UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

ESTADO DE HIGIENE BUCAL SEGÚN EL ÍNDICE DE PLACA COMUNITARIO EN LA COMUNIDAD MISAK CON DISCAPACIDAD ENTRE ENERO Y JULIO DEL 2016

CINTHYA CRISTINA SOLORZANO VERA
Odontóloga

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Odontología
Especialidad Estomatología Pediátrica y Ortopedia Maxilar
Bogotá, Colombia
2016

ESTADO DE HIGIENE BUCAL SEGÚN EL ÍNDICE DE PLACA COMUNITARIO EN LA COMUNIDAD MISAK CON DISCAPACIDAD ENTRE ENERO Y JULIO DEL 2016

CINTHYA CRISTINA SOLORZANO VERA
Código: 2950407691
ccsolorzanov@unal.edu.co

Trabajo de grado para optar por el título de:
Estomatóloga Pediatra y Ortopedista Maxilar

Directora: Dra. Ángela Liliana Grandas Ramírez
Profesora Asociada Universidad Nacional de Colombia
Odontóloga - Estomatóloga Pediatra, Mg. Discapacidad e Inclusión Social
Universidad Nacional de Colombia

Codirector: Herney Alonso Rengifo Reina
Profesor Ocasional Universidad Nacional de Colombia
Ortodoncista U.N, Mg. Salud Pública, Mg. Epidemiología U. Valle

Grupo de investigación Salud Infantil
Línea Investigación Discapacidad

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Odontología
Especialidad Estomatología Pediátrica y Ortopedia Maxilar
Bogotá, Colombia
2016

Dedicatoria

A Dios

Quien ha forjado mi camino y me ha dirigido por el sendero correcto, quién me guía y acompaña, enseñándome mis errores y de quien recibo la sabiduría para emprender mis proyectos

A mi madre Isidra Vera

De quien recibo la más linda motivación, en ella va dirigida mis esfuerzos y ganas de superación, quién forjó mi carácter para saber levantarme y ponerle frente a las adversidades.

A mi hermano José Solórzano

De quien recibí gran apoyo en todos los sentidos y quién es mi ejemplo de superación.

A la memoria de Dominga Muñoz

Quién me recibió en su hogar, cuidó de mí y supo aconsejarme y motivarme como una madre.

Agradecimientos

A mis asesores de tesis Dra. Ángela Grandas y Dr. Herney Rengifo, por su paciencia, motivación y orientación para la realización de esta tesis, su apoyo y amistad me permitieron aprender no solo de su parte profesional sino también de su parte humana.

A la comunidad Misak, en especial Taita Floro Alberto Tunubalá actual director del Hospital Mama Dominga, Mama Marleny Morales y demás funcionarios, por brindar su colaboración durante la ejecución de este trabajo.

A la Universidad Nacional de Colombia, de quién recibí el conocimiento necesario para enfrentarme a la vida profesional y por brindar su apoyo económico para la realización de este trabajo.

A mis amigas Sandra González y Sonia Peruccini, por ser parte de este proceso de formación académica y convertirse en un apoyo incondicional.

RESUMEN

Alrededor del 15% de la población mundial viven con algún tipo de discapacidad según el Informe Mundial de Discapacidad 2011, y el último censo en Colombia del 2005 reporta un 6.4%; faltan datos estadísticos sobre las comunidades indígenas en general con discapacidad según el estado mundial de la infancia, niñas y niños con discapacidad 2013 y en Colombia no existen reportes oficiales de poblaciones indígenas con discapacidad.

La perspectiva interseccional visibiliza ser indígenas y con discapacidad, dos condiciones sociales con exclusiones, opresiones y vulnerabilidades que viven en el ámbito de la salud; que pueden influir en su estado salud general y aumentar los riesgos de enfermedades bucodentales como lo demuestra Federación Dental Internacional en 2015.

La investigación permitió conocer a partir de un indicador simple tener aproximaciones al estado de salud bucal de los indígenas Misak con discapacidad, desde la representación de hábitos en salud bucal y su relación con el nivel de placa dental bacteriana y dejar una línea base para futuras investigaciones.

Objetivos: Describir el estado de higiene bucal de las personas con discapacidad que residen en la comunidad Misak (Guambiano) resguardo indígena de Guambia Silvia-Cauca entre enero y julio del 2016.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se usó el formato para índice de placa comunitario (IPC) del Dr. Jairo Corchuelo. Las pruebas de estandarización de criterios clínico, con coeficiente de correlación intraclase superior a 0.8. Captura de la información se realizó en Epi-info 2003 versión 7.0. Autorización de la comunidad y aceptación por medio del consentimiento informado.

Resultados: Se identificaron 46 personas con algún grado de discapacidad, de las cuales 54.3% (25) eran hombres y 45.6% (21) mujeres, con un promedio de edad de 22.6 años (+/- 11), 41.3 % (19) tenía estudios de básica primaria, 76.1% (35) de la población estudiada presentaba una discapacidad, el resto de la población entre dos y tres tipo de discapacidad. Frente al tipo de discapacidad la mayor que se presentó fue la mental con 54.3% (25). Los hábitos de higiene bucal el 43.5% (21) de las personas se cepilla al menos una vez en el día, 69.6% (32) tiene cepillo propio, 56.5% lo hace solo y cerca del 10% lo realiza con ayuda de su cuidador, más del 60% no usa seda dental ni enjuague bucal.

El promedio de dientes presentes fue 23.3 (+/- 6.0) y para el IPC, se obtuvo un promedio de 91.8% (+/- 11.3), mayor en mujeres (93.4 (+/- 1.7)) que en hombres (90.6 (+/- 2.7)) sin ser estadísticamente significativo. Se encontraron diferencias en personas sin discapacidad sensorial (94.1 (+/- 1.6) comparada con población con este tipo de discapacidad (87.9 (+/- 3.4) con un p de 0.03. En los hábitos solo se encontró alguna relación con las personas que usan enjuague bucal siendo menor (74.4 (+/- 15.1) comparada con los que no usan de 93.8 (+/- 1.4) p: 0.003

Conclusión: Las personas con discapacidad de la comunidad Indígena Misak presentan un índice de placa comunitario alto de 93.4 % con pocos hábitos de higiene oral.

Palabras clave: Personas con Discapacidad, Servicios de Salud del Indígena, Higiene Bucal, Salud Bucal, Índice de Higiene.

ABSTRACT

Around 15% percentage of the global population lives with some kind of disability according the World Disability Report (2011), and the last census in Colombia (2005) reports about 6.4%; lack of statistical data on aboriginal communities in general with disabilities according to the state of childhood, children with disability (2013) and in Colombia does not exist official reports of indigenous population with disability.

Intersectional perspective makes visible being aboriginals and disabled, two social conditions exclusions, oppressions and vulnerabilities that live in the area of health; which may influence their overall health status and increase the risk of oral disease as evidenced International Dental Federation in 2015.

The research allows to know from a simple indicator has approaches to oral health status of Misak aboriginals disabled from the representation of oral health habits and their relationship to the level of dental plaque and leave a base line for future research.

Objectives: Describe the state of oral health of the population with disability who lives into the Misak community (Guambiano) aboriginal of Guambia shelter Silvia – Cauca between January and July of 2016.

Methods: Descriptive observational cross-sectional study. The format for Community board index (CPI) Dr. Jairo Corchuelo was used. Standardized tests clinical criteria, with interclass correlation coefficient greater than 0.8. Information capture was made in 2003 Epi-info version 7.0. Authorization community and acceptance by means of informed consent.

Results: 46 people were identified with some grade of disability, of which 54.3% (25) were men and 45.6% (21) women, with an average age of 22.6 years (+/- 11), 41.3% (19) had basic primary studies, 76.1% (35) the study population had a disability, the rest of the population between two and three disability. Facing the type of disability as presented was 54.3% with mental (25). The oral hygiene habits 43.5% (21) of people brushing at least once in the day, 69.6% (32) has its own brush, 56.5% do it alone and about 10% is done with the help of his caretaker , not more than 60% floss or mouthwash.

The average number of teeth present was 23.3 (+/- 6.0) and the IPC, an average of 91.8% (+/- 11.3), higher in women (93.4 (+/- 1.7)) than men (90.6 was obtained (+/- 2.7)) was not statistically significant. Sensory differences in people without disabilities (94.1 (+/- 1.6) compared to people with this type of disability (87.9 (+/- 3.4) with p 0.03. In the habits just found some relationship with people who use mouthwash being lower (74.4 (+/- 15.1) compared with non-users of 93.8 (+/- 1.4) p: 0.003

Conclusion: People with disability from the aboriginal community Misak present an index of plaque community high 93.4% with few oral hygiene habits.

Keywords: People with Disabilities, aborigenal´s Health Services, Oral Hygiene, Oral Health, Hygiene Index.

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria **3**

Agradecimientos **4**

Resumen **5**

Abstract **7**

Tabla de contenido **9**

Lista de figuras **11**

LISTA DE TABLAS **12**

Lista de gráficas **13**

Lista de fotografías **14**

Glosario **15**

Introducción **16**

Planteamiento del problema **19**

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 20

OBJETIVO GENERAL 21

OBJETIVOS ESPECÍFICOS 21

Justificación **22**

marco teórico **23**

1. SALUD BUCAL EN COMUNIDADES INDÍGENAS DESDE UNA MIRADA INTERNACIONAL Y LOCAL 23

1.1 Índices como método diagnóstico de salud bucal 25

1.1.1 Índice de placa comunitario (IPC) 27

2. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR INDÍGENA? 29

2.1 Comunidad o pueblo Misak (Guambiano) 30

2.2 Comunidad Misak (Guambiano) y su derecho a la salud 33

3. DISCAPACIDAD 34

3.1 Normatividad 34

3.2 Cosmovisión de la discapacidad 35

3.3 Clasificación discapacidad 37

3.4 Estadística y censo poblacional de la discapacidad 39

3.5 Discapacidad vista desde la interseccionalidad 39

Metodología-estadística **41**

Análisis de resultados **49**

Discusión **64**

Conclusiones **67**

Recomendaciones **68**

Referencias bibliográficas **69**

Anexos **72**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.Mapa resguardo indígena de Guambia 31
Figura 2. Modelo conceptual colombiano de la discapacidad. 37
Figura 3 Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF). 38

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Descripción de los diferentes índices de monitoreo de placa bacteriana . 26
Tabla 2 Percepción social de la discapacidad..... 36
Tabla 3. Características sociodemográficas de Misak con discapacidad del resguardo indígena de Guambia, Silvia- Cauca. 49
Tabla 4. Características sociodemográficas de personas con discapacidad del resguardo indígena de Guambia Silvia – Cauca. 51
Tabla 5. Número de discapacidades presente en los Misak de acuerdo con el sexo..... 53
Tabla 6. Distribución del diagnóstico principal en Misak con discapacidad del resguardo de Guambía, Silvia – Cauca..... 53
Tabla 7. Distribución del diagnóstico secundario en Misak con discapacidad del resguardo de Guambía, Silvia – Cauca..... 54
Tabla 8. Distribución de discapacidad física según sexo. 54
Tabla 9. Distribución de discapacidad mental según sexo. 55
Tabla 10. Distribución de discapacidad sensorial según sexo. 55
Tabla 11. Distribución del rango de edad en relación al tipo de discapacidad. ... 56
Tabla 12. Distribución de hábitos de higiene bucal en la comunidad Misak con discapacidad. 56
Tabla 13. Causa, tratamientos y frecuencia en servicios de salud bucal en comunidad Misak con discapacidad. 58
Tabla 14. Índice de placa comunitario presente en hombre y mujeres Misak con discapacidad. 59
Tabla 15 Comparación del IPC con la distribución sociodemográfica de la comunidad Misak con discapacidad. 60
Tabla 16. Evaluación individual de las discapacidades con respecto al IPC en la comunidad Misak con discapacidad. 61
Tabla 17. Comportamiento del IPC respecto a los hábitos de higiene bucal en la comunidad Misak con discapacidad. 62

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución de personas con discapacidad del resguardo indígena de Guambia según su afiliación a seguridad social en salud. 50
Gráfica 2. Distribución de las personas del resguardo indígena de Guambia, según el tipo de discapacidad. 52
Gráfica 3. Comparación entre sexo y el tipo de discapacidad. 55
Gráfica 4. Hábitos de cepillado por parte de la comunidad Misak con discapacidad. 58
Gráfica 5.Aprendizaje del cepillado dental en la comunidad Misak con discapacidad. 58
Gráfica 6.Comportamiento del IPC con respecto al tipo de discapacidad en la comunidad Misak. 61
Gráfica 7.Comportamiento del IPC con respecto a la enseñanza y ayuda en la comunidad Misak con discapacidad 63
Gráfica 8.Comportamiento del IPC con respecto a la presencia de dolor en la boca en la comunidad Misak con discapacidad. 63

LISTA DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía 1. Vista general de una parte del resguardo indígena Guambia 30
Fotografía 2. Evidencia de la vocación agrícola de la comunidad Misak, cultivo de fresas. 32
Fotografía 3. Mujer Misak con discapacidad aplicando técnica de tejido. 32
Fotografía 4. Tinción de placa bacteriana en superficies dentales, comunidad Misak con discapacidad. 42
Fotografía 5. Colocación directa de tinción con ayuda del dedo índice a personas con deficiencia cognitiva..... 42
Fotografía 6. Personas con discapacidad previa evaluación IPC..... 43
Fotografía 7. Residente de Estomatología pediátrica realizando índice de placa comunitario (IPC). 44
Fotografía 8.Implementación del consentimiento informado 45
Fotografía 9. Tipo de discapacidad presente en la Comunidad Misak 52
Fotografía 10. Demostración de técnica de cepillado habitual en las personas encuestadas 57

GLOSARIO

CIDH:	Comisión Internacional de Derechos Humanos
CDPD:	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CIF:	Clasificación Internacional de Función de la discapacidad y de la salud
CIF-IA:	Clasificación Internacional de Función de la discapacidad y la salud de la Infancia y la Juventud
III ENSAB:	Estudio Nacional de Salud Bucal III
IV ENSAB:	Estudio Nacional de Salud Bucal IV
IHO-S:	Índice Simplificado de Higiene Bucal Greene & Vermillion
ISEES:	Inclusión Social y Equidad en la Educación Superior
IP:	Índice de Placa Olleary
IPC:	Índice de Placa Comunitario
IP6:	Silness & Löe simplicado
MISAK:	Guambiano
OIT:	Organización Internacional del Trabajo
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONU:	Organización de las Naciones Unidas
PB:	Placa Bacteriana
PDSP:	Plan Decenal de Salud Pública
PNSP:	Plan Nacional de Salud Pública

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe como discapacidad, toda restricción o ausencia, debido a una deficiencia de la capacidad para realizar una actividad en forma y dentro del margen que se considera normal para un ser humano en su contexto social (1). Se estima que la región Andina, la cual está conformada por Colombia, Venezuela, Ecuador, Perú, Bolivia y Chile viven aproximadamente 10 millones de personas con algún tipo de discapacidad, es decir un 15%, número que se incrementa no sólo por la mayor cantidad de personas que nacen con deficiencias generadoras de discapacidad, sino también por enfermedades crónicas, malformaciones genéticas, lesiones, traumas, violencia y aumento de la esperanza de vida (2).

Se considera que la población con discapacidad es altamente vulnerable en países en desarrollo y más aún en grupos étnicos, esto debido a la falta de oportunidades, inclusión y acceso a servicios como la salud de manera adecuada, individualizada y oportuna. Bajo este contexto las comunidades indígena requiere de una atención diferenciada que reconozca su particularidad cultural y rescaten sus prácticas y saberes, considerándolos recursos válidos de cuidado para la salud (3).

Colombia registra un número de 87 pueblos indígenas, entre ellos el pueblo indígena Misak con 4.582 familias; ubicado en el resguardo Guambia en Silvia-Cauca. Su organización interna se caracteriza por mantener los patrones culturales ancestrales como medicina tradicional, caracterizada por un sistema de creencias mágico religiosas en combinación con el uso de plantas medicinales (4).

Se ha asociado en las comunidades indígenas enfermedades de ciudades industrializadas como la caries dental y la enfermedad periodontal, esto atribuible al ingreso de alimentos procesados por ciertos mercaderes, al bajo nivel de ingresos económicos y la falta de educación (5).

Otro factor de riesgo para la aparición de caries o enfermedad periodontal es la placa bacteriana, por tal motivo, un mecanismo como el índice de placa comunitario (IPC) resulta muy útil para determinar el estado de higiene bucal que presenta una comunidad y con base a sus resultados diseñar métodos preventivos que contribuyan a su rehabilitación (6).

Si se intersectan las condiciones sociales indígenas y la discapacidad, aumentan las exclusiones, marginaciones y vulnerabilidades de esta población; esto conduciría a manifestaciones en cavidad oral como caries o enfermedad periodontal, debido a las deficiencias en la implementación de estrategias de promoción y prevención en salud bucal hacia la comunidad indígena con

discapacidad. Se ha generalizado la atención y sus mecanismos de prevención en la población indígena con el de la población occidental, esto debido a que aún persiste entre los profesionales de la salud bucal una visión aprensiva sobre la medicina indígena, considerándola un obstáculo al momento de practicar la salud y según estos comprometiendo la calidad en la atención (7).

A pesar de las políticas internacionales, como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y la Convención sobre los Derechos del Niño y locales, por brindar protección y cumplimento de sus derechos a personas indígenas con discapacidad, no se han obtenidos grandes avances relacionados a la salud, puesto que esta se brinda de manera generalizada sin tomar en consideración el contexto esencialista y ancestral en el que viven las comunidades indígenas (8).

¿Por qué en pleno sigo XXI estos grupos indígenas y con discapacidad deben verse sometidos a la exclusión? Esta interrogante surge a partir de analizar la falta de información que se tiene sobre las condiciones en la que se está impartiendo una adecuada y optima salud como se plantea en la Ley Estatutaria 1618 del año 2013 en Colombia (9). Sin embargo quedarían en ideales puesto que a la fecha no se observan cambios en este sentido y tal es el caso que no existe registro o estadísticas de salud bucal en comunidades indígenas que presente algún tipo de discapacidad sea esta física, cognitiva o sensorial (4).

