venez.* 2007;45(3):6–9.
25. Navarro L, Ordaz K, Lacruz B, Moret Y. Prevalencia de la hiperplasia epitelial focal en pacientes de las etnias Sanema y Yekuana. Estado Bolívar. Venezuela. *Acta Odontológica Venez.* 2006;44(3):1–5.
26. Noguera A, Urdaneta A. Uso de plantas medicinales para la salud bucal en las comunidades indígenas de lagunillas, municipio Sucre, estado Bolivariano de Mérida, Venezuela. En proceso publicación. 2019;
27. Sánchez E, Meza S, Ángeles MDL, Camacho L, Alberto O. Saberes culturales sobre la prevención y tratamientos de enfermedades bucales en el pueblo Wótjüja del municipio Autana , Estado Amazonas , Venezuela i (*Revista Acta 1 Odontólogos egresados de la Facultad de Odontología , Universidad de Los Andes , Venez. Rev acta bioclinica [Internet].* 2019;1–22. Available from: https://www.researchgate.net/publication/322404000_Saberes_culturales_sobre_la_prevencion_y_tratamientos_de_enfermedades_bucales_en_el_pueblo_Wotjuja_del_municipio_Autana_Estado_Amazonas_Venezuela/download
28. Morales O. Una mirada crítica a la atención odontológica en comunidades indígenas venezolanas: realidades, experiencias y perspectivas desde la

- Universidad de Los Andes. Rev Venez Investig Odontológica la IADR. 2017;5(1):1-4.
29. Munkong, R., y Juang B. Auditory perception and cognition. Signal Process Mag. 2008;25(3):98-117.
 30. La asamblea nacional de la Republica Bolivariana de. Ley orgánica de pueblos y comunidades indígenas. 2005.
 31. Godoy A, Navas R, Fox M, Quintero T. Prevención en salud bucal : revisión de las acciones con enfoque intercultural para los pueblos indígenas. Cienc Odontol. 2014;11(1):39-49.
 32. Albarran Y, Bebersy Y, Hernandez I, Ernesto M, Marily R, Uzcategui M, et al. Salud bucal en indígenas latinoamericanos. Una revision sistemática. Rev Venez Investig Odontológica la IADR. 2017;5(2):238-62.
 33. Bello LJ. Los Pueblos Indigenas Aislados o con Poco Contacto en Venezuela. Parellada A, editor. Venezuela: IWGIA; 2010.
 34. Moron A. Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. Primer reporte nacional. Cienc Odontol. 2008;5(3):11.
 35. Morón A, Navas R, Fox M, Santana Y, Quintero L. Prevalencia de caries dental en las etnias venezolanas. Cienc Odontol. 2009;6(2):99-115.
 36. Garcia R. Un estudio de la comunicación indígena en la comunidad Jivi de Ekunay. Universidad de Valladolid; 2014.
 37. Zozolo E. La cultura física de la poblacion indígena "Jivi" del estado Amazonas de Venezuela, a través de la reconstrucción historica-oral. 2012.
 38. Amodio E. Pautas de crianza entre los pueblos indígenas de Venezuela: Jivi, Piaroa, Ye'kuana, Añú, Wayuu y Warao. Primera ed. Amodio E, editor. Caracas, Venezuela: UNICEF; 2005. 529 p.
 39. Daly B, Batchelor P, Treasure E, Watt R. Essential dental public health [Internet]. 2nd ed. Press OU, editor. Oxford; 2013. 264 p. Available from: <https://global.oup.com/ukhe/product/essential-dental-public-health-9780199679379?cc=co&lang=en&>
 40. Geringer A. La práctica odontológica en Venezuela. Venezuela A impresiones,