Determinar el estado de salud bucal de la comunidad indígena Misak (Guambiano) con discapacidad, no solo brinda un gran aporte estadístico, sino que a través de esta información se puede crear políticas que contribuyan al mejoramiento al acceso a la salud y al desarrollo económico e integral de las personas con discapacidad (10). Y en este caso la personas con discapacidad que residen en la comunidad Misak (Guambiano) del resguardo de Guambia Silvia-Cauca, sin dejar a un lado su propio concepto de desarrollo basado en la solidaridad, el intercambio, la producción en espacios comunes, la minga como el trabajo comunitario y como fuerza de pervivencia (11).

El interés de esta investigación recae en la necesidad de crear información básica del estado de salud bucal según el índice de placa comunitario, para que futuros investigadores y profesionales interesados en mejorar la calidad de salud bucal de personas indígenas con discapacidad; además de conocer su estado de salud bucal, se puedan apropiar de esta problemática y buscar mecanismos que favorezcan la promoción, prevención y la calidad de vida en salud bucal como también su acceso a la salud respetando y valorizando la independencia cultural (12). Es un primer acercamiento para conocer el estado de salud bucal de una población que no ha sido evaluada estomatológicamente, tal afirmación se corrobora observándose en el último estudio nacional de salud bucal (ENSAB IV)

donde se tomó como uno de los criterios de exclusión presentar alguna discapacidad física o mental severa y se tomó en cuenta la población indígena de la Orinoquía y Amazonía (13).

El índice de placa comunitario (IPC) representa un acercamiento a las necesidades en salud bucal; se convierte en la primera visualización de un estado de salud que hasta el momento es incierto en una población considerada vulnerable en sus derechos a la salud bucal. Los resultados encontrados impulsarán la creación de políticas dirigidas al mejoramiento de la salud bucal ya sea por la misma participación comunitaria o por el Estado Colombiano, cuya constitución política de 1991 garantiza del derecho a la salud de los grupos indígenas (14).

Este documento pretende presentar en tres capítulos aspectos relacionados: en una primera parte, a la salud bucal en pueblos o comunidades indígenas desde una mirada internacional y local, los métodos utilizados para determinar el estado de salud bucal mediante la utilización de índices de placa y en el caso de este estudio mediante el índice de placa comunitario (IPC). En un segundo capítulo se amplía la definición indígena y sus derechos a la salud de manera especial la de nuestra población estudio conociendo previamente sus orígenes y tradiciones. Para finalmente en un tercer acercarnos al concepto de discapacidad y su clasificación mediante el termino de funcionalidad propuesto por la convención de los derechos de las personas con discapacidad, se normativas, datos estadísticos presentado por la OMS, ONU e instituciones públicas y privadas de Colombia por último se vislumbra el término interseccionalidad el cual permite identificar las discriminaciones que presentan las personas y más aún aquellas que presenta alguna discapacidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) aprobada por las Naciones Unidas en el 2006 pretende “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, promoviendo el respeto de su dignidad inherente” (1) .

Se estima que alrededor del 15% de la población mundial presenta algún tipo de discapacidad, siendo esta cifra mucho mayor que las estimaciones presentada por la Organización Mundial de la Salud en el año 1970, las cuales se presentaron en un 10 %. Frente a estos datos se le ha atribuido su causa al envejecimiento de la población, al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad como; la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda en relación a la salud bucal, la utilización de índices epidemiológicos para caracterizar, monitorear enfermedades y trastornos relacionados a la salud bucal (1). Siendo las enfermedades más prevalentes la caries y la enfermedad periodontal; ocupando el sexto lugar en una escala de enfermedades que provocan limitaciones funcionales y estéticas en personas con algún tipo de discapacidad y resultaría muy útil implementar mecanismo de prevención y acción; más aún cuando se tienen índices que reflejan la presencia de caries dental y enfermedad periodontal en 451 de cada 1000 personas con algún tipo de discapacidad entre física, cognitiva y sensorial, atribuyéndose su causa a la deficiencia o falta de higiene bucal (1).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el estado de higiene bucal según el índice de placa comunitario de las personas con discapacidad que residen en la comunidad Misak?

Esta inquietud se plantea a partir de la necesidad de identificar la condición de higiene bucal de un determinado grupo de personas con discapacidad, que se reconoce que existen dentro del resguardo indígena de Guambia pero no representa un reporte estadístico. En un comunicado verbal en octubre del 2015 con Mama Marleny Morales (identificar con pie de página lo que es mama) actual enfermera jefe del Hospital Mama Dominga y Taita Floro Alberto Tunubalá Paja exgobernador del Cabildo resguardo indígena de Guambia y actual director del Hospital Mama Dominga; manifestaron que se realizó un pre-censo en el 2007 donde se evidenciaron 110 personas con discapacidad los cuales fueron registrados tentativamente por los auxiliares de enfermería de cada zona dentro del resguardo, con el fin de poder determinar la población Misak con discapacidad. Para el año 2014 se organizó un comité con trabajadores del hospital y miembros del resguardo, para iniciar la labor de clasificar a las personas según su discapacidad.

OBJETIVO GENERAL

Describir el estado de higiene bucal de las personas con discapacidad que residen en la comunidad Misak (Guambiano) resguardo indígena de Guambia Silvia-Cauca entre enero y julio del 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar sociodemográficamente las personas con discapacidad del resguardo indígena de Guambia Silvia-Cauca.

Determinar la relación del estado de higiene bucal según el índice de placa comunitario de las personas según su tipo de discapacidad del resguardo indígena de Guambia Silvia-Cauca.

JUSTIFICACIÓN

Informes sobre el perfil demográfico y socioeconómico sobre la salud indígena en América Latina indican que las poblaciones indígenas permanecen vulnerables en comparación con otros grupos poblacionales debido a su limitado desarrollo económico. Estos estudios reafirman el concepto cuando se compara las condiciones de salud precarias de estas personas con grupos no indígenas (9).

El determinar el número de personas con discapacidad y el estado de salud bucal de la comunidad indígena Misak (Guambiano) con discapacidad, no solo brinda un gran aporte estadístico, sino que a través de esta información se puede crear políticas que contribuyan al mejoramiento al acceso a la salud, su desarrollo económico e integral de las personas con discapacidad que residen en la comunidad Misak (Guambiano) del resguardo de Guambia Silvia-Cauca, sin dejar a un lado su propio concepto de desarrollo basándose en la solidaridad, el intercambio, la producción en espacios comunes, la minga como el trabajo comunitario y como fuerza de pervivencia (10).

El interés de esta investigación recae en la necesidad de crear información básica del estado de salud bucal según el índice de placa comunitario para que futuros investigadores y profesionales interesados en mejorar la calidad de salud bucal de personas indígenas con discapacidad; además de conocer su estado de salud bucal, se puedan apropiar de esta problemática y buscar mecanismos que favorezcan la promoción, la prevención y la calidad de vida en salud bucal, y la accesibilidad a la salud respetando y valorizando la independencia cultural (11). Es un primer acercamiento para conocer el estado de salud bucal de una población que no ha sido evaluada estomatológicamente, tal afirmación se corrobora observándose en el último estudio nacional de salud bucal (ENSAB IV) donde se tomó como uno de los criterios de exclusión presentar alguna discapacidad física o mental y se tomó en cuenta la población indígena de la Orinoquía y Amazonía (12).

El índice de Placa Comunitario (IPC) representa un acercamiento a las necesidades en salud bucal; se convierte en la primera visualización de un estado de salud que hasta el momento es incierto en una población considerada vulnerable en sus derechos a la salud bucal. Los resultados encontrados impulsarán la creación de políticas dirigidas al mejoramiento de la salud bucal ya sea por la misma participación comunitaria o por el Estado Colombiano, cuya constitución política de 1991 garantiza del derecho a la salud de los grupos indígenas (13).

MARCO TEÓRICO

1. SALUD BUCAL EN COMUNIDADES INDÍGENAS DESDE UNA MIRADA INTERNACIONAL Y LOCAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS), determina el concepto de salud como el bienestar biológico, psicológico y social de un individuo. Al interpolar este concepto a comunidades indígenas, estaría encaminado no solo conseguir el bienestar integral y tranquilidad espiritual de la persona sino también del colectivo respetando sus saberes y costumbres (15).

Al referirnos de salud integral, sin duda alguna se abarca el estado de salud bucal, el cual se mantiene por medio de conductas y actitudes sobre el autocuidado de los dientes y estructuras de sostén (periodonto). En las comunidades indígenas estas prácticas es llevada mediantes patrones culturales u/o de tradición popular, que expresados por ellos, le han llevado a prevenir numerosas enfermedades asociada a la boca (4).

Ya son varios los países que a nivel mundial ponen sus esfuerzos a la reducción de la caries y enfermedad periodontal, por medio de programas de Promoción y Prevención (P y P) con el fin de mejorar los hábitos de higiene bucodental, mediante el control de placa bacteriana a través del cepillado (16).

La situación de salud oral en sentido internacional y local se ha cuantificado con base a indicadores de morbilidad que describen la frecuencia de las patologías en algunos casos y/o la severidad en otros. Estos indicadores si bien construidos de manera científica relacionando variables como la edad, la raza, el sexo y la condición socioeconómica resultan limitados para estudiar las particularidades o características propias de los diversos grupos culturales y sociales (17).

Considerando estas particularidades en Colombia, el primer estudio de prevalencia de morbilidad oral lo llevaron a cabo entre 1965 y 1966 reportándose un total de 88.7% de niños entre 5 y 14 años con historia de caries y enfermedad periodontal, este promedio fue aumentando para el año 1977 a 1980 donde se encontró que el 96.7% de la población presentaba historia de caries con un promedio de 12.7 dientes afectados y enfermedad periodontal de 94.7%. Posteriormente en 1997 se inicia el Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB) III para observar los avances alcanzados en prevención y educación contándose con la participación ciudadana de diferentes grupos etarios cuyo índice CPO-D para el grupo de edad de comparación internacional (12 años) fue de 2.3 por debajo de la meta global de salud oral propuesto por la OMS en el año 2015 el cual debería estar por debajo de 3.0 (18).

Dentro de este estudio al preguntar en la población entre 12 y 69 años lo que considera “una boca sana”, más de la mitad de las personas es decir un 64.9%, expresaron que “es aquella que no tiene caries”. Y en un bajo porcentaje de la población representada por el 3.4%, considera “el no tener sangrado de la encía” es signo de una boca sana y esto se relaciona al poco conocimiento por parte de la población sobre lo que produce el sangrado a nivel gingival reportándose en un 25.4% o simplemente de manera errónea se lo atribuye al hábito de cepillarse fuerte (17).

En el caso de las comunidades indígenas, el Estudio Nacional de Salud Bucal IV (ENSAB IV), refiere: “la determinación social de su salud bucal está representada por una vulnerabilidad extrema debida a la precaria inserción de sus redes económicas en los mercados globales y a la transformación del ambiente Amazónico que amenaza su posibilidad de auto-sostenibilidad.” La comunidad indígena Ticunas, asentada en Nazareth perteneciente al municipio de Leticia, fue encuestada en el ENSAB IV y su definición sobre salud bucal se considera estar relacionada con tensiones por conceptos de negligencias, dependencias e interculturalidad, entendiéndose como interculturalidad, el desarrollo desde la percepción de cada pueblo o comunidad tradicional quienes relaciona el estado de los dientes como respuesta de los espíritus (19).

El cuidado bucal para los integrantes de una comunidad indígena se relaciona con la concepción de su propia cosmovisión, llevar este sentido a la práctica se refleja en el uso de carbón en combinación con plantas y a manera de cepillo se usa la hoja de limoncillo. En la expedición realizada por la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana, en 22 comunidades indígenas dispersas en la geografía nacional, durante un período de 9 meses, analizaron el estado de salud bucal y concluyeron que en unión con la caries dental, la enfermedad periodontal se registraba la segunda patología más frecuentemente diagnosticada en todas las comunidades indígenas, manifestándose en todas sus fases clínicas (20).

Otro estudio a nivel nacional realizado por Yeni Molina en el 2011, en comunidades amazónicas, identifica la prevalencia de patología periodontal presentando: gingivitis asociada a placa bacteriana 66.25%, periodontitis crónica moderada 17.5%, periodontitis crónica leve 1.25%, gingivitis con pérdida de inserción preexistente 9%, periodontitis crónica severa 2.5% (21). Frente a un estudio previo realizado por Leidy Linares Lizarazo y colaboradores en el 2010 el cual arrojó un bajo índice de placa bacteriana según el método Silness y Löe de índice de placa bacteriana grado tres en un 58.8%, grado dos 30.1% y grado uno 11%. En cuanto a los hábitos higiene oral solamente el 14.7% de los niños fueron revisados por el odontólogo, el 70.6% de las madres encuestadas manifestaron que sus hijos tienen y usan el cepillo de dientes y solo el 3.7% de las madres encuestadas manifestaron que los niños usan la seda dental (22).

Se puede extrapolar la tendencia a mayor afectación por parte del sexo femenino a estudios como el de Clarisse Díaz 2014, cuyos nativos de la comunidad Maká en Paraguay, con edades comprendidas entre 20 y 35 años, el 61.2% correspondía al sexo femenino. En relación a la presencia de placa microbiana, los resultados indican un elevado porcentaje de afectación, al considerar que el 25.0% de los evaluados presenta un nivel de placa de 85.2% y el 75.0% con piezas completamente cubiertas de placa. Al analizar la frecuencia de los componentes del Índice Gingival de Löe y Silness se observó que prevalece la inflamación con y sin hemorragia afectando a más del 90.0% de la población, con similar distribución entre hombres y mujeres (23).

Desde una mirada internacional se evidencia estudios como el de Schluter y colaboradores 2016, quienes concluyen que entre el 15.4% y el 35.5% de las personas indígenas de Australia han visitado al odontólogo en el último período de 12 meses. Se evidenció mayor asistencia a consultas odontológicas por parte de las mujeres frente a los hombres, pero este último registra mayor necesidades de tratamientos. Respecto al cepillado de los dientes el 41.0% y 71.7% de los pacientes reportaron una frecuencia habitual de cepillo de dientes mayor a una vez por día, con un número significativamente mayor en mujeres (24).

1.1 Índices como método diagnóstico de salud bucal

Un índice está encargado de traducir una situación clínica, como por ejemplo la presencia de placa, a un valor numérico cuantitativo o a un gradiente cualitativo. Además han de cumplir ciertos requisitos como; sencillos de realizar, objetivos, reproducibles y fáciles de recoger por un personal mínimamente entrenado. Se presenta un sin número de índices en la literatura pero se los han clasificado en: Índices de higiene oral y cálculo, Índices gingivales e Índices periodontales y de tratamientos (25).

Sin embargo, algunos de estos índices no pueden diferenciar entre la placa que ocurre en superficies lisas y la placa se produzca en difíciles zonas tales como las superficies proximales. Frente a estas limitaciones se han presentado índices como el propuesto por Benso “índice de placa marginal y proximal”, el de Quirynen “análisis planimétrico para detectar pequeños cambios en la cantidad de placa” o el análisis automático de la imagen de Moradi. Sin embargo estas técnicas poseen un alto poder de discriminación y consume mucho tiempo de elaboración (26).

El Índice de placa oral y calculo consiste en el control de la placa bacteriana (PB)[1], determinado por la aplicación de soluciones reveladoras sobre las superficies dentarias, una vez visualizada la PB se mide a través de indicadores como; índice

[1] Entendiéndose como PB conglomeración de bacterias que se encuentra en la cavidad bucal y se adhieren de manera constante sobre las superficies dentarias.

Silness & Löe simplificado (IP6), índice simplificado de higiene bucal de Greene & Vermillion (IHO-S), índice de placa O´leary (IP) e índice de placa comunitario (IPC). Cual sea el método utilizado, todos van encaminados hacia un mismo fin categorizar a los individuos o grupos a un estado de higiene bucal (25).

Índice de Silness y Löe simplificado fue diseñado para obtener de manera rápida una interpretación del estado de higiene de un grupo de población, observando las caras vestibular, palatino/lingual, mesial y distal de los dientes 16, 21, 24, 36,41 y 44 asignándole posteriormente un código que va de 0 a 3 según su presencia o severidad (25). Sin embargo una limitante se presenta al evaluar pacientes menores de difícil comportamiento, persona con discapacidad o un adulto mayor con compromiso sistémico, el cual no permite una adecuada toma del índice de placa (27).

El índice Greene y Vermillon simplificado, se diseñó para medir la presencia de placa en la cara vestibular de los dientes 16, 11, 26 y 31 como la cara lingual de los dientes 36 y 46 presentado la siguiente escala de valoración; 0,0-1,2: buena higiene oral. 1,3-3,0: higiene oral regular. 3,1-6,0: mala higiene oral. O'Leary describe la presencia de placa y no valora la cantidad, observa los 4 segmentos que representan las superficies mesial, distal, vestibular y lingual de los dientes y se señala en la ficha si hay o no placa (25) (*Tabla 1*).

Tabla 1 Descripción de los diferentes índices de monitoreo de placa bacteriana

	ÍNDICES*			
Características	Detritus Greene & Vermillion	O'leary	Silness & Löe Pll	IPC
Dientes a evaluar caras o superficies dentales a evaluar	16,26,36,46,11,31 Vestibular: 16,26,11,31 Lingual: 36,46	Todos Vestibular, lingual, mesial y distal	16,12,24,36,32,44 Vestibular, lingual mesial y distal	Todos Vestibulares y linguales excepto caras linguales de 13,12,11,21,22,23
Tiempo aplicación en minutos	3	10	5	2
Reemplazo de diente índice por usencia	Toma de diente más distal si es posterior; Toma el diente de lado opuesto de línea media si es anterior.	No aplica	Los dientes ausentes no son sustituidos	No aplica
Valoración (PB) por (S) o (MLG), (SG)	0= No placa; 1=<1/3 PB X S 2= +1/3 PB x S pero <2/3 s; 3=+2/3 PB x S	0= No placa 1=PB en cualquier área de la cara evaluada	0= No placa 1=PB en MLG y área adyacente S2=Moderada PB en SG, MLG,	0= No placa 1= PB en cualquier área de la car evaluada

ÍNDICES*				
Características	Detritus Greene & Vermillion	O'leary	Silness & Löe Pll	IPC
			S3=Abundante PB en SG, MLG, S	
Personal que lo realiza	Profesional o auxiliar en higiene oral	Profesional o auxiliar en higiene oral	Profesional	Profesional y auxiliar de odontología, vigías de salud, padres familia, profesores vigías
Limitación del índice para la población estudio	Menos sensible	No presenta sensibilidad	menores de difícil comportamiento, persona con discapacidad o un adulto mayor con compromiso sistémico	En una segunda evaluación requiere ser aplicado a la misma hora de la anteriro
PB: Placa bacteriana	**S: Superficie dental o cara dental examinada**	**MGL: Margen gingival libre**	**SG: Surco gingival**	

Fuente: *Elaborado a partir de "Características relevantes de cuatro índices de monitoreo de placa dental" de Jairo Corchuelo y de la Guía de práctica clínica en salud oral – Bogotá 2007 (6,27)

1.1.1 Índice de placa comunitario (IPC)

El IPC fue diseñado en participación de La Escuela de Odontología de la Universidad del Valle, Cali, Colombia y el grupo de investigación Pacífico siglo XXI en el año 2010, para ser utilizado como índice de higiene oral de uso comunitario y evaluar su sensibilidad y especificidad frente a otros tres índices utilizados en los estudios a nivel mundial (6).

Según Corchuelo, el IPC facilita el control de placa dental, pues permite vincular a la comunidad en su ejecución, al ser un método muy fácil de intervención e interpretación y no requiere de un ambiente o instrumental odontológico específico. Su método consiste en aplicar sustancia reveladora de placa durante 30 segundos, al evaluar las superficies marcadas se deberá registrar 0 cuando no se evidencia placa y 1 presencia de placa en cualquier área de la cara evaluada. Este índice por su facilidad puede ser aplicado por profesional de la salud, auxiliar de odontología, cuidadoras y cuidadores, padres de familia y profesores. Sus resultados se presentan en forma porcentual dividiendo el total de superficies con placa sobre el total de superficies examinadas por dos menos las seis caras palatinas de los dientes 13, 12, 11, 21, 22 y 23 el resultado de esta operación es multiplicado por cien (6).

$$\textbf{IPC} = \frac{\text{Total de caras con placa}}{\text{Total de dientes x 2 y resto 6}} = \frac{C}{(D \times 2) - 6} \times 100$$

El IPC requiere de la tinción con revelador de placa y selecciona las superficies visibles directamente con la ayuda de un baja lenguas. Y presenta los siguientes criterios de selección:

- Todo diente seleccionado para el registro de placa debe estar completamente erupcionado. Considerándose totalmente erupcionado cuando la superficie oclusal o incisal se encuentra en el plano oclusal.

- Los dientes naturales con restauraciones de coronas completas y superficies reducidas en altura por caries o trauma no son tenidos en cuenta.

- La tinción de la placa se realiza a través de un enjuague producto de la dilución de 6 gotas de eritrosina sódica en 20 ml de agua suministrada al niño quien se enjuagaba por 30 segundos (6).

El índice de placa comunitario más que un método de diagnóstico representa un auxiliar para los planes de promoción y prevención donde se verá involucrada la participación y apropiación de la población, en este caso de una comunidad indígena con discapacidad.

2. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR INDÍGENA?

A pesar de las múltiples intervenciones por parte de autores de Organismos Internacionales, los Estados y las propios Movimientos Indígenas, no se ha encontrado un mutuo acuerdo para darle una definición a concepto de indígena[2], ya que se pone en manifiesto las características individuales, historia y organización social que presenta cada resguardo. Frente a esta problemática inicialmente la Organización Internacional del Trabajo (OIT) tras una revisión exhaustiva de definiciones y criterios utilizados por Gobiernos nacionales, proponen que exista una definición única y universal válida para los pueblos indígenas. Es por esto que se formula de manera provisoria y empírica la siguiente definición:

> *"Personas indígenas son los descendientes de la población aborigen que vivía en un país determinado en el momento de su colonización o conquista por algunos de los ancestros de los grupos no-indígenas que en el presente detentan el poder político y económico. En general, estos descendientes tienden a vivir más de conformidad con las instituciones sociales, económicas y culturales que existían antes de la colonización.que con las cultura de la nación a la cual pertenecen"* (28).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) frente a la definición de indígena refiere, que el derecho de decidir quién es o no es indígena les perteneces a ellos mismos; sin embargo, por propósitos de acción internacional exponen la siguiente definición:

> *"Son comunidades, pueblos y naciones indígenas los que, teniendo una continuidad histórica con las sociedades anteriores a la invasión y pre coloniales que se desarrollaron en sus territorios se consideran distintos de otros sectores de las sociedades que ahora prevalecen en esos territorios o en partes de ellos. Constituyen ahora sectores no dominantes de la sociedad y tienen la determinación de preservar, desarrollar y transmitir a futuras generaciones sus territorios ancestrales y su identidad étnica como base de su existencia continuada como pueblo, de acuerdo con sus propios patrones culturales, sus instrucciones sociales y sus sistemas legales*"(28).

[2] Hoy también llamados; pueblos indígenas, poblaciones indígenas, pueblos originarios, pueblos autóctonos, comunidades nativas, tribus, naciones, nativos americanos, etnias, grupos étnicos, primeras naciones, nacionalidades, pueblos, sociedades, amerindios, etc. (OPS)

La definición del Consejo Mundial de los Pueblos Indígenas, por su parte indica:

> *"Se trata de grupos poblacionales que, desde tiempos antiguos han habitado las tierras donde viven y que son conscientes de tener un carácter propio con tradiciones sociales como el criterio fundamental para determinar a quiénes se aplican sus provisiones"* (15).

Los pueblos ancestrales en Colombia se han censado dando como resultado 87 pueblos, se calcula en 1.378.884 personas de las cuales 933.800 se asientan en los 710 resguardos existentes, según el último censo nacional del 2005, entre estos se encuentra la comunidad o pueblo Misak.

2.1 Comunidad o pueblo Misak (Guambiano)

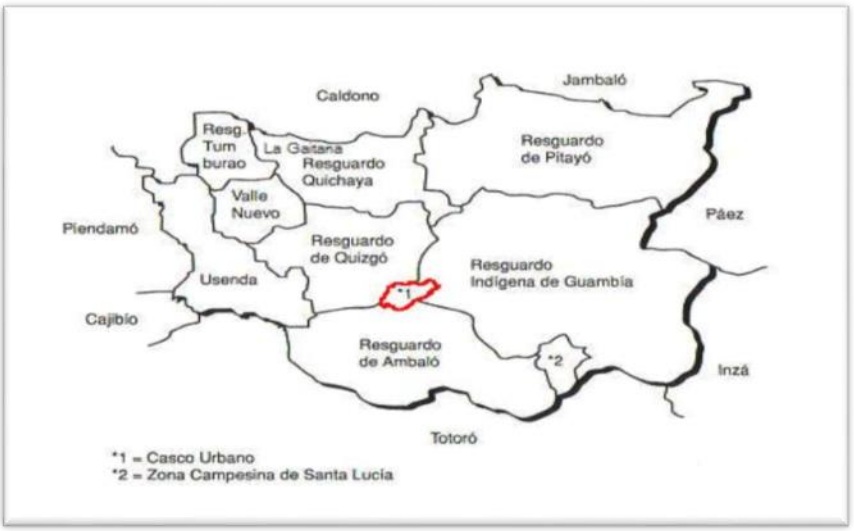
Pertenece al resguardo indígena de Guambia, representada por 4.582 familias y 22.987 personas de entre los cuales 25 familias son Nasas con 273 habitantes. El resguardo de Guambia se encuentra ubicado en las estribaciones de la vertiente occidental de la cordillera central, en el páramo de las Delicias y otra parte en Morales en el municipio de Silvia a 50 Km, además se comunica al nororiente de la ciudad de Popayán y con la cabecera municipal de Piendamó a través de carretera transandina (29) (Fotografía *1*). Es una región lluviosa y fría, ubicada a un altitud entre 2.500 a 3.500 mts^2, con una temperatura promedio de 12ºC; la mayor parte de los habitantes son agricultores y de acuerdo a su cosmovisión originaria, "la madre tierra" para ellos es el eje de su cultura y la zonificación del proyecto de cultivos andinos (30).

Fotografía 1. Vista general de una parte del resguardo indígena Guambia

Fuente: Archivo de investigación 2016.

Actualmente se considera al Municipio de Silvia con la tercera mayor población indígena del país luego de Uribía en la Guajira y Rio sucio en Caldas, con un 79.55% siendo las etnias predominantes la Misak/Guambiana y Nasa/Páez (29) Ver Figura 1 .

Figura 1.Mapa resguardo indígena de Guambia.



Fuente: Insumo para el diseño de las estrategias y alternativas para la generación de empleo a las víctimas de la violencia (31).

Sociopolíticamente Luz Dary y colaboradores refiere:

> *"El cuerpo del cabildo como máxima autoridad orienta y dirige la comunidad, está conformado por dos gobernadores, gobernador y vice gobernador, dos secretarios generales, nueve alcaldes de zona con sus respectivos secretarios y alguaciles, elegidos democráticamente por la comunidad, para un periodo de un año"* (32).

La cosmovisión del pueblo Misak está basada en simbolismos de la madre tierra, sus lugares sagrados, el vestido y la lengua "Namtrik". Más sin embargo, esto en la actualidad se está viendo afectado por la globalización de la información y del mercadeo los cuales traen consigo cambios que influyen negativamente en una parte de los jóvenes guámbianos quienes en su afán de consumir lo actual o moderno están dejando a un lado su sentido de pertenencia e identidad Misak (32).

Los Misak desarrollan un sistema de agricultura con cultivos de clima frío y cálido como; maíz, ulluco y papa con más de veinte variedades, mauja, oca, fríjol, calabaza, fresa y ají (Fotografía 2). Las principales manufacturas son los tejidos como la ruana y el anaco también el chumbe y el tampalkuari (29) (Fotografía 3)

Fotografía 2. Evidencia de la vocación agrícola de la comunidad Misak, cultivo de fresas.

Fuente: Archivos de investigación 2016.

Fotografía 3. Mujer Misak con discapacidad aplicando técnica de tejido.

Fuente: Archivo de investigación 2016.

2.2 Comunidad Misak (Guambiano) y su derecho a la salud

Los Misak en relación con la salud, está comprendida como un estado de equilibrio del hombre con la naturaleza, determinado por fuerzas físicas (naturales) y sobrenaturales; la enfermedad no es un dificultad particular sino social y cosmos relacionada con la vida de la comunidad; que depende de factores sociales, económicos, políticos y culturales. Las estrategias de atención van dirigidas a restablecer dicho equilibrio y no solo a eliminar las causas físicas de la enfermedad; por medio del uso de plantas medicinales para actuar a nivel físico contra la enfermedad. La medicina tradicional se rige por conceptos sagrados, es de manejo por parte del médico tradicional (shaman, mamö, paye, jaibaná, teeu, etc.) y no es una actividad separada del resto de actividades comunitarias se la considera un factor que contribuye a mantener el equilibrio sociopolítico y cultural de los grupos humanos (32).

La constitución política de 1991, reconoce a Colombia como un país pluriétnico y pluricultural, lo que conlleva la protección estas diversidades, como también garantizar del derecho a la salud de los grupos indígenas, manteniendo sus costumbres. Con respecto a las estadísticas en salud son poco confiables, pero se reporta que la de salud indígena es mala, con altos índices de morbilidad y mortalidad, a causa de enfermedades gastrointestinales, enfermedades respiratorias, tuberculosis, desnutrición y malnutrición, enfermedades infecto-contagiosas y epidémicas (9). Si a lo anteriormente expuesto se suma otra condición de vulnerabilidad disminuiría su calidad de vida y aumentaría sus riesgos, así lo expone Willi Horner, en un estudio en el 2015 cuyas conclusiones refieren que se presentan mayores niveles de necesidad en atención sobretodo odontológica en grupos raciales, étnicos y con discapacidad (33).

3. DISCAPACIDAD

Discapacidad es un concepto que evoluciona y resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno las cuales evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones (34).

La Organización mundial de la salud (OMS), en su Informe mundial sobre la Discapacidad reunió la mayor información concerniente al término "discapacidad" con el fin de buscar y mejorar las condiciones de vida las personas con discapacidad. Se considera discapacidad aquellas dificultades de funcionamiento transitoria o permanente presente en algún momento de la vida, viéndose estas dificultades más comprometidas a mayor edad (1).

Bajo este mismo contexto, la Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) relaciona a la discapacidad en un conjunto de deficiencias que limitan su capacidad para la participación social del individuo, esto de una u otra manera se relaciona con aspectos personales, ambientales, inaccesibilidad o falta de apoyo institucional o gubernamental (35).

3.1 Normatividad

El derecho a la salud se reconoce como inherente a la persona, con carácter irrevocable e irrenunciable, siendo este igualitario y universal para todos los seres humanos. El derecho a la salud ínsita a un estado de bienestar físico, metal, social y debe estar ligado a una interdependencia con otros derechos. Se aplica sin distinción de raza, género, religión, orientación política, orientación sexual, situación económica o social y se refiere al nivel de salud que le permite a una persona vivir dignamente incluyendo los factores socioeconómicos que promueven la posibilidad de llevar una vida sana (36).

Los organismos internacionales relacionados con salud como la OMS, han incorporado a la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, un enfoque "biopsicosocial" definiendo la discapacidad, como el resultado de interacciones complejas entre las limitaciones funcionales (física, mental y sensorial), del ambiente social y físico que representan las circunstancias en las que vive la persona con discapacidad (35).

En este mismo concepto se ha trabajado en lo estatal, implementando en Plan Nacional de Salud (PNSP) 2007- 2010, mediante su Decreto 3039 que integra el mandato constitucional al derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población colombiana (36). Para dar cumplimiento a las acciones que integran el

PNSP 2007- 2010, el Ministerio de Protección Social expide la Resolución 425 de 2008 la cual considera que el PNSP 2007- 2010 debe estar integrado por seis ejes: aseguramiento, prestación y desarrollo de servicios de salud, salud pública, promoción social, prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales, emergencias y desastres. Razón por el cual mediante el artículo 6° la Ley 1438 de 2011 se determina que el Ministerio de la Protección Social debe elaborar un Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) a través de un proceso amplio de participación social (37).

El PDSP 2011-2021, incorpora diferentes enfoques complementarios: el enfoque de derechos, el enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez), el enfoque diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia y de los grupos étnicos) y el enfoque de determinantes sociales de salud. Mediante este PDSP 2011-2021 se busca garantizar la adecuación de los servicios de salud con perspectiva de género, con atención humanizada y de calidad de acuerdo a las necesidades diferenciales de hombres y mujeres, según su edad, pertenencia étnica, discapacidad y otros factores que generen vulnerabilidad (37).

Finalmente la Ley Estatutaria No. 1618 del 27 de febrero del 2013, ratifica lo establecido en la CDPD del 30 marzo del 2007, donde se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Y en tema de salud mediante el Art. 10 se reafirma el derecho que presenta las personas con discapacidad a una salud oportuna y adecuada en concordancia con el artículo de la Ley 1346 de 2009 (9).

3.2 Cosmovisión de la discapacidad

Agustina Palacios expone las diferentes perspectivas en los estudios sobre discapacidad y capacidad jurídica de las personas con discapacidad[3] e implementación de la Convención de sus derechos avalada desde Naciones Unidas. Las personas con discapacidad eran inicialmente estereotipadas desde la religión por ser un castigo o un pecado (modelo prescindencia); luego con la introducción de la medicina, fueron analizadas desde el modelo médico donde se patologizó a la persona y el objetivo científico ha buscado rehabilitarla para normalizarla y ser parte de una sociedad productiva mediante la inclusión y es a partir de esta idea de inclusión que se da paso a un tercer modelo “social” que busca relacionar a las personas en condición de discapacidad e involucrarla de manera participativa, sin embargo este ideal está siendo llevado a paso lento debido que “las personas con discapacidad son discapacitadas como consecuencia de la negación por parte de la sociedad de acomodar las necesidades individuales y colectivas dentro de la actividad general que supone la vida económica, social y cultural” (38).

[33] Terminología adoptada de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Ya en pleno siglo XXI se le ha dado una nueva visión a los modelos de discapacidad, tal ejemplo es la clasificación de Rutherford H. Turnbull III y Matthe J. Stowe, que determinan cinco modelos resultados de la percepción de la gente acerca de la discapacidad y de las actuales políticas establecidas, siendo estas: estudios de la capacidad humana, estudios públicos, estudios culturales, estudios éticos y filosóficos, estudios de tecnología, esta clasificación resulta muy útil para quienes quieran crear políticas nuevas y ponerla en práctica, para esto se necesita identificar el modelo que se ajusta a nuestros intereses luego de realizar un seguimiento de estos conceptos se deberá realizar una matriz y aplicar los estatutos o leyes establecidas (39) (Tabla 2).

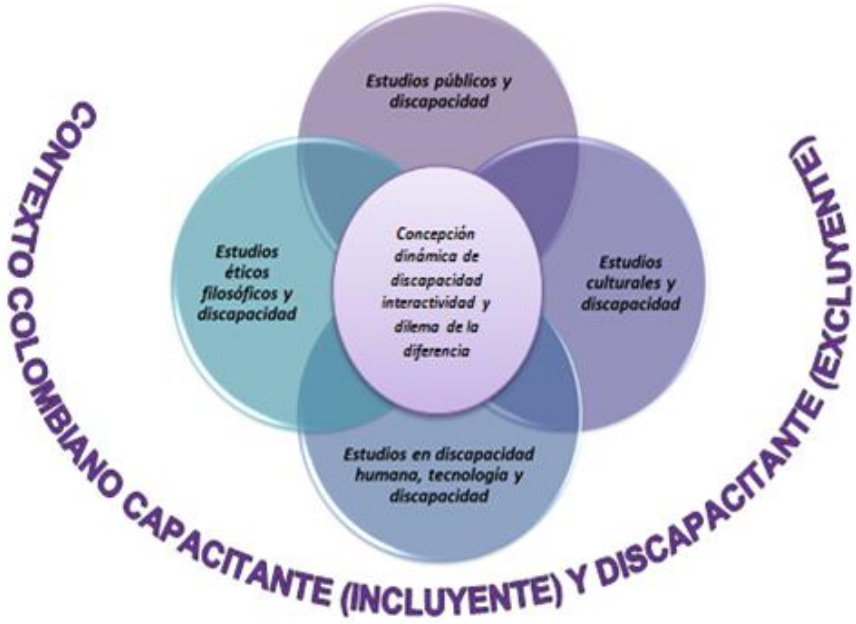
Tabla 2 Percepción social de la discapacidad.