- editor. 1989.
41. Moragas R. Enfoque sociológico de diversas concepciones de salud. *Rev sociológica*. 1976;5.
 42. Alarcón M AM, Vidal H A, Rozas JN. Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Med Chil* [Internet]. 2003;131(9):1061–5. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v131n9/art14.pdf>
 43. OMS. Salud bucodental [Internet]. 2007. Available from: <https://www.who.int/>
 44. Espinoza-Usaqui EM, Pachas-Barrionuevo F de M. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. *Rev Estomatológica Hered* [Internet]. 2014;23(2):101. Available from: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/37-128-1-PB \(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/37-128-1-PB%20(1).pdf)
 45. OMS. Promoción de la salud. Glosario. *J Chem Inf Model* [Internet]. 1998;53(9):15–6. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=76F91545973BE082C0A9BB95E806215C?sequence=1
 46. Linares L, Ruíz N, Herrera D, Gomez R. Caries dental y condiciones de higiene oral en indígenas Sikuani, municipio de Puerto Gaitán. *Rev Colomb Investig odontológica*. 2010;1(2):246–53.
 47. Torres C, Burbano E. Etnicidad y Salud Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Available from: [https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/3259/mod_resource/content/0/determinantes/lecturasprincipal/unidad_3.2lp/lp_3.2_Etnicidad y Salud.pdf](https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/3259/mod_resource/content/0/determinantes/lecturasprincipal/unidad_3.2lp/lp_3.2_Etnicidad_y_Salud.pdf)
 48. Buhmann JM, Malik J, Perona P. Image recognition: Visual grouping, recognition, and learning. *Proc Natl Acad Sci*. 2002;96(25):14203–4.
 49. Cabanyes Truffino J. Percepción normal y patológica: una aproximación a sus implicaciones pedagógicas. *Rev Complut Educ* [Internet]. 2000;11(1):15–37. Available from: <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/RCED0000120015A/170>

50. Luz Vargas. Sobre el concepto de percepción. *Alteridades* [Internet]. 1994;4(8):47–53. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>.
51. Hernández R, Fernandez C, Baptista L. *Metodología de la investigación*. 6ta edicio. Mexico: Mc Graw Hill Education; 2010. 634 p.
52. Hurtado J. *Metodología de la Investigación. Guía para la comprensión Holística de la ciencia* [Internet]. 4ta edicio. Quiron ediciones; 2010. 925 p. Available from: <https://dariososafoula.files.wordpress.com/2017/01/hurtado-de-barrera-metodologicc81a-de-la-investigacioc81n-guicc81a-para-la-comprensioc81n-holicc81stica-de-la-ciencia.pdf>
53. Berg BL. *Qualitative research methods for the social sciences*. 4ta edicio. Vol. Seventh Ed, *Qualitative Research*. California: Allyn and Bacon; 2001. 418 p.
54. Vazquez B, Martinez B, Aliphath M, Aguilar A. Uso y conocimiento de plantas medicinales por hombres y mejeeres en dos localidades indígenas en Coyomeapan, Puebla, México. *Interciencia*. 2011;36(7):493–9.
55. Romero Y, Duque S, Quijano Y. Técnicas alternativas de higiene bucal en la parroquia Los Nevados. Edo. Mérida 2008. *Acta Odontológica Venez* [Internet]. 2011;49(1):1–9. Available from: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/1/art-16/>
56. Arango J, Iságama M. Flora etnoodontológica de las comunidades indígenas embera del atrato medio antioqueño. *Rev Fac Odontol Univ Antioquia* [Internet]. 2012;23(2):321–33. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2012000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=es
57. Trujillo W, Gonzalez V. Plantas Medicinales Utilizadas Por Tres Comunidades Indígenas en el Noroccidente de la Amazonia Colombiana. *Mundo Amaz*. 2011;2:283–305.
58. Castro K. Determinación de la actividad antiproliferativa y citotóxica del extracto acuoso-etanólico de la corteza del árbol de *Mangifera indica* L. en células de cáncer cérvicouterino HeLa. 2014.

59. Hernandez L, Vit P. El plátano un cultivo tradicional con importancia nutricional. Rev del Col Farm del estado Mérida. 2009;II(11).
60. Iwgia. El derecho a la salud de ls pueblos indigenas en aislamiento y en contacto inicial. Ponencias presentadas en la reunión internacional en Quito, Ecuador 19-20 de octubre de 2007. 2007. 147 p.
61. Salaverry O. Presentación del Simposio: Interculturalidad en Salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2010;27(1):80–93.

www.bdigital.ula.ve