MODELO	PERCEPCIÓN
Capacidad humana	Determina las capacidades y el desarrollo del individuo. Se visualiza tres sub-modelos: medico de salud pública que a su vez se subdivide en medicina física y psiquiátrica, por último se presenta los modelos psicológico y educativo.
Estudio público	Su relación se establece básicamente entre el gobierno y los individuos. Abarca la ciencia y la filosofía política que conceptualiza la discapacidad como una condición humana que debe ser abordado a través de procesos políticos y que justifica o no las diversas respuesta gubernamentales.
Estudio cultural	Se aproxima a la discapacidad y el papel del individuo y la familia afectada por la discapacidad desde la perspectiva de cómo son visitos dentro de su sociedad en particular. Se distingue cinco sub-modelos; antropología cultural, sociología, literatura, artes escénicas y la historia.
Estudios éticos y filosóficos	Se relaciona con la ética y filosofías que da forma a la propia comprensión sobre el significado existencial o metafísico de la discapacidad.
Estudio de tecnología	Relaciona el medio ambiente con el mundo físico donde habitan las personas con discapacidad y sus familias. Se establecen tres sub-modelos la arquitectura, ingeniería industrial y ergonomía.

Fuente: Rutherford H. Five models for thinking about disability (39)

En el caso colombiano se enfocan en modelos individuales sin dar cabida a otras variables que pueden caracterizar de mejor forma el fenómeno. Encuestas realizas a personas con discapacidades “emergentes” (relación entre el individuo y su ambiente) indican tener menor nivel educativo, aseguramiento privado, pertenecer a estrato bajo y limitación en actividades diarias, esto en comparación a personas que presenta discapacidad “tradicional” (identificables mediante la observación) (40), ver Figura 2.

Figura 2. Modelo conceptual colombiano de la discapacidad.



Fuente: Cuervo Echeverri C. Conceptualización de discapacidad (40)

3.3 Clasificación discapacidad

Artículo 1° de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad expresa:

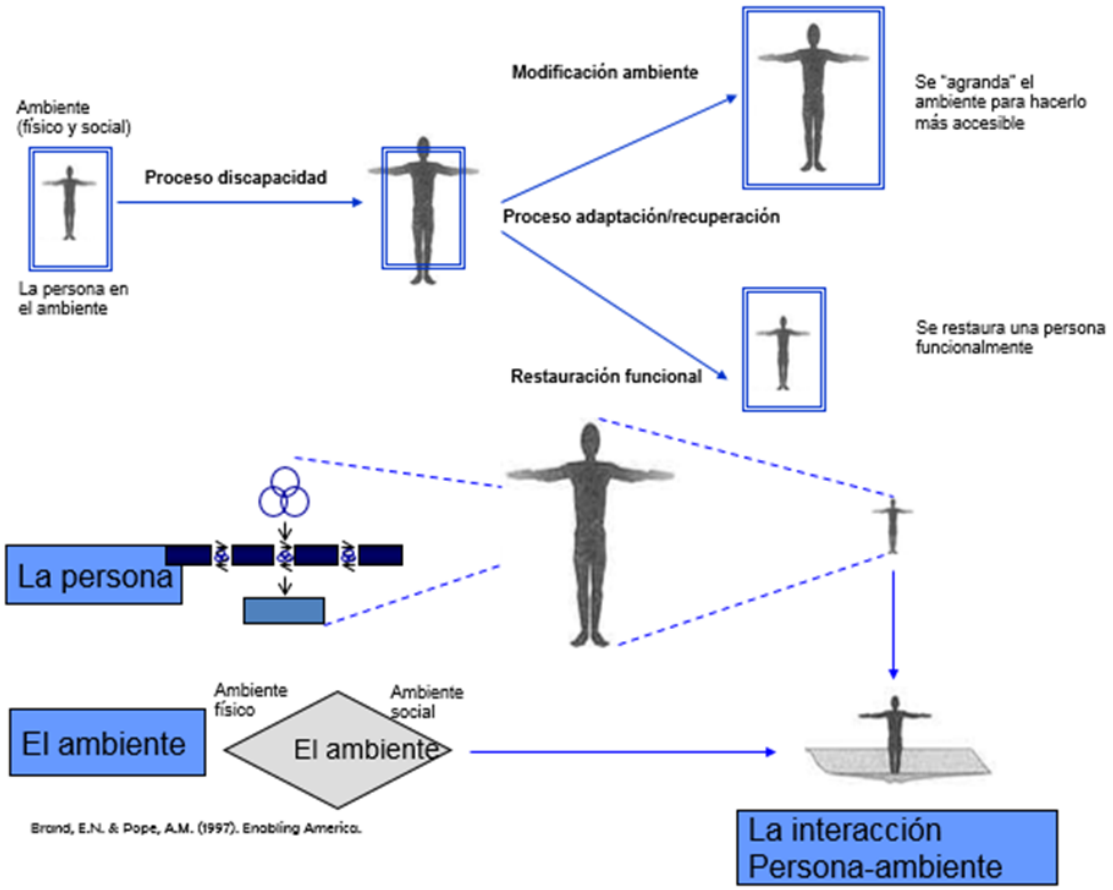
> *"Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás"* (35).

El modelo médico según refiere Agustina Palacios, surge con el intento de rehabilitar a la persona con discapacidad teniendo como objetivo una recuperación física, somática y funcional del cual se ven afectada estas personas. El énfasis se sitúa en la persona y su “deficiencia”, caracterizada como una anomalía patológica que

impide a la persona realizar actividades que se consideran “normales” es decir, las que pueden realizar la mayoría de las personas que no padecen dichas diversidades funcionales (38).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud de la Infancia y la Juventud (CIF-IA) basado en el marco conceptual de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF) determina su clasificación tomando en consideración aspecto relacionados a las limitaciones de las funciones corporales, estructuras corporales y la participación en actividades físicas, sociales y psicológicas del desarrollo de niños y adolescentes, estos componentes están integrados bajo los términos de funcionamientos y discapacidad y depende tanto de la condición de salud como de su interacción con los factores personales y ambientales (35) Ver Figura 3.

Figura 3 Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF).



Fuente: Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud; aplicada a la Infancia y la Adolescencia (35).

3.4 Estadística y censo poblacional de la discapacidad

Se estima alrededor de 1000 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, es decir alrededor de 15% de la población mundial, esta cifra es superior a datos publicados por la OMS en el año 1970, los cuales correspondía a un 10%. La encuestas mundial de salud indica que cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años viven con algún tipo de discapacidad, de este total estimado 110 millones (2.2%) tiene dificultades muy significativas de funcionamiento (17). Este aumento en el número de personas con discapacidad se le atribuye al envejecimiento de la población y al incremento de problemas crónicos de salud asociados a discapacidad como; la diabetes, enfermedades, enfermedades cardiovasculares y factores como catástrofes naturales, conflictos armados, hábitos alimentarios y abusos de sustancias (1).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera que el número de personas indígenas con discapacidad es de alrededor de 54 millones. En América Latina, las estadísticas de que se dispone sobre siete países como; Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá y Uruguay muestran que la tasa de discapacidad es mayor entre las personas indígenas que entre el resto de la población. Sin embargo, en el Brasil y Colombia la tasa es menor entre los niños indígenas (41).

Bajo este mismo contexto, la estimación de la prevalencia de la discapacidad en Colombia, según el censo 2005, fue de 6,3% siendo mayor en hombres con un 6,6% que en mujeres con el 6,1%. Además se calculó un total de 2.651.701 personas con alguna limitación, distribuido de las siguiente manera; hombres entre 0 a 35 años; mientras que en las mujeres, la mayor proporción es en adultas mayores, atribuyéndoles sus causas a factores sociales, económicos y de violencia que generaron la discapacidad. A nivel local se concluyó que los departamentos del Cauca, Nariño, Boyacá, Huila, Quindío, Caquetá y Tolima presentaron porcentajes más altos, es decir que por cada 100 personas de estos departamentos entre 7,8 y 9,5 % tienen algún tipo de discapacidad (42).

3.5 Discapacidad vista desde la interseccionalidad

El término de interseccionalidad fue introducido por Kimberlé Crenshaw en el año de 1989, como un cuestionamiento a las críticas feminista y raciales que presentaban las mujeres afro descendientes. Actualmente la interseccionalidad es entendida como una fusión de opresiones basada en la sumatoria u/o acumulación de factores como género, edad, raza/etnia, orientación sexual, nivel socioeconómico y discapacidad (43).

Ángela Grandas refiere:

> *"Los aportes de la discapacidad en perspectiva interseccional son múltiples. Como van más allá de la mera sumatoria de categorías sociales, permite una comprensión de las marginaciones que viven las personas con discapacidad, rompen con los paradigmas hegemónicos de normalización del cuerpo o del saber y hacen visibles las opresiones, las relaciones de poder y de dominación que han existido históricamente"* (44).

En un amplio sentido, la interseccionalidad nos permite identificar las discriminaciones que presentan las personas y más aún aquellas que presenta alguna discapacidad, nos permite estudiar las interdependencias entre diversos factores de opresión y simultáneamente promover una interpretación indivisible e interdependiente de los derechos humanos. Bajo este sentido, la comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), identifica a las personas con discapacidad como "vulnerables" y su función va encamina en garantizar el cumplimento de sus derechos por parte del Estado el cual tendrá que promover y proteger estos derechos (43).

METODOLOGÍA-ESTADÍSTICA

Tipo de estudio: Se realizó un estudio tipo observacional descriptivo de corte transversal orientada a identificar los factores de higiene bucal en personas en condición de discapacidad de la comunidad Misak (Guambiano) resguardo indígena de Guambia Silvia-Cauca. Se eligió este diseño porque permite establecer sin mediar la temporalidad factores de exposición y de resultado de manera simultánea frente al evento de higiene bucal en la población a estudiar. Las personas en condición de discapacidad se incorporaron al estudio, desde su domicilio y otros desde el "Hospital Mamá Dominga".

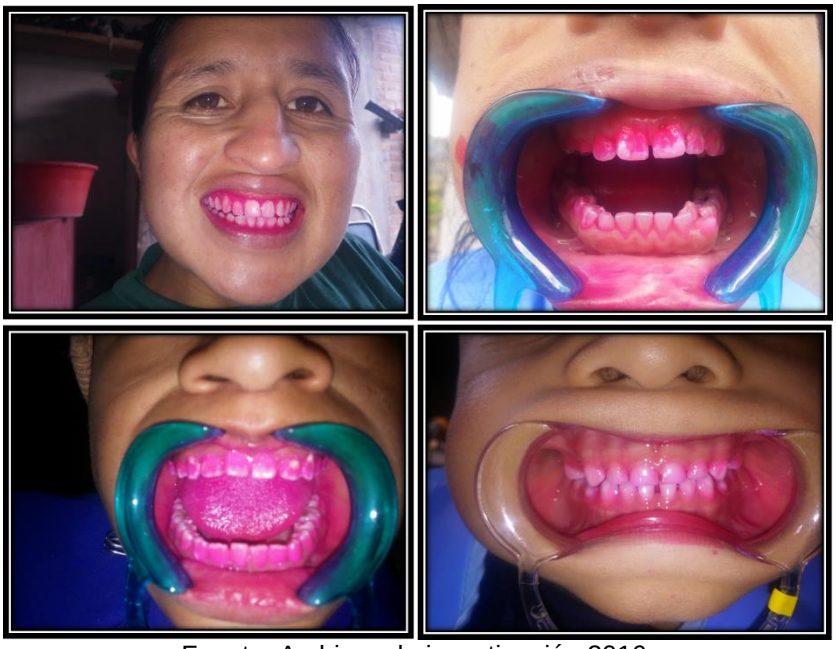
Población objetivo: La población objetivo del presente estudio la constituyó las personas indígenas pertenecientes al resguardo Guambia en condición de discapacidad.

Población de estudio: La población del estudio son personas en condición de discapacidad que residen en la comunidad Misak del resguardo indígena de Guambia Silvia-Cauca. Se incluirán personas según los siguientes criterios:
Personas en condición de discapacidad.
Residentes permanentes en el resguardo indígena.
Personas que no presenten limitaciones en la apertura bucal.
Personas que presenten dientes naturales en boca.
Personas que no se encuentren hospitalizados al momento del estudio.
Aceptación voluntaria de ingresar al estudio y/o de su cuidador.

Fase de determinación del índice de placa comunitario: Valoración clínica mediante IPC, por el cual se analizó todas la superficies vestibulares y linguales de los dientes con excepción de caras linguales de 13, 12, 11, 21, 22, 23.

Se tomaron los siguientes criterios de selección: todo diente seleccionado para el registro de IPC se observó previamente completamente erupcionado (superficie oclusal o incisal se encuentre en el plano oclusal). Los dientes naturales con restauraciones de coronas completas y superficies reducidas en altura por caries o trauma no fueron tomados en consideración, personas edéntulas totales se excluyeron del estudio. La tinción de placa se realizó a través de un enjuague producto de la dilución de 6 gotas de eritrosina sódica en 20 ml de agua suministrada a la persona quien se enjuagó por 30 segundos Fotografía 4 y en los casos que no pudieron realizar el enjuague por algún tipo de deficiencia cognitiva se le colocó directamente a la persona 3 gotas de eritrosina sódica en las caras dentarias y se dispersó la tinción con ayuda del dedo índice utilizando guantes de látex. Fotografía 5.

Fotografía 4.Tinción de placa bacteriana en superficies dentales, comunidad Misak con discapacidad.



Fuente: Archivos de investigación 2016.

Fotografía 5. Colocación directa de tinción con ayuda del dedo índice a personas con deficiencia cognitiva.

Fuente: Archivo de investigación 2016.

Muestra: Se realizó un censo de la población con discapacidad dentro del resguardo encontrándose 46 personas con discapacidad física, cognitiva y sensorial. Fotografía 6.

Fotografía 6. Personas con discapacidad previa evaluación IPC.

Fuente: Archivos de investigación 2016.

Variables: Edad, sexo, etnia, estado civil, lugar de nacimiento, tipo de discapacidad, estrato, ocupación, nivel educativo, accesibilidad al sistema de salud, hábitos de higiene, accesibilidad a servicios odontológicos e índice de placa comunitario.

Procedimientos para recolección y administración de la información:
Diseño y prueba de instrumentos: Partiendo de cuestionarios utilizados en otras investigaciones y del estado de arte al respecto, en el estudio se diseñó un instrumento para la recolección de datos. Antes de su aplicación, el instrumento se sometió a pruebas cognitivas para evaluar la comprensión y el lenguaje utilizado. De acuerdo con los resultados de dicha prueba se realizó ajustes hasta obtener el instrumento final, previa prueba piloto. En cuanto al instrumento clínico se utilizó el formato para índice de placa comunitario del Doctor Jairo Corchuelo, consiste en aplicar sustancia reveladora de placa durante dos minutos , al evaluar las superficies marcadas se deberá registrar 0 cuando no se evidencia placa y 1 presencia de placa en cualquier área de la cara evaluada. Este índice fue realizado por parte de la investigadora (Fotografía 7) y sus resultados se presentarán en forma porcentual dividiendo el total de superficies con placa sobre el total de superficies examinadas, estos datos se registrarán en un formato Word diseñado e impreso previamente.

Fotografía 7. Residente de Estomatología pediátrica realizando índice de placa comunitario.

Fuente: Archivos de investigación 2016.

Selección, capacitación del personal de campo: Para recolectar los datos se realizó previamente estandarización en el índice a utilizar (IPC). La capacitación que se tomó cubrió aspectos relacionados con la orientación general del estudio, se realizó presentación de la investigación a la autoridad Mayor, Hospital del resguardo indígena de Guambia "Mamá Dominga", comunidad y a los participantes; se manejó consentimiento informado previa realización del estudio, se llevó a cabo los criterios de selección, manejo del cuestionario y normas para la entrega de la información. Con el fin de asegurar el cumplimiento y la calidad de los procesos y tomar medidas oportunas en terreno, se contó con la participación del codirector que realizó la crítica de la información. Además, de revisar cada uno de los cuestionarios en busca de inconsistencias y datos faltantes, antes de pasarse a digitación.

Para la recolección de los datos del estudio, la investigadora se entrenó y se capacitó realizando pruebas de estandarización de criterios clínico, donde se obtuvo un coeficiente de correlación intraclase superior a 0.8.

Captación, y obtención de datos de los participantes: Inicialmente se visitó el Hospital del resguardo indígena de Guambia "Mamá Dominga", para solicitar la autorización de recolectar datos en sus instalaciones e identificar la población sujeta a estudio. Luego, se visitó a las personas con discapacidad en su domicilio acompañada y guiada por el Sr Jorge (auxiliar de enfermería) en el hospital se congregaron 2 personas en condición de discapacidad que pudieron movilizarse y

fueron organizados por la Sra. Marleny Morales (enfermera jefe). En un primer contacto, se explicó los objetivos y procedimientos del estudio, obteniendo la firma del consentimiento informado de los participantes (Fotografía 8) y se realizó la primera encuesta. En esta encuesta se obtuvieron los datos sociodemográficos de los participantes y se realizaron preguntas para abordar cada uno de los constructos del marco de trabajo propuesto.

Fotografía 8.Implementación del consentimiento informado.

Fuente. Archivos de investigación 2016.

Administración de los datos: La información se registró en los cuestionarios. La captura de la información contenida en los cuestionarios se realizó en Epi-info 2003 versión 7.0. Durante la captura, se realizó control de calidad a la digitación con filtros, chequeadores y listas de chequeo del programa.

En la supervisión del proyecto la cual la realizó con el codirector, se llevó control de calidad de la información recolectada en terreno, verificando la veracidad de los datos y el diligenciamiento de cada uno de los formatos.

Programas utilizados para análisis de datos: La información capturada en Epi-info 2003 versión 7.0 se exportó a Stata versión 11.0 para su procesamiento y análisis. Antes del análisis se realizó limpieza y chequeo de la base de datos, cuando se encuentró inconsistencias se buscó y comparó con la encuesta correspondiente para corregir datos u omisiones cuando fuera posible.

Plan de análisis: Inicialmente, se realizó análisis exploratorio utilizando técnicas de estadística descriptiva para determinar la distribución de las variables, se realizó un análisis bi-variado utilizando tablas de contingencia, pruebas chi2 y Fischer según el caso y su distribución en número y normalidad. En el análisis bi-variado para evaluar significancia estadística se debe presentar una significancia estadística menor de 0.05 ($p<0.05$).
Los aspectos éticos se basaron en la Resolución Nº 008430 DE 1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Artículo 5: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 6: Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen. Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo, Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes ; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia.

Artículo 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

Artículo 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: Investigación con riesgo mínimo: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o sicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores.

Artículo 16. El Consentimiento Informado, del sujeto pasivo de la investigación, para que sea válido, deberá cumplir con los siguientes requisitos: Será elaborado por el investigador principal, con la información señalada en el artículo 15 de ésta resolución. b. Será revisado por el Comité de ética en Investigación de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional donde se realizará la investigación. c. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación. d. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su defecto. Si el sujeto de investigación no supiere firmar imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe. e. Se elaborará en duplicado quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o su representante legal.

Artículo 18. En las investigaciones en comunidades, el investigador principal deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y de otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de Consentimiento Informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer la información a que se refieren los artículos 14, 15 y 16 de esta resolución.

Artículo 25. Para la realización de investigaciones en discapacitados físicos y mentales deberá, en todo caso, obtenerse, además del Consentimiento Informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o del discapacitado de que se trate.

Artículo 26. Cuando la capacidad mental y el estado sicológico del discapacitado lo permitan, deberá obtenerse, además, su aceptación para ser sujeto de investigación después de explicarle lo que se pretende hacer. El Comité de Ética en Investigación de la respectiva entidad de salud deberá velar por el cumplimiento de estos requisitos.

Parágrafo Primero: cuando el riesgo sea mínimo a. La intervención o procedimiento deberá representar para el menor o el discapacitado una experiencia razonable y comparable con aquellas inherentes a su actual situación médica, psicológica, social o educacional. b. La intervención o procedimiento deberá tener alta probabilidad de obtener resultados positivos o conocimientos generalizables sobre la condición del discapacitado que sean de gran importancia para comprender el trastorno o para lograr su mejoría en otros sujetos.

Según la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos se tendrá en cuenta:

Artículo 3 – Dignidad humana y derechos humanos 1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades

fundamentales. 2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.

Artículo 4 – Beneficios y efectos nocivos Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se deberían potenciar al máximo los beneficios directos e indirectos para los pacientes, los participantes en las actividades de investigación y otras personas concernidas, y se deberían reducir al máximo los posibles efectos nocivos para dichas personas.

Artículo 5 – Autonomía y responsabilidad individual Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

Artículo 12 – Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo Se debería tener debidamente en cuenta la importancia de la diversidad cultural y del pluralismo. No obstante, estas consideraciones no habrán de invocarse para atentar contra la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales o los principios enunciados en la presente Declaración, ni tampoco para limitar su alcance.

La propiedad intelectual es la denominación que recibe la protección legal sobre toda creación del talento o ingenio humano dentro del ámbito científico. La protección que la ley colombiana otorga al Derecho de autor se realiza sobre todas las formas en que se pude expresar las ideas, no hay que registrar y permanece durante toda la vida del autor, más 80 años después de su muerte, luego pasa a ser de dominio público. El registro de la obra contiene la normatividad vigente de la Universidad, Acuerdo 035 de 2003 “Estatuto de Propiedad Intelectual”. Esta investigación no presenta conflicto de interés.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados de este estudio arrojaron que el 82.6%(38) de las personas con discapacidad que participaron del estudio nacieron en el mismo resguardo Guambia, en el momento de comparar los sexos los resultados mostraron que hombres obtienen un 54,3%(25) y las mujeres alcanzan el 45,7% (21), el promedio de edad fue de 22.6 (+/- 11) años; los intervalos de edad se muestran en la tabla 3, donde se puede observar que la mayoría de población eran adolescentes en un rango de edad de 11 a 20 años 34,8 % (9) seguido de la población de adulta joven de 31 a 40 años con 24%.

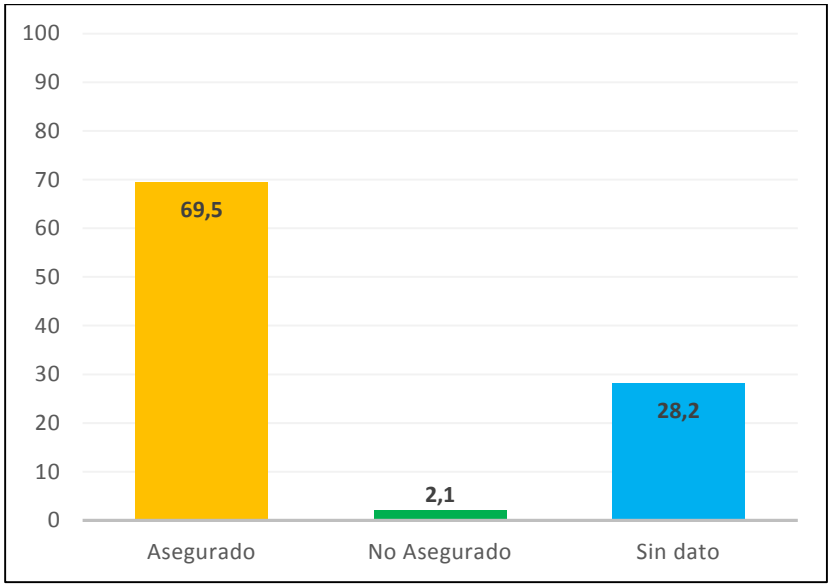
Frente al estado civil se encontró que la mayoría eran solteros (91.3% (42)), en escolaridad se observó que más del 60% de la población con discapacidad habían cursado algún grado de escolaridad (Tabla 3) casi 30% no presentó ningún nivel educativo. Para la ocupación se observó que las actividades generalmente son manuales como agricultura y artesanía (Tabla 3) y un porcentaje importante cerca del 37% (17) desarrolla otras actividades. De las personas encuestadas el 69.57% (32) se encuentran asegurados (Gráfica 1).

Tabla 3. Características sociodemográficas de Misak con discapacidad del resguardo indígena de Guambia, Silvia- Cauca.

VARIABLES		FRECUENCIA	%
SEXO	Hombre	25	54,35
	Mujer	21	45,65
EDAD	Promedio	22,6 (+/- 11)	
	Menor de 11	8	17,39
	11 – 20	16	34,78
	21 – 30	9	19,57
	31 – 40	11	23,91
	Mayor de 40	2	4,35
ESTADO CIVIL	Soltero	42	91,30
	Unión libre	1	2,17
	Casado	2	4,35
	Viudo	1	2,17
EDUCACIÓN	Preescolar	4	8,70
	Básica Primaria	19	41,30
	Básica Secundaria	9	19,57
	Otros	1	2,17
	Ninguna	13	28,26

VARIABLES		FRECUENCIA	%
OCUPACIÓN	Agricultor	9	19,57
	Artesano	4	8,70
	Hogar	7	15,22
	Piscicultura	1	2,17
	Ninguna	7	15,22
	Otro	17	36,96
	Sin Información	1	2,17
TOTAL POBLACIÓN		46	100,00

Gráfica 1. Distribución de personas con discapacidad del resguardo indígena de Guambia según su afiliación a seguridad social en salud.



Al realizar el análisis y determinar la distribución por sexo, se observó que en estado civil que tanto hombres como mujeres tiene similar distribución en estado civil solteros, y en ocupación los hombres se dedican en mayor proporción a la agricultura como se demuestra en la Tabla 4.

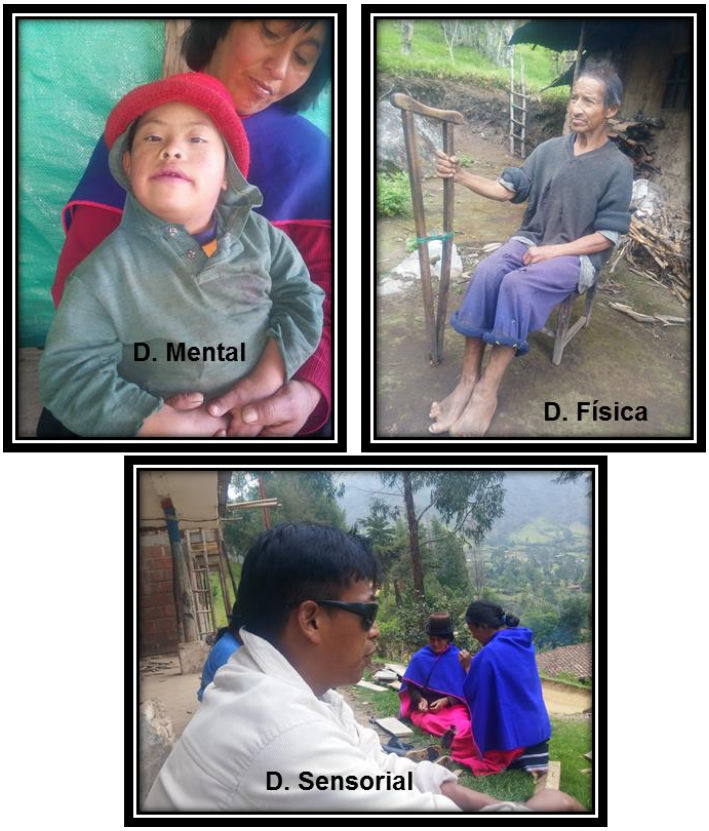
Tabla 4. Características sociodemográficas de personas con discapacidad del resguardo indígena de Guambia Silvia – Cauca.

VARIABLE	HOMBRE		MUJER	
	frecuencia	Porcentaje	frecuencia	Porcentaje
Estado civil				
Soltero	23	92.0	19	90.4
Unión libre	1	4.0	0	0.0
Casado	1	4.0	1	4.7
Viudo	0	0.0	1	4.7
Total	**25**	**100.0**	**21**	**100.0**
Educación				
Preescolar	3	12.0	1	4.7
Básica primaria	10	40.0	9	42.8
Básica secundaria	6	24.0	3	14.3
Otros	0	0.0	1	4.7
Ninguna	6	24.0	7	33.3
Total	**25**	**100.0**	**21**	**100.0**
Ocupación				
Agricultor	6	24.0	3	14.3
Artesano	0	0.0	4	19.0
Hogar	3	12.0	4	19.0
Piscicultura	1	4.0	0	0.0
Ninguna	4	16.0	3	14.3
Otro	10	40.0	7	33.3
Sin información	1	4.0	0	0.0
Total	**25**	**100.0**	**21**	**100.0**

En cuanto al tipo de discapacidad se observó que la discapacidad que en mayor proporción se presenta es la relacionada con la condición mental (Fotografía 9), el comportamiento por discapacidad física y sensorial presenta una distribución similar como lo demuestra la Grafica 2.

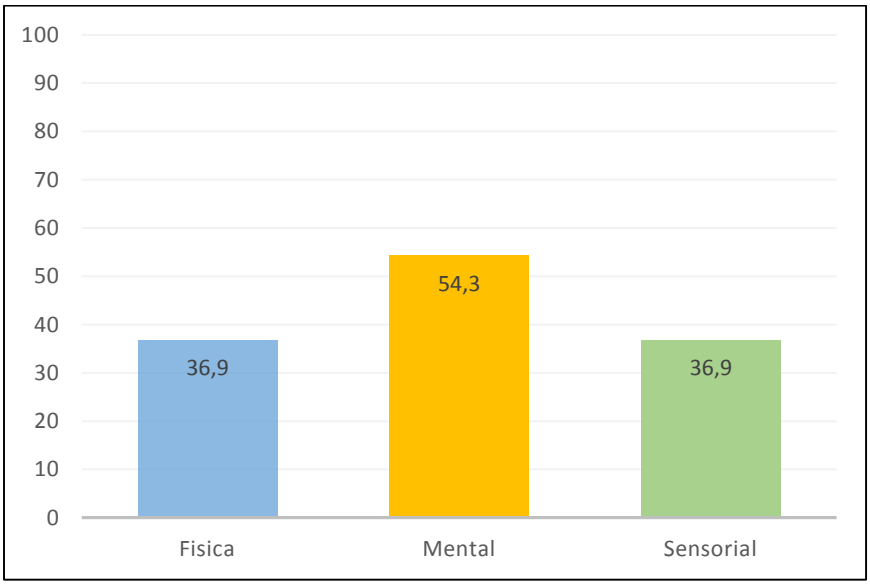
.

Fotografía 9. Tipo de discapacidad presente en la Comunidad Misak.



Fuente. Archivos de investigación 2016

Gráfica 2. Distribución de las personas del resguardo indígena de Guambia, según el tipo de discapacidad.



Se realizó un análisis evaluando el número de discapacidades presentadas en la población donde 76.1% (35) referenciaron tener una discapacidad, 19.6% (9) dos discapacidades y tres discapacidades el porcentaje restante 4.3% (2) la distribución de estas discapacidades por sexo se da en la Tabla 5, frente al diagnóstico principal y secundario referenciado por la persona con discapacidad se muestran en la Tabla 6 y Tabla 7.

Tabla 5. Número de discapacidades presente en los Misak de acuerdo con el sexo.

VARIABLE	HOMBRE		MUJER	
	frecuencia	Porcentaje	frecuencia	Porcentaje
Una discapacidad	19	76.0	16	76.2
Dos discapacidades	4	16.0	5	23.8
Tres discapacidades	2	8.0	0	0.0
TOTAL	**25**	**100.0**	**21**	**100.0**

Tabla 6. Distribución del diagnóstico principal en Misak con discapacidad del resguardo de Guambía, Silvia – Cauca.

DIAGNÓSTICO N° 1	Frecuencia	Porcentaje
Acondroplasia	3	6.5
Artritis Reumatoidea	4	8.7
Auditiva	5	10.8
Ceguera	2	4.3
Cuadriplejía Espástica	1	2,1
Déficit Visual	3	6.5
Fractura de la Diáfisis	1	2.1
Lupus	1	2.1
Mucopolisacaridosis	1	2.1
Paraplejia Espástica	1	2.1
Retraso Cognitivo	18	39.1
Retraso Psicomotor	1	2.1
Síndrome Down	4	8.7
Sindrómico	1	2.1
TOTAL	**46**	**100**

Tabla 7. Distribución del diagnóstico secundario en Misak con discapacidad del resguardo de Guambía, Silvia – Cauca.

DIAGNÓSTICO N° 2	Frecuencia	Porcentaje
Ceguera	1	9.09
Displasia de cadera	1	9.09
Hipoacusia	1	9.09
Limitación al caminar	1	9.09
Mudo	2	18.18
Osteogénesis imperfecta	1	9.09
Retraso cognitivo	2	18.18
Seudoartrosis del fémur	1	9.09
Déficit Visual	1	9.09
TOTAL	**11**	**100**

La discapacidad física se presenta en 9 hombres y en 8 mujeres es decir un 36.96% (17). La discapacidad mental se presenta en 16 hombres y en 9 mujeres es decir un 54.35% (25) y la discapacidad sensorial se presenta en 8 hombres y en 9 mujeres es decir un 36.96% (17) el restante 63.04% (29). Como se muestra en la Tabla 8, tabla 9, tabla 10 respectivamente. La Gráfica 3, muestra la comparación dada para los casos por sexo y según tipo de discapacidad.

Tabla 8. Distribución de discapacidad física según sexo.

SEXO	DISCAPACIDAD FISICA	
	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	9	19,57
Mujer	8	17,39
TOTAL	**17**	**36,96**

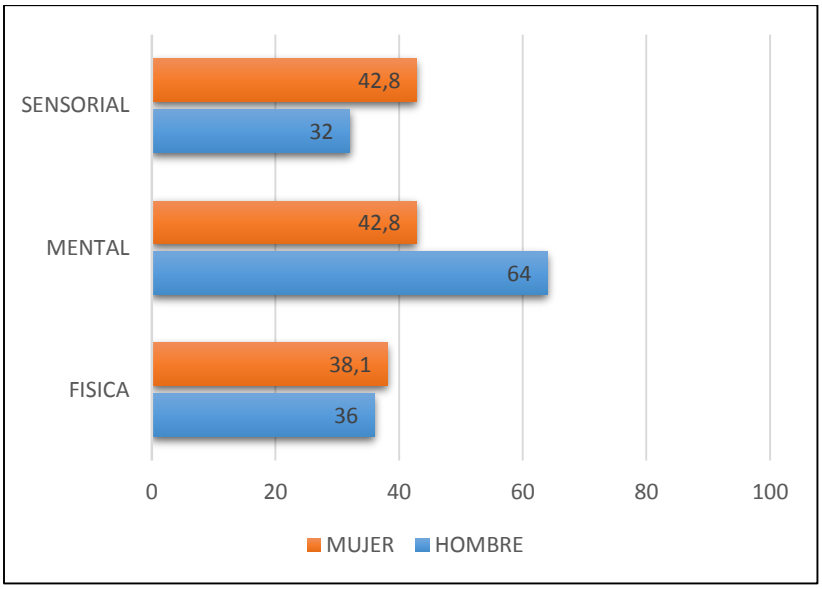
Tabla 9. Distribución de discapacidad mental según sexo.

SEXO	DISCAPACIDAD MENTAL	
	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	16	34,8
Mujer	9	19,6
TOTAL	**25**	**54,35**

Tabla 10. Distribución de discapacidad sensorial según sexo.

SEXO	DISCAPACIDAD SENSORIAL	
	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	8	17,4
Mujer	9	19,6
TOTAL	**17**	**36,957**

Gráfica 3. Comparación entre sexo y el tipo de discapacidad.



La mayor proporción de personas con discapacidad sensorial, física y mental se presenta en el rango de edad 11 a 20 años 41.2%, 35.3% y 40.0% respectivamente, como se describe en la tabla 11.

Tabla 11. Distribución del rango de edad en relación al tipo de discapacidad.

Rango de edad	Sensorial		Física		Mental	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
< de10	3	17.6	2	11.7	5	20
11 a 20	7	41.2	6	35.3	10	40
21 a 30	3	17.6	4	23.5	4	16
31 a 40	3	17.6	3	17.6	6	24
> de 40	1	5.9	2	11.7	0	0

Frente a las características de higiene bucal, las cuales se muestran en Tabla 12, se puede observar que el 43.48% (20) de las personas con discapacidad realiza cepillado al menos una, dos o tres veces al día. El 69.57% (32) de las personas con discapacidad tienen cepillo dental, 10.87% (5) usan seda dental, y 6.52% (3) usan enjuague bucal como actividad complementaria en su higiene oral.

Tabla 12. Distribución de hábitos de higiene bucal en la comunidad Misak con discapacidad.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Frecuencia de cepillado			
Una vez / día	7	15.2	15.2
Dos veces / día	6	13.0	28.2
Tres veces / día	7	15.2	43.5
No cepillado	1	2.1	45.6
Sin información	25	54.3	100
Uso de cepillo			
Si	32	69.6	69.6
No	2	4.3	73.9
Sin información	12	26.1	100.0

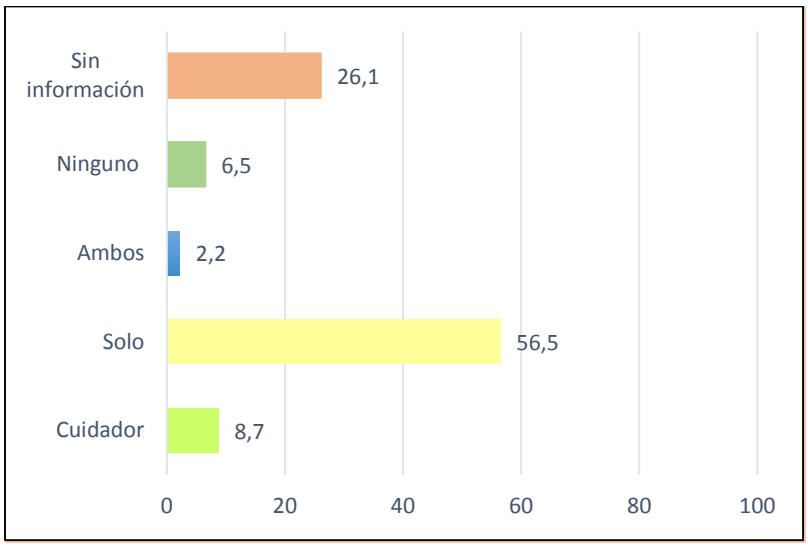
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Uso de Seda			
Si	5	10.9	10.9
No	28	60.9	71.8
Sin información	13	28.2	100.0
Uso de Enjuague			
Si	3	6.5	6.5
No	30	65.2	71.7
Sin información	13	28.3	100.0
Total	46	100.0	

Respecto a la actividad específica de cepillado dental de las personas con discapacidad 56.52% (26) lo realizan solos (Fotografía 10), Gráfica 4. Por otra parte en cuanto al aprendizaje en el cepillado el 30.4% (14) de las personas con discapacidad fueron educados por sus madres, gráfica 5.

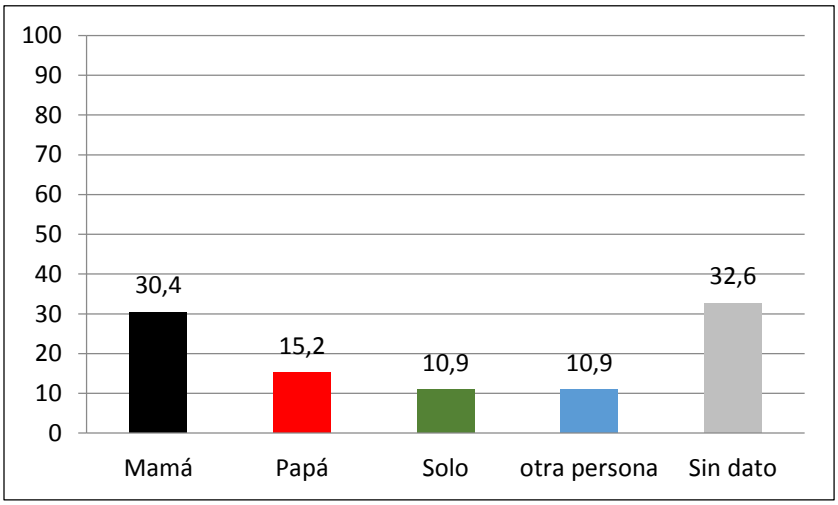
Fotografía 10. Demostración de técnica de cepillado habitual en las personas encuestadas

Fuente: Archivos de investigación 2016.

Gráfica 4. Hábitos de cepillado por parte de la comunidad Misak con discapacidad.



Gráfica 5.Aprendizaje del cepillado dental en la comunidad Misak con discapacidad.



En cuanto a la experiencia en atención odontológica, se observa que 32.6 %(15) presentaron dolor en meses anteriores, donde la última visita odontológica se realizó a durante el último año con 24%, asistiendo para higiene oral (28.2%), tabla 13.

Tabla 13. Causa, tratamientos y frecuencia en servicios de salud bucal en comunidad Misak con discapacidad.

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Dolor dental	Si	15	32,61
	No	18	39,13
	Sin información	13	28,26

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Último tratamiento	Higiene oral	13	28,26
	Calzas	4	8,70
	Urgencias	5	10,87
	Ninguno	9	19,57
	Otro	2	4,35
	Sin información	13	28,26
Visita odontológica	Una vez al año	11	23,91
	Dos veces al año	5	10,87
	Tres veces al año	6	13,04
	Más de tres veces al año	2	4,35
	Nunca	9	19,57
	Sin información	13	28,26

Frente al índice de placa comunitario (IPC) el valor promedio observado en la población fue de 91.9% (+/- 11.4) cuya valoración de datos osciló entre 44.1% como valor mínimo y 100% como valor máximo. La distribución por sexo muestra que el promedio de hombres está por debajo del promedio de las mujeres y el de la población (Tabla 14).

Tabla 14. Índice de placa comunitario presente en hombre y mujeres Misak con discapacidad.

SEXO	FRECUENCIA	PROMEDIO IPC %	*E.E	INTERVALO 95%
Hombre	25	90.6	2.7	85.0 – 96.2
Mujer	21	93.4	1.7	89.7 – 97.1
Población total	46	91.9	1.6	88.5 – 95.2

***E.E. Error Estándar.**

Por otra parte la población presentó un promedio total de dientes de 23.4 por persona, donde hubo personas con un mínimo de 3 dientes y un máximo de 30 dientes, el promedio tanto para hombres como para mujeres es de similar de 23.5 y 23.3 para hombres y mujeres respectivamente. Para las variables sociodemográficas se observó menor IPC en las que tiene pareja, que tiene algún grado educativo y las que tienen alguna ocupación, Tabla 15.

Tabla 15 Comparación del IPC con la distribución sociodemográfica de la comunidad Misak con discapacidad.

TIPO DE DISCAPACIDAD	FRECUENCIA	PROMEDIO IPC%	*E.E	INTERVALO 95%
Estado civil				
Soltero	42	92.4	1.3	89.6 – 95.2
Con pareja	4	86.0	13.9	41.5 – 130.5*
Población total	46	91.9	1.6	88.5 – 95.2
Educación				
algún nivel educativo	33	91.2	2.0	87.1 – 95.4
Sin nivel educativo	13	93.4	3.0	86.7 – 100.1
Población total	46	91.9	1.6	88.5 – 95.2
Ocupación				
Con ocupación	38	91.7	1.8	88.0 – 95.3
Sin ocupación	5	92.9	5.3	79.8 – 106.0
Población total	46	91.9	1.6	88.5 – 95.2

***E.E. Error Estándar.**

Al evaluar el IPC por tipo de discapacidad se observa un índice mayor para a discapacidad mental, gráfica 6. En el momento de hacer una evaluación individual, se observó un IPC mayor para las personas que presentaban discapacidad física y mental, pero en discapacidad sensorial se observó mayor IPC en las personas que no lo presentaron siendo estadísticamente significativa en este tipo de discapacidad, tabla 16.

Gráfica 6.Comportamiento del IPC con respecto al tipo de discapacidad en la comunidad Misak.

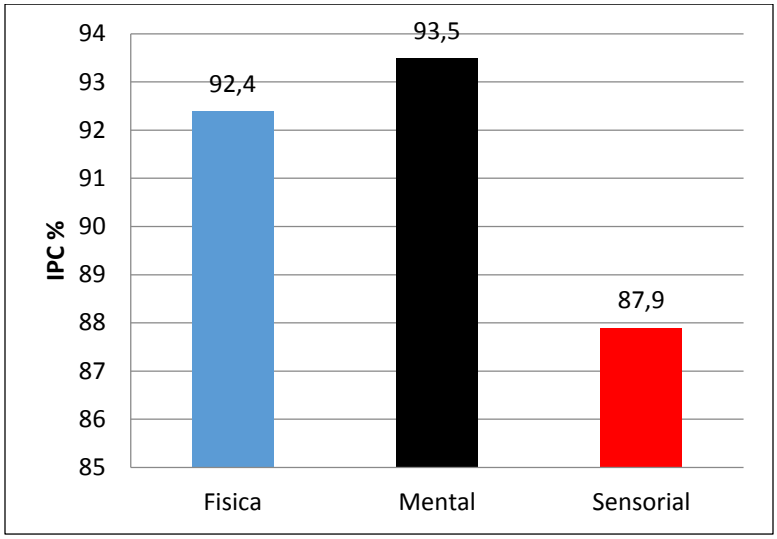


Tabla 16. Evaluación individual de las discapacidades con respecto al IPC en la comunidad Misak con discapacidad.

TIPO DE DISCAPACIDAD	FRECUENCIA	PROMEDIO IPC	*E.E	INTERVALO 95%
Física				
No	29	91.3	2.3	86.8 - 96.4
Si	17	92.3	1.3	87.4 – 97.3
Población total	46	91.9	1.6	88.5 – 95.2
Mental				
No	21	89.9	2.9	83.7 – 96.1
Si	25	93.5	1.8	89.7 – 97.2
Población total	46	91.9	1.6	88.5 – 95.2
Sensorial				
No	29	94.1	1.6	90.8 – 97.5
Si	17	87.9	3.4	80.6 – 95.3
Población total	46	91.9	1.6	88.5 – 95.2

***E.E. Error Estándar.**

Se realizó recategorización planteando la pregunta (SI, NO) para variables como uso de seda y enjuague bucal entre otros, los resultados se resumen en la Tabla 17, observando que en todos los que usan elementos complementarios de higiene bucal el IPC es menor.

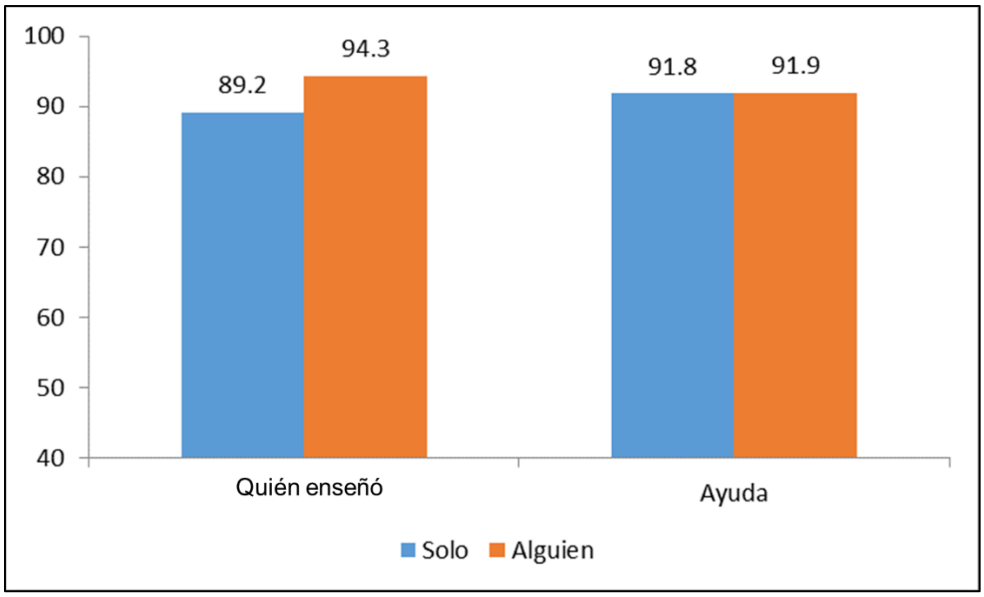
Tabla 17. Comportamiento del IPC respecto a los hábitos de higiene bucal en la comunidad Misak con discapacidad.

Misak con discapacidad	Frecuencia	Promedio IPC	*E.E	Intervalo 95%
Usa enjuague				
No	30	93.8	1.4	90.8 – 96.8
Si	3	74.4	15.1	9.1 – 139.7*
Población total	46	91.9	1.6	88.5 – 95.2
Uso cepillo				
No	2	96.2	0.9	84.4 – 108.2
Si	32	92.1	2.1	87.8 – 96.3
Población total	46	91.9	1.6	88.5 – 95.2
Uso seda				
No	28	92.4	2.2	87.8 – 96.9
Si	5	90.4	5.3	75.5 – 105.2
Población total	46	91.9	1.6	88.5 – 95.2

***E.E. Error Estándar.**

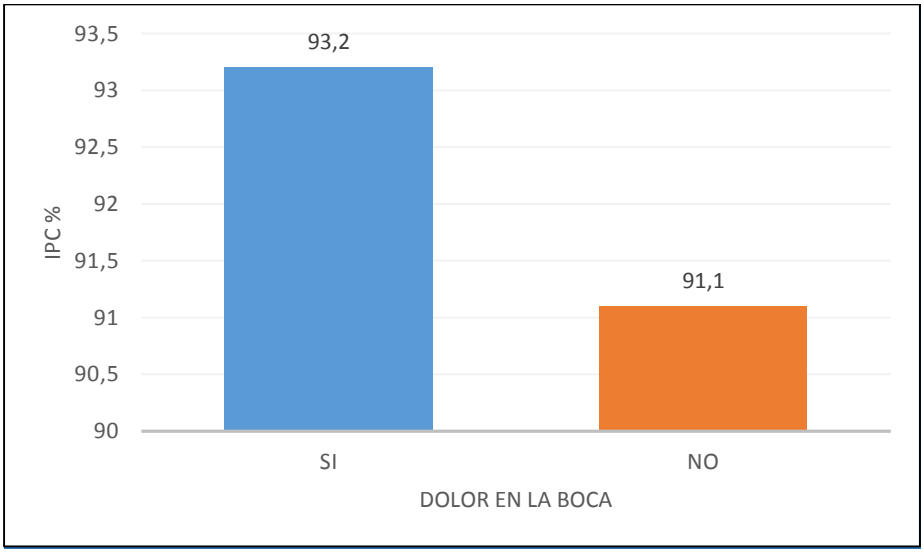
Al contemplar el IPC frente a variables de quién le enseño o si recibe ayuda para la higiene bucal se observa menor promedio de IPC para las personas que lo aprendieron solo y que no reciben ayuda (Gráfica 7).

Gráfica 7.Comportamiento del IPC con respecto a la enseñanza y ayuda en la comunidad Misak con discapacidad



Para las personas que presentaron dolor en la boca el IPC fue de 93.2 (+/- 3.6) mientras que para las que no presentaban dolor fue de 91.1 (+/- 2.1) (Gráfica 8).

Gráfica 8.Comportamiento del IPC con respecto a la presencia de dolor en la boca en la comunidad Misak con discapacidad.



DISCUSIÓN

Para abordar la discusión de los resultados, es necesario aclarar que no se encontró bibliografía específica de población indígena con discapacidad, por lo cual no es posible realizar una comparación directa de los resultados, es por esto que el análisis se desarrollara de forma individualizada tomando estudios que abordan características de población indígena y de personas con discapacidad.

La comunidad Misak con discapacidad en su mayoría fueron hombres con un promedio de edad de 22,6 años, solteros con algún grado de escolaridad y su ocupación se caracterizó por ser diferente a la agricultura y artesanía, más del 60% de la población cuenta con seguridad social y la mayoría de las discapacidades encontradas en este estudio son de tipo mental, mientras las discapacidades física y sensorial presentan el mismo porcentaje (36,9%) pero divergen en que hay más hombres con discapacidad física y más mujeres con discapacidad sensorial, por último las edades más frecuentes de las personas con discapacidad oscilan entre 11 y 20 años. Se puede extrapolar la tendencia a mayor afectación por parte del sexo femenino a estudios como el de Clarisse Díaz 2014, cuyos nativos de Paraguay, presentaron edades comprendidas entre 20 y 35 años, el 61.2% correspondía al sexo femenino (24).

Molina y colaboradores en un estudio realizado en el año 2011 en Colombia con población indígena de la Amazonía (21), utilizaron las variables: uso de cepillo dental, frecuencia de cepillado, uso de seda dental y enjuague bucal, sus porcentajes promediados refirieron un 35.3% frente un 25.54% para la población Misak con discapacidad, revelando mejores hábitos de higiene bucal en indígenas amazónicos sin discapacidad.

Los Misak con discapacidad o sus cuidadores presentan cierto conocimiento sobre higiene oral, enseñados por sus mayores, utilizando hierbas, carbón u otro medio proveniente de la naturaleza, lo refiere Aranda (32) y lo corrobora Polanco en un estudio con población indígena Wayuú realizado en el 2011, se evidenció que además de utilizar saberes propios para la higiene de sus dientes apropiaron métodos como: cepillo dental 30%, crema dental 26%, seda dental 10%, sal 5% y bicarbonato 3% (45).

Los pueblos indígenas han incorporado métodos occidentales para la realización de su higiene bucal, estos recomendados por profesionales de la salud en sus consultas ocasionales. Lo anterior descrito, lo refiere Yeni Molina en su estudio en el 2011 concluyendo que el 5% de su población indígena utilizan enjuague Listerine® y 8.75% seda dental (21), al compararlo con resultados de este estudio, se observa mayor apropiación por parte de la población Misak con discapacidad a la seda dental en un 7% y al uso de enjuague bucal en un 11%.

Las visitas ocasiones por parte de la comunidad Misak a servicios odontológicos representa un 23.91% en relación a estudios internacionales como el de Schluter y colaboradores 2016, quienes concluyen que entre el 15.4% y el 35.5% de nativos de Australia han visitado al odontólogo en el último período de 12 meses, con un número significativamente mayor en mujeres que en hombres (24).

El segundo aspecto a discutir se relaciona a personas con discapacidad. Y respecto a esta variable es necesario resaltar, las discapacidades de la población Misak fueron clasificadas acuerdo a su funcionalidad, según lo refiere Palacios y determinado en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (38). Encontrándose 25 personas 54.35% con alguna discapacidad mental y el restante correspondiente al 45.65% (21) se comparte en discapacidad de tipo física y sensorial.

Se observó un porcentaje de IPC de 91.9% siendo este mayor en mujeres que en hombres y relacionándolo con su estado civil se evidencio menor porcentaje en población con algún grado de escolaridad y ocupación. Lo anterior expuesto se asemeja a estudio realizado en el 2014 por Hernández, quien observó predominio del sexo femenino frente al masculino con un 54.59% el nivel educativo fue superior al encontrado en este estudio, existió nivel educacional preuniversitario con un 30,21 % seguido de secundaria terminada en un 18,75 % (46).

Este estudio registró un IPC mayor en personas con discapacidad mental seguido de discapacidad física, la discapacidad sensorial registró un IPC menor por debajo del 90 % (87.9). Entre las personas con discapacidad que utilizan como complemento de sus cepillado, enjugue bucal, se evidenció un menor IPC de 74,4% frente a la personas que solo utilizan cepillo y seda, se podría inferir que la técnica de cepillado y seda no sea la adecuada.

Frente a estas dos condiciones de etnia y discapacidad, aumenta las opresiones, exclusiones y vulnerabilidad disminuyendo su calidad de vida y aumentando sus riesgos, así lo expone Willi Horner, en el 2015, cuyas conclusiones refieren que se presentan mayores niveles de necesidad en atención odontológica en grupos raciales, étnicos y con discapacidad (33). Lo anterior descrito se puede confirmar con los resultados encontrados en la comunidad Misak con discapacidad, cuyo IPC de 91.8% (+/- 11.3) nos indica una mala higiene bucal, comprometiendo su bienestar y con esto vulnerando su derecho a la salud como lo refiere el Decreto No. 3039 de 2007, del Plan Nacional de Salud Pública (36). Es a partir de estos resultados que sale a relucir la interseccionalidad concepto propuesto por Zota A. (43) y que es entendida como la acumulación de factores como género, edad, raza/etnia, orientación sexual, nivel socioeconómico y discapacidad, trayendo consigo aumento de discriminaciones.

El IPC representa un método de diagnóstico rápido, pues su tiempo de aplicación frente a otros índices, fue de menor duración (2minutos), además se consideró de fácil aplicación pues permite ser realizado por la población en general (6). Más sin embargo, presentó ciertas limitaciones las cuales surgieron durante la realización de enjuagues con la sustancia reveladora, cuyo tiempo debe ser por 30 segundos previo al registro del IPC. La tinción de la placa se hizo a través de la colocación directa de 3 gotas de eritrosina sódica y ayudado con el índice del evaluador se llevada la solución a todas las superficies dentales por 30 segundos, esto debido a la limitación motora o cognitiva de ciertas personas este estudio. La cantidad reducida de dientes asociados a perdidas por caries en personas adultas o mayor con discapacidad, requirió un cambio en la fórmula para determinar índice de placa de manera porcentual.

CONCLUSIONES

La población Misak con discapacidad constituye una comunidad organizada, dedicada de manera participativa actividades propias como la agricultura y la artesanía, sin embargo en porcentaje mayores se dedican a otras actividades como; educación, servicio técnico, secretaria, radiolocutor, etc. Su participación en la sociedad incrementa dependiendo de su nivel educativo, la mayor población cuenta con seguro social subsidiado, lo que le permite recibir atención en salud, sin embargo su asistencia a estos servicios se realizan de manera ocasional por razones de distancia, movilización o factor económico.

Su estado de higiene bucal a través del IPC mostró un porcentaje de 91.9% siendo este mayor en mujeres que en hombres. Frente a su discapacidad se evidenció mayor en personas con discapacidad mental 93.5% (25) seguido de discapacidad física 92,3% (17), mientras que la discapacidad sensorial registró un IPC menor de 87.9% (17). Entre las personas con discapacidad que usan enjugue bucal se evidenció un menor IPC de 74.4% frente a la personas que utilizan cepillo y seda, se podría inferir que la técnica de cepillado y seda no es la adecuada, suficiente o continua.

El estado de higiene bucal en la comunidad Misak con discapacidad fue mala debido a su condición de discapacidad la cual no les permite en ciertos de los casos acercarse a recibir atención estomatológica o a la poca información que tengan sobre la salud bucal debido a su déficit cognitivo.

El IPC constituye un instrumento muy fácil de ser aplicado y sus resultados contribuyen a la planificación de programas de prevención y asistencia dental, es decir constituye un buen elemento de diagnóstico

RECOMENDACIONES

Realizar estudios comparativos en otras poblaciones indígenas de Colombia en condiciones de discapacidad, de los cuales surjan programas para el mejoramiento del servicio de salud bucal y por ende de su estado de higiene.

Realizar nuevos estudios en los que se puedan revaluar los hábitos en higiene bucal de la población, sus características a nivel genético y microbiológico después de este primer acercamiento.

Elaborar e implementar una guía de salud oral que pueda ser utilizada por la comunidad Misak con discapacidad, en donde se contemplen sus tradiciones culturales junto con los protocolos nacionales en salud oral que cuenta el estado para todos sus ciudadanos.

Implementar atención estomatológica pediatra, dentro del personal hospitalario los cuales tienen la capacidad y técnicas de manejo para personas con discapacidad.

Mantener y fortalecer los vínculos entre la comunidad Misak y la Universidad Nacional de Colombia, permitiendo la participación estudiantil dentro del resguardo por un lado y por otro brindar servicios de salud bucal considerando sus saberes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra; 2011.
2. Díez J. Situación de la discapacidad en la Región Andina. Legislación y políticas de Estado. Feb; 2009.
3. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2013; niñas y niños con discapacidad. Mayo; 2013.
4. Ochoa E, Patiño K, Pérez C, Lambraño L, Sierra E. Tradiciones culturales y prácticas de cuidado bucal en los indígenas Zenúes, Sucre; Colombia. Rev. Nac. Odontol. 2015; 11(20): 47-54.
5. Fernández C., Núñez L., Díaz N. Determinantes de salud oral en población de 12 años, Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 4(3); 117-121, 2011.
6. Corchuelo J. Sensibilidad y especificidad de un índice de higiene oral de uso comunitario. Colom. Méd. 2011 Oct; Vol. 42(N° 4).
7. Ouriques F., Florentino M. ISEES, Interculturalidad y Formación Superior en Salud Indígena: aportes para un proyecto político-pedagógico emancipatorio. N° 13, julio - diciembre 2013, 109-125.
8. Alto Comisionado de las Naciones Unidas. Los Pueblos Indígenas y el Sistema de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Folleto informativo Nº 9/Rev.2. Nueva York y Ginebra; 2013.
9. Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1618. Disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Bogotá; 2013.
10. Singer M, ¿Exclusión o inclusión indígena?, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Centro de Estudios Políticos. México; 2014 enero-abril, núm. 31: 87-106.
11. Tunubalá F, Muelas J. Segundo plan de vida y crecimiento Misak. Colombia; Guambia; 2008.
12. Ministerio de salud y protección social. Plan decenal de salud pública 2011-2021: La salud de Colombia la construyes tú. Bogotá D.C. Colombia; 2013.
13. Ministerio de Salud y Protección Social, Estudio Nacional de Salud Bucal IV (ENSAB IV) 2014.
14. Martínez M. Reconocimiento sin implementación; Un balance sobre los derechos de los pueblos indígenas en América Latina. Rev. Mex. Cienc. Pol. y Soc. Univ. Nac. Aut. Nueva Época, Año LX, núm. 224.mayo-agosto de 2015. pp. 251-278. ISSN-0185-1918
15. Organización Panamericana de la Salud. Pueblos indígenas de las Américas: conceptos, estrategias, prácticas y desafíos. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud. Ecuador.
16. Iglesias J., Fernández M., Barrón J., Bartolomé M. Evolución de los conocimientos y hábitos de higiene bucodental en escolares de educación primaria. Gac. Sanit. 2013; 27(4):362–364
17. Ministerio de Salud. Centro Nacional de consultoría-CNC. III Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB III, II Estudio Nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas - ENFREC II. Colombia; 1999.

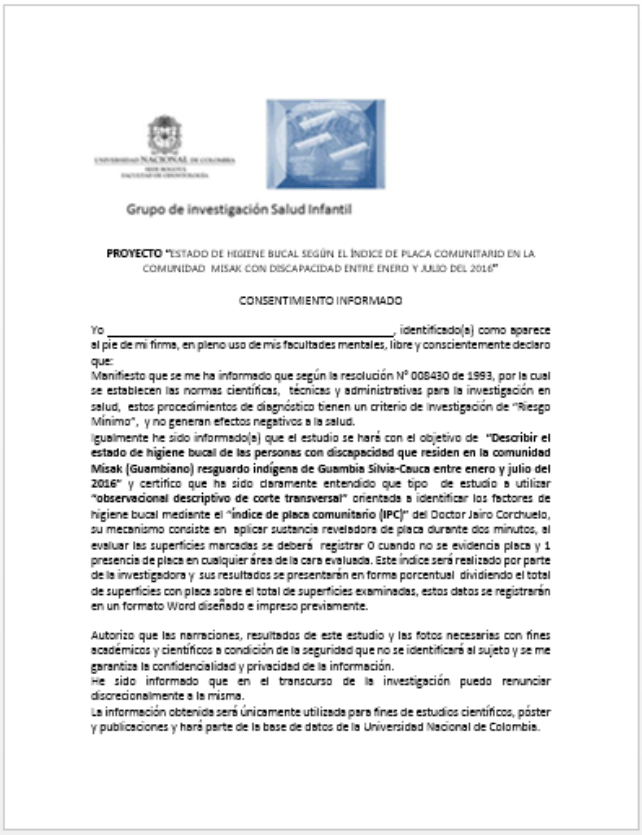
18. Triana F., Rivera S., Soto L., Bedoya A. Estudio de morbilidad oral en niños escolares de una población de indígenas amazónicos. Colom. Med. Vol. 36 Nº 4 octubre-diciembre, 2005.
19. Ministerio de Salud y Protección Social, Estudio Nacional de Salud Bucal IV (ENSAB IV) 2014.
20. Bernal J, Geografía humana en Colombia, Variación biológica y cultural en Colombia. Salud oral en las comunidades visitadas por la Gran Expedición Humana. Tomo I; pág. 25-475.
21. Molina Y, Torres M, Escalante A. Caracterización de la Condición Periodontal, Hábitos y Costumbres en Salud Oral, en Indígenas de Comunidades Amazónicas de Colombia: Tarapacá, Amazonas. [Trabajo Final] Universidad Nacional de Colombia; 2011.
22. Linares L., Ruiz N., Herrera D., Gómez R. Caries dental y condiciones de higiene oral en niños indígenas Sikuani, Municipio de Puerto Gaitán. Rev. Colombiana de Investigación en Odontología 2010: 1(2)
23. Díaz C., Pérez N., Ferreira M., Sanabria D., Aponte L., Arévalos M., Chaparro A., Gauto C., López R., Mereles M., Páez E., Vera L. Evaluación de la salud oral en nativos de la comunidad Maká. Univ. del Pacífico Privada. Octubre; 2014.
24. Schluter P., Askew D., Spurling G., Lee M., Hayman N.Aboriginal and Torres Strait Islander oral health and its impact among adults: a crosssectional study. Aust Dent J. Jul; 2016.
25. Aguilar M., Cañamas M., Ibáñez P., Gil F. Periodoncia para el higienista dental: Importancia del uso de índices en la práctica periodontal diaria del higienista dental. Periodoncia 2003, 13 (N°3) Fasc. 8:233-244
26. Matthijs S., Moradi Sabzevar M., Adriaens P. Intra-examiner reproducibility of 4 dental plaque índices. J Clin Periodontol 2001; 28: 250–254
27. Secretaría Distrital de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad gingival. Bogotá D.C. Mayo; 2007.
28. Stavenhagen R., Los derechos indígenas: Nuevo enfoque del sistema internacional, Rev. IIDH. Vol.10, 1989.
29. Tunubalá F., Muelas Trochez J., Segundo plan de vida de pervivencia y crecimiento Misak. Guambia; Dic 2008.
30. Argote F., Betancourt A., Villada D., Upegui O. Conservación y transformación de granos ancestrales en el resguardo indígena de Guambia Silvia-Cauca- Fac. de Ciencias Agropecuarias. Vol 8 No. 2 Jul-Dic; 2010.
31. Ministerio de Trabajo, PUND. Insumo para el diseño de las estrategias y alternativas para la generación de empleo a las víctimas de la violencia. REC ORMED. Colombia; 2013.
32. Aranda L., Perafan C., Mayorga E., Moreno S., Confrontando la cultura hegemónica desde el pensamiento Misak. Tesis de maestría en educación desde la diversidad. Universidad de Manizales. Febrero; 2015.
33. Horner W., Dobbertin K., Wedel E. Disparities in dental care associated with disability and race and ethnicity. JADA 2015:146(6):366-374
34. Organización de las Naciones Unidas. Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. New York; 2006.

35. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud; aplicada a la Infancia y la Adolescencia. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Madrid; 2011.
36. Ministerio de la Protección Social, Decreto No. 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, Rep. Colombia.
37. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de Salud Pública, PDSP 2012-2021. Marzo 15-2013. Bogotá
38. Palacios A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. CERMI. Madrid: CINCA; 2008.
39. Rutherford H., Stowe M. Five models for thinking about disability: Implications for Policy Responses. Journal of disability policy studies Vol. 12/No. 3/2001/PP. 198-205
40. Gómez C., Cuervo C. Conceptualización de discapacidad: reflexiones para Colombia. Universidad Nacional de Colombia: Facultad de Medicina, Bogotá; 2007.
41. Organización de las Naciones Unidas. Estudio sobre la situación de las personas indígenas con discapacidad, con especial atención a los desafíos que enfrentan respecto del pleno disfrute de los derechos humanos y la inclusión en el desarrollo. New York; Mayo 2013.
42. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005. Discapacidad; personas con limitaciones permanentes. Bogotá; Sept. 2016.
43. Zota A. Incorporación del análisis interseccional en las sentencias de la Corte IDH sobre grupos vulnerables, su articulación con la interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos. Eunomía. Rev. en Cultura de la Legalidad. Nº 9, octubre 2015 – marzo 2016, pp. 67-85. ISSN 2253-6655
44. Grandas A. La discapacidad en perspectiva interseccional, una ruta para transversalizar la inclusión epistémica en pregrados de Odontología. Maestría Discapacidad e Inclusión Social. Univ. Nac. de Col. Bogotá; 2015.
45. Polanco H., Acuña C., Gonzales E., Arenas S. Prevalencia de caries dental en una comunidad escolar de la etnia Wayuu en la Guajira Colombiana y su manejo con medicina ancestral. Acta odont. colomb. 2011; 1(1):25-38.
46. Hernández A., Sueiro I., Manresa C., Hernández Z., Hurtado D., Barrio T. Determinación del estado de salud bucal en pacientes discapacitados del Área VII en Cienfuegos. Rev. Finlay. Vol. 4 No. 3. Cuba; 2014.

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado 73
Anexo B. Folleto 74
Anexo C. Encuesta 75
Anexo D. Monitoreo IPC 76
Anexo E. Acuerdo de confidencialidad 77

Anexo A. Consentimiento informado



Grupo de investigación Salud Infantil

PROYECTO "ESTADO DE HIGIENE BUCAL SEGÚN EL ÍNDICE DE PLACA COMUNITARIO EN LA COMUNIDAD MISAK CON DISCAPACIDAD ENTRE ENERO Y JULIO DEL 2016"

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y conscientemente declaro que:

Manifiesto que se me ha informado que según la resolución N° 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, estos procedimientos de diagnóstico tienen un criterio de investigación de "Riesgo Mínimo", y no generan efectos negativos a la salud.

Igualmente he sido informado(a) que el estudio se hará con el objetivo de **"Describir el estado de higiene bucal de las personas con discapacidad que residen en la comunidad Misak (Guambiano) resguardo indígena de Guambia Silvia-Cauca entre enero y julio del 2016"** y certifico que ha sido claramente entendido que tipo de estudio a utilizar **"observacional descriptivo de corte transversal"** orientada a identificar los factores de higiene bucal mediante el **"índice de placa comunitario (IPC)"** del Doctor Jairo Corchuelo, su mecanismo consiste en aplicar sustancia reveladora de placa durante dos minutos, al evaluar las superficies marcadas se deberá registrar 0 cuando no se evidencia placa y 1 presencia de placa en cualquier área de la cara evaluada. Este índice será realizado por parte de la investigadora y sus resultados se presentarán en forma porcentual dividiendo el total de superficies con placa sobre el total de superficies examinadas, estos datos se registrarán en un formato Word diseñado e impreso previamente.

Autorizo que las narraciones, resultados de este estudio y las fotos necesarias con fines académicos y científicos a condición de la seguridad que no se identificará al sujeto y se me garantiza la confidencialidad y privacidad de la información.

He sido informado que en el transcurso de la investigación puedo renunciar discrecionalmente a la misma.

La información obtenida será únicamente utilizada para fines de estudios científicos, póster y publicaciones y hará parte de la base de datos de la Universidad Nacional de Colombia.

Esta será una investigación desarrollada para la comunidad teniendo como pilares principales sus costumbres, creencias, conocimientos y formas de vida, para que de esta manera haya una horizontalidad y participación de la comunidad y de cada indígena y lo perciba como propio y no se reconozca como una imposición del saber occidentalizado

Fecha: _____/_____/_____.

_____ _____

Firma Testigo: Director del proyecto

C.C N° _____ de _____ C.C N° _____ de _____

DISENTIMIENTO

No aceptación de la participación en el proyecto de investigación titulado "ESTADO DE HIGIENE BUCAL SEGÚN EL ÍNDICE DE PLACA COMUNITARIO EN LA COMUNIDAD MISAK CON DISCAPACIDAD ENTRE ENERO Y JULIO DEL 2016."

En consideración a la información recibida y descrita anteriormente, he tomado la decisión libre y voluntaria de **NO ACEPTAR, RECHAZAR Y NO AUTORIZAR** la participación en el proyecto propuesto, sin que se genere alguna discriminación o diferencia en la calidad y oportunidad al servicio que se acude.

_____ _____

Firma Testigo: Director del proyecto

C.C N° _____ de _____ C.C N° _____ de _____

Anexo B. Folleto

"La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), aprobada por las Naciones Unidas en 2006, pretende "promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente".

Agradecemos su colaboración en este proyecto:

Cualquier inquietud llámenos al teléfono: 3209579040 o escríbanos a los correos:
ccsolorzanov@unal-edu-co
crisolve_17@yahoo-es
algrandasr@unal-edu-co

Grupo de investigación Salud Infantil

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

ESTADO DE HIGIENE ORAL SEGÚN EL ÍNDICE DE PLACA COMUNITARIO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA COMUNIDAD INDÍGENA MISAK RESGUARDO DE GUAMBIA SILVIA-CAUCA ENTRE ENERO Y JULIO DEL 2016

RESPONSABLE DEL PROYECTO

Odont. Cinthya Solorzano Vera
Directora: Dra. Angela Liliana Grandas Ramírez
Codirector: Dr. Harney Alonso Rengifo Reina

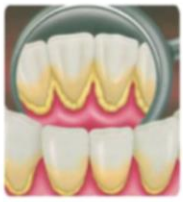
Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Odontología
Posgrado de Estomatología Pediátrica y Ortopedia Maxilar
2015

¿Qué es salud bucal?

Es el estado de bienestar que presenta una persona en relación a la cavidad bucal (dientes, encía, periodonto y su funcionalidad) conducida por la buena practica diaria e individual .

¿Qué es la placa bacteriana?

Signo característico de mala higiene bucal, representada por la agrupación de microorganismos sobre las estructuras dentarias, incolora y de textura pegajosa. Destruye los tejidos dentarios provocando caries dental e inflación a nivel periodontal.



¿Qué es índice de placa comunitario?

Es un método que consiste en la tinción con revelador de placa sobre las superficies dentarias, se realiza apertura bucal con ayuda de un baja lengua y se selecciona las superficies visiblemente marcadas. Este Indice presenta criterios menos estrictos de evaluación y favorece la aplicación del Indice por parte de cualquier persona desde el odontólogo, profesores o comunidad en general.

ODONT. CINTHYA SOLORZANO VERA

¡Nuestro derecho a la salud!

En Colombia se implementa la Ley Estatutaria No. 1618 del 27 de febrero del 2013, donde por medio de este documento se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Y en tema de salud mediante el Art. 10 se reafirma el derecho que presenta las personas con discapacidad a una salud oportuna y adecuada esto resulta en concordancia con el articulo de la Ley 1346 de 2009.

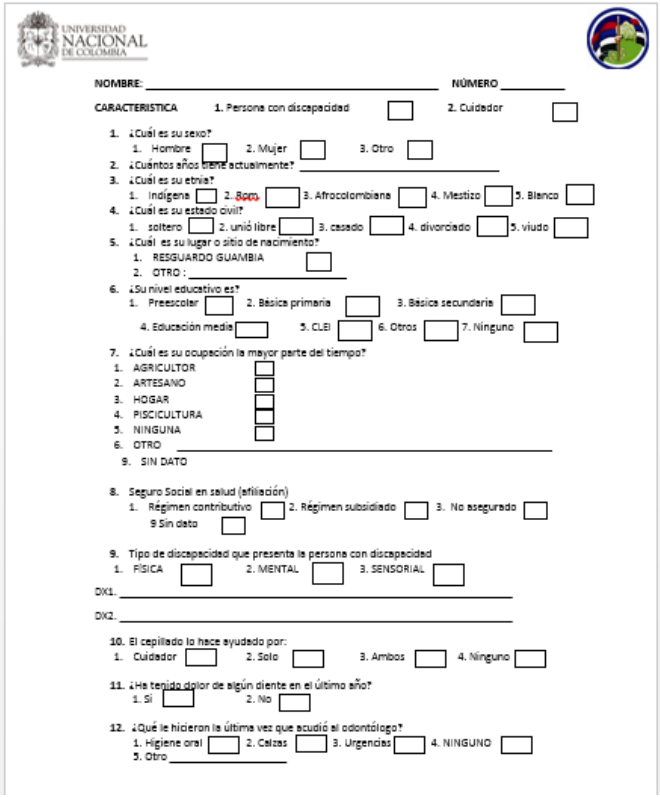
Objetivo de la investigación

Describir el estado de higiene bucal de las personas con discapacidad que residen en la comunidad indígena Misak resguardo de Guambia Silvia-Cauca entre enero y julio del 2016.

Impacto esperado

Establecer estrategias de educación en salud bucal para personas con discapacidad comunidad indígena Misak resguardo de Guambia Silvia-Cauca.

Anexo C. Encuesta



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

NOMBRE: _____ **NÚMERO** _____

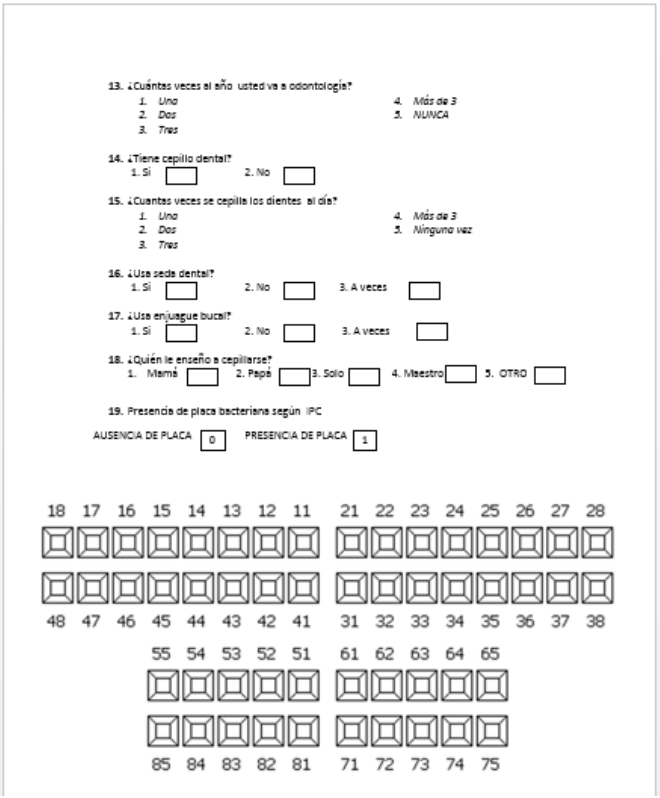
CARACTERISTICA **1.** Persona con discapacidad ☐ **2.** Cuidador ☐

1. ¿Cuál es su sexo?
   1. Hombre ☐ 2. Mujer ☐ 3. Otro ☐
2. ¿Cuántos años tiene actualmente? _____
3. ¿Cuál es su etnia?
   1. Indígena ☐ 2. Rom ☐ 3. Afrocolombiana ☐ 4. Mestizo ☐ 5. Blanco ☐
4. ¿Cuál es su estado civil?
   1. soltero ☐ 2. unió libre ☐ 3. casado ☐ 4. divorciado ☐ 5. viudo ☐
5. ¿Cuál es su lugar o sitio de nacimiento?
   1. RESGUARDO GUAMBIA ☐
   2. OTRO : _____
6. ¿Su nivel educativo es?
   1. Preescolar ☐ 2. Básica primaria ☐ 3. Básica secundaria ☐
   4. Educación media ☐ 5. CLEI ☐ 6. Otros ☐ 7. Ninguno ☐
7. ¿Cuál es su ocupación la mayor parte del tiempo?
   1. AGRICULTOR ☐
   2. ARTESANO ☐
   3. HOGAR ☐
   4. PISCICULTURA ☐
   5. NINGUNA ☐
   6. OTRO _____
   9. SIN DATO
8. Seguro Social en salud (afiliación)
   1. Régimen contributivo ☐ 2. Régimen subsidiado ☐ 3. No asegurado ☐
   9 Sin dato ☐
9. Tipo de discapacidad que presenta la persona con discapacidad
   1. FÍSICA ☐ 2. MENTAL ☐ 3. SENSORIAL ☐

DX1. _____

DX2. _____

10. El cepillado lo hace ayudado por:
    1. Cuidador ☐ 2. Solo ☐ 3. Ambos ☐ 4. Ninguno ☐
11. ¿He tenido dolor de algún diente en el último año?
    1. Sí ☐ 2. No ☐
12. ¿Qué le hicieron la última vez que acudió al odontólogo?
    1. Higiene oral ☐ 2. Calzas ☐ 3. Urgencias ☐ 4. NINGUNO ☐
    5. Otro _____



13. ¿Cuántas veces al año usted va a odontología?
    1. *Uno* 4. *Más de 3*
    2. *Dos* 5. *NUNCA*
    3. *Tres*
14. ¿Tiene cepillo dental?
    1. Sí ☐ 2. No ☐
15. ¿Cuantas veces se cepilla los dientes al día?
    1. *Uno* 4. *Más de 3*
    2. *Dos* 5. *Ninguna vez*
    3. *Tres*
16. ¿Usa seda dental?
    1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. A veces ☐
17. ¿Usa enjuague bucal?
    1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. A veces ☐
18. ¿Quién le enseño a cepillarse?
    1. Mamá ☐ 2. Papá ☐ 3. Solo ☐ 4. Maestro ☐ 5. OTRO ☐
19. Presencia de placa bacteriana según IPC

AUSENCIA DE PLACA 0 PRESENCIA DE PLACA 1

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

Anexo D. Monitoreo IPC

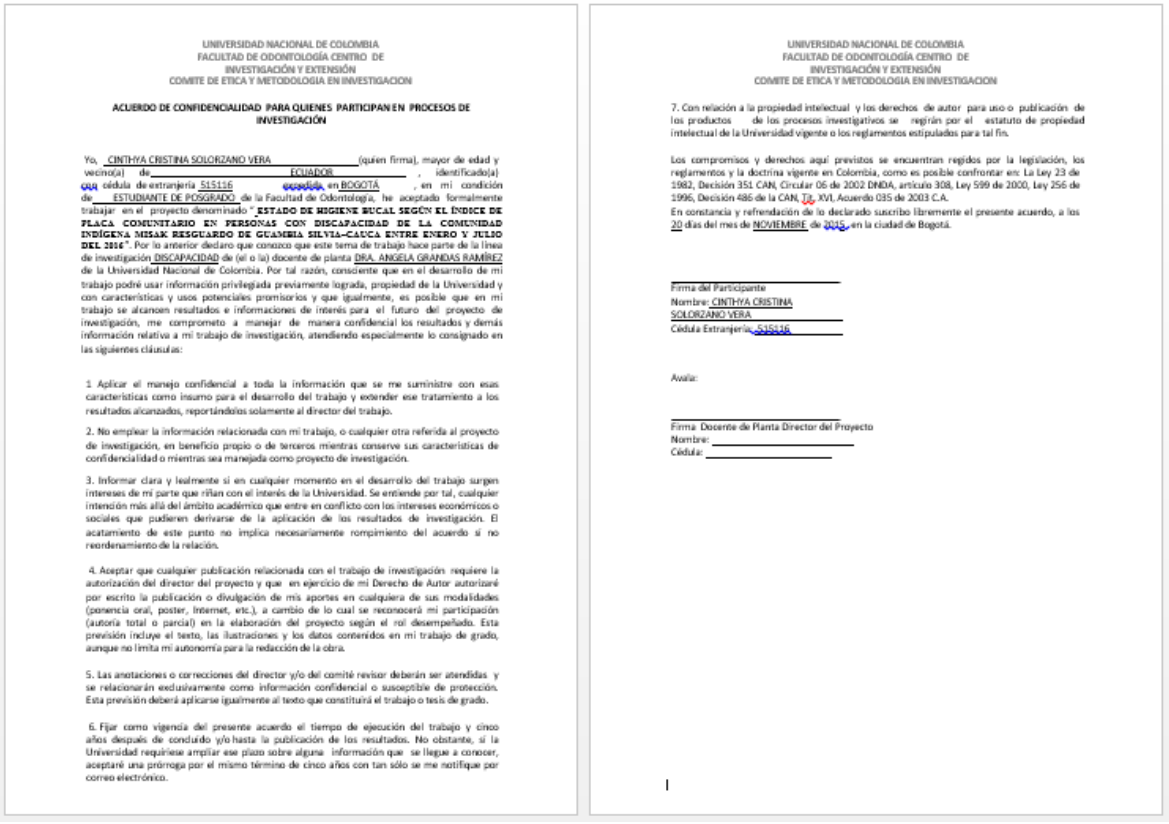
FORMATO MONITOREO DE PLACA BACTERIANA POR CUIDADORES
EN HOGARES DE BIENESTAR

NOMBRE	FECHA	No. Caras teñidas por fuera (caras vestibulares) (A)	No. Caras teñidas por dentro (caras linguales) (B)	Total caras con placa (C)	Total de dientes (D)	IPC (%)*

*Para calcular el IPC:

$$\frac{\text{Total de caras con placa}}{\text{Total de dientes x 2 y resto 6}} = \frac{C}{(D \times 2) - 6} \times 100$$

Anexo E. Acuerdo de confidencialidad



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA CENTRO DE
INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN
COMITE DE ETICA Y METODOLOGIA EN INVESTIGACION

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA QUIENES PARTICIPAN EN PROCESOS DE INVESTIGACIÓN

Yo, CINTHYA CRISTINA SOLORZANO VERA (quien firma), mayor de edad y vecino(a) de ECUADOR, identificado(a) con cédula de extranjería 515116 expedida en BOGOTÁ, en mi condición de ESTUDIANTE DE POSGRADO de la Facultad de Odontología, he aceptado formalmente trabajar en el proyecto denominado "**ESTADO DE HIGIENE BUCAL SEGÚN EL ÍNDICE DE PLACA COMUNITARIO EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA COMUNIDAD INDÍGENA MISAK RESGUARDO DE GUAMBIA SILVIA–CAUCA ENTRE ENERO Y JULIO DEL 2016**". Por lo anterior declaro que conozco que este tema de trabajo hace parte de la línea de investigación DISCAPACIDAD de (el o la) docente de planta DRA. ANGELA GRANDAS RAMÍREZ de la Universidad Nacional de Colombia. Por tal razón, consciente que en el desarrollo de mi trabajo podré usar información privilegiada previamente lograda, propiedad de la Universidad y con características y usos potenciales promisorios y que igualmente, es posible que en mi trabajo se alcancen resultados e informaciones de interés para el futuro del proyecto de investigación, me comprometo a manejar de manera confidencial los resultados y demás información relativa a mi trabajo de investigación, atendiendo especialmente lo consignado en las siguientes cláusulas:

1. Aplicar el manejo confidencial a toda la información que se me suministre con esas características como insumo para el desarrollo del trabajo y extender ese tratamiento a los resultados alcanzados, reportándolos solamente al director del trabajo.

2. No emplear la información relacionada con mi trabajo, o cualquier otra referida al proyecto de investigación, en beneficio propio o de terceros mientras conserve sus características de confidencialidad o mientras sea manejada como proyecto de investigación.

3. Informar clara y lealmente si en cualquier momento en el desarrollo del trabajo surgen intereses de mi parte que riñan con el interés de la Universidad. Se entiende por tal, cualquier intención más allá del ámbito académico que entre en conflicto con los intereses económicos o sociales que pudieren derivarse de la aplicación de los resultados de investigación. El acatamiento de este punto no implica necesariamente rompimiento del acuerdo si no reordenamiento de la relación.

4. Aceptar que cualquier publicación relacionada con el trabajo de investigación requiere la autorización del director del proyecto y que en ejercicio de mi Derecho de Autor autorizaré por escrito la publicación o divulgación de mis aportes en cualquiera de sus modalidades (ponencia oral, poster, Internet, etc.), a cambio de lo cual se reconocerá mi participación (autoría total o parcial) en la elaboración del proyecto según el rol desempeñado. Esta previsión incluye el texto, las ilustraciones y los datos contenidos en mi trabajo de grado, aunque no limita mi autonomía para la redacción de la obra.

5. Las anotaciones o correcciones del director y/o del comité revisor deberán ser atendidas y se relacionarán exclusivamente como información confidencial o susceptible de protección. Esta previsión deberá aplicarse igualmente al texto que constituirá el trabajo o tesis de grado.

6. Fijar como vigencia del presente acuerdo el tiempo de ejecución del trabajo y cinco años después de concluido y/o hasta la publicación de los resultados. No obstante, si la Universidad requiriese ampliar ese plazo sobre alguna información que se llegue a conocer, aceptaré una prórroga por el mismo término de cinco años con tan sólo se me notifique por correo electrónico.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA CENTRO DE
INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN
COMITE DE ETICA Y METODOLOGIA EN INVESTIGACION

7. Con relación a la propiedad intelectual y los derechos de autor para uso o publicación de los productos de los procesos investigativos se regirán por el estatuto de propiedad intelectual de la Universidad vigente o los reglamentos estipulados para tal fin.

Los compromisos y derechos aquí previstos se encuentran regidos por la legislación, los reglamentos y la doctrina vigente en Colombia, como es posible confrontar en: La Ley 23 de 1982, Decisión 351 CAN, Circular 06 de 2002 DNDA, artículo 308, Ley 599 de 2000, Ley 256 de 1996, Decisión 486 de la CAN, Tit. XVI, Acuerdo 035 de 2003 C.A.
En constancia y refrendación de lo declarado suscribo libremente el presente acuerdo, a los 20 días del mes de NOVIEMBRE de 2015, en la ciudad de Bogotá.

Firma del Participante
Nombre: CINTHYA CRISTINA SOLORZANO VERA
Cédula Extranjería: 515116

Avala:

Firma Docente de Planta Director del Proyecto
Nombre:
Cédula: