

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERIA
NUTRICION Y TECNOLOGIA MEDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD

TESIS DE ESPECIALIDAD

ASPECTOS INTERCULTURALES QUE PONEN EN RIESGO LA SALUD DENTAL DE LOS ADOLESCENTES DE 11 A 18 AÑOS DE LAS COMUNIDADES INDIGENAS ORIGINARIAS CHACOBO QUE SE ENCUENTRAN EN EL AREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE SALUD " CRISTO REY " DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2009

**Postulante Especialidad :
Dr. Juan Antonio Aguila Tam Wing
Tutor : Dr. José A. Zambrana T.**

**Riberalta, Beni, Bolivia
Gestión 2009**

AGRADECIMIENTO:

A los docentes del Curso de Especialidad en Interculturalidad y Salud por colaborar en mi formación profesional y a la Universidad por darme la oportunidad de superación.

DEDICATORIA:

A mis hijos, María Belén, Carlos Eduardo y Santiago, por permitirme brindar un tiempo de mi vida al estudio e investigación.

INDICE

	Página
I RESUMEN EJECUTIVO	5
II INTRODUCCIÓN	7
III JUSTIFICACIÓN	9
IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
IV.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
V MARCO SITUACIONAL	10
V.1 UBICACIÓN GEOGRÁFICA	10
V.2 POBLACIÓN	11
V.3 HISTORIA	12
V.4 IDIOMA	14
V.5 ORGANIZACIÓN	15
V.6 CULTURA	20
VI MARCO CONCEPTUAL	22
VII MARCO REFERENCIAL.	29
VIII OBJETIVOS	34
VIII.1 OBJETIVO GENERAL	34
VIII.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
IX DISEÑO DE LA INVESTIGACION	35
IX.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	35
IX.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	37
IX.3 DISEÑO METODOLÓGICO	38
IX.4 VARIABLES	39
IX.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	40

IX.6	PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	41
IX.7	ASPECTOS DE ÉTICA	41
IX.8	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	41
IX.9	ASPECTOS ECONÓMICOS	42
IX.10	CRONOGRAMA	42
X.	RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	42
X.1	RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA ENCUESTA	42
X.2	RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS ENTREVISTAS	50
XI	CONCLUSIONES	52
XII	RECOMENDACIONES	53
XIII	BIBLIOGRAFIA	54
XIV	ANEXOS	56

ASPECTOS INTERCULTURALES QUE PONEN EN RIESGO LA SALUD DENTAL DE LOS ADOLESCENTES DE 11 A 18 AÑOS DE LAS COMUNIDADES INDIGENAS ORIGINARIAS CHACOBO QUE SE ENCUENTRAN EN EL AREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE SALUD “ CRISTO REY ” DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2009

I RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación se planteó a partir del problema que causan las barreras culturales entre los adolescentes de las comunidades indígenas originarias Chácobo y el personal del centro de salud “Cristo Rey”, los mismos que dificultan el acceso de esta población a los servicios de atención dental, poniendo en riesgo la salud dental de los adolescentes. En este sentido, nuestro objetivo general se centró en determinar los aspectos interculturales que ponen en riesgo la salud dental de los adolescentes de 11 a 18 años de las comunidades originarias Chácobo.

La investigación realizada fue descriptiva transversal, de tipo cualitativa y cuantitativa. Con un universo de 266 adolescentes de las Unidades Educativas de Motacuzal, Cachuelitas, Alto Ivon y California de las Comunidades Chácobo, y una muestra de 40 adolescentes, que representan el 15% del universo. Las variables sujetos a estudio fueron la edad y sexo, grado de escolaridad, higiene bucal, frecuencia de cepillado y el idioma. Y como variable dependiente los aspectos interculturales que ponen en riesgo la salud dental de los adolescentes. La recolección de información se realizó mediante entrevistas y encuestas.

Los resultados nos permiten apreciar que en la población encuestada el 63 por ciento son hombres y solo el 37 por ciento mujeres. El 57,5 % tienen un nivel de instrucción primario, el 30 % cursaron el nivel secundario y el

12,5% pasaron al nivel superior. El 77,5 % de los adolescentes realiza higiene dental y el 22,5 % no.

El 5 % se lavan los dientes de vez en cuando, el 50 % se lavan una vez al día, el 15 % se lavan dos veces por día, el 8 % se lavan tres veces por día y un 22 % no se lavan los dientes. El 25 % utilizan para su higiene oral la pasta dental, un 13 % solo utilizan agua y el 13 % son los adolescentes utilizan otro tipo de material. Lo que significa que alrededor del 75 % de los adolescentes utilizan agua u otro tipo de insumos caseros como la sal y el limón. El 64 % de los adolescentes acude a algún curandero cuando le duele la muela, y apenas un 8 % acude al dentista, el 18 % acude a la farmacia y un 10 % acude a otro método para aliviar el dolor de muela, el 47 % utiliza medicina alternativa, el 15 % por la distancia y el 38 % no tiene la costumbre de ir al dentista.

Las entrevistas nos permitieron determinar que la afluencia al centro de salud de usuarios que viven en las comunidades originarias Chácobo es sobre todo durante la época de cosecha de castaña y que la comunicación del personal con los usuarios adolescentes de la comunidades originarias Chácobo es limitada, debido a que éstos usan más su lengua materna, y aunque hablan el castellano tienen dificultades para hacerse entender. También se debe a la poca costumbre de relacionarse con el personal que trabaja en el centro.

En conclusión, existe un alto porcentaje de adolescentes que no tienen hábitos de higiene dental, principalmente los de los primeros cursos de la escuela, a lo que debemos añadir la población de niñas y adolescentes mujeres que están marginadas de la educación escolar por razones culturales. Por otro lado, la comunicación del personal con los usuarios adolescentes de la comunidades originarias Chácobo es limitada, debido a

que éstos usan más su lengua materna, y aunque hablan el castellano tienen dificultades para hacerse entender. También se debe a la poca costumbre de relacionarse con el personal que trabaja en el centro.

Por los resultados de la investigación recomendamos socializar los resultados de este estudio con las autoridades educativas del Distrito de Riberalta y establecer estrategias que permitan insertar en el sistema educativo a las adolescentes que por razones culturales quedan marginadas de la educación escolar. Y también desarrollar en forma conjunta entre el establecimiento de salud, las unidades educativas y autoridades comunitarias un proyecto de promoción de la higiene dental en niños y adolescentes, que permita a los mismos adquirir hábitos en el cuidado de sus dientes.

II INTRODUCCION

La etapa de transición entre la niñez y la edad adulta (11 a 18 años) aborda un periodo de desarrollo humano en que se desarrollan cambios biológicos, psicológicos, emocionales y sociales, por lo tanto la atención integral de los mismos deben estar dirigidas a la promoción de conductas y estilos de vida saludables y la prevención y/ o atención de enfermedades y recuperación de la salud. Esta atención puede darse dentro y fuera de los establecimientos de salud participando como proveedor del servicio de salud y/o en apoyo a otros profesionales instituciones como educación y defensorías.

Por otro lado, uno los problemas de salud que atraviesan los adolescentes en nuestro país y en particular en nuestro medio son las enfermedades relacionadas con la salud dental, las que afectan directamente con la dentición y como consecuencia aquellas enfermedades que abarcan desde la mala digestión hasta la mala nutrición y otras. Esta situación, tienen

mayor impacto en la poblaciones indígenas originarias de la Amazonía Boliviana, como el pueblo Chácobo, que se encuentra en el área de influencia del centro de salud “Cristo Rey” de la ciudad de Riberalta. Hecho que se evidencia por la escasa dotación de recursos económicos, materiales y humanos que permitan desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud dental, así como la asistencia médica para el tratamiento dental.

Por lo tanto, se planteó la necesidad de realizar una investigación sobre la situación de la salud dental, determinando como factores interculturales ponen en riesgo la salud dental de los adolescentes de 11 a 18 años de las comunidades originarias Chácobo.

Por su carácter representativo, el estudio de investigación tomó como universo a la totalidad de adolescentes de 11 a 18 años que cursan estudios en las Unidades Educativas de Motacuzal, Cachuelitas, Alto Ivon y California, que representan un 60% de la población total de adolescentes de la Comunidad Chácobo.

Los resultados de esta investigación nos permiten apreciar que existe un alto porcentaje de adolescentes escolares que no tienen hábitos de higiene dental, principalmente los de los primeros cursos de la escuela, a lo que debemos añadir que una buena parte de la población de niñas y adolescentes mujeres que están marginadas de la educación escolar por razones culturales. La ausencia de atención médica dental se debe principalmente a que no cuentan con este servicio en sus comunidades. Por otro lado, el idioma nativo de los adolescentes Chácobo ligado al desconocimiento del mismo por parte del personal del centro de salud “Cristo Rey”, es una barrera comunicacional que limita el acceso a los servicios de atención dental.

Por esta razón, se considera necesario crear condiciones de accesibilidad a la población adolescente de las comunidades originarias Chácobo a los servicios de prevención, promoción y atención dental del centro de salud “Cristo Rey” con un enfoque intercultural.

III JUSTIFICACIÓN

La salud dental tiene que ver con la salud integral de las personas, hecho que no es percibido en esa magnitud por autoridades del sector de salud y la población de las comunidades indígenas originarias de nuestro medio. Hecho que se evidencia con la escasa dotación de recursos económicos, materiales y humanos que permitan desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud dental, así como la asistencia médica para el tratamiento dental, con enfoque intercultural.

Bajo estas circunstancias, se consideró necesario realizar una investigación con mayor profundidad que nos permita determinar con objetividad en qué medida los factores socioculturales afectan la salud dental de los adolescentes de 11 a 18 años de las comunidades originarias Chácobo, en el área de influencia del Centro de Salud “Cristo Rey” de la ciudad de Riberalta, y a partir de los resultados se pueda implementar estrategias locales, tomando en cuenta como referencia principal la estrategia de salud familiar, comunitaria intercultural en los servicios de atención dental en el centro de salud “Cristo Rey” y todo el sistema de salud del municipio de Riberalta. Considerando que la estrategia de SAFCI nos permite adecuar y reorientar nuestros servicios de salud y en particular los servicios odontológicos con un enfoque intercultural y la ampliación de nuestra cobertura en las poblaciones indígenas originarias, como el pueblo Chácobo.

IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las barreras culturales entre los adolescentes de las comunidades indígenas originarias Chácobo y el personal del Centro de Salud “ Cristo Rey ”, dificultan el acceso de esta población a los servicios de atención dental y ponen en riesgo la salud dental de los adolescentes.

IV.1 Pregunta de investigación

¿ Cuáles son los aspectos interculturales que ponen en riesgo la salud dental de los adolescentes de 11 a 18 años de las comunidades originarias Chácobo que se encuentran en el área de influencia del Centro de Salud “Cristo Rey” del municipio de Riberalta ?

V MARCO SITUACIONAL

V.1 Ubicación geográfica

Las comunidades originarias Chácobo ocupan un territorio ubicado en la región amazónica de la provincia Vaca Díez del departamento del Beni, en el Cantón Ivon, a 130 Km. de la ciudad de Riberalta, sobre la carretera Riberalta - Santa Rosa, entre los ríos Yata, Ivon y Benicito. Se encuentran entre los paralelos 11º y 12º Latitud Sur y por los meridianos 66º y 67º Longitud Oeste. (Ver Mapa N° 2)

El hábitat Chácobo está caracterizado por la espesa vegetación, con ligeras y eventuales pampas o llanos. Una abundante y variada flora y fauna complementan la exquisita zona, que por sus peculiaridades favorece grandemente a la sostenibilidad de la vida.

En la actualidad la población Chácobo está distribuida en las comunidades de Alto Ivon, Motacusal, Núcleo, California y asentamientos itinerantes. Los grupos asentados en las aldeas, dada su concentración, disponen de mayores restricciones en la caza, pesca y acopio de frutas; mientras que las familias que recorren el bosque gozan de mejores posibilidades de aprovisionamiento.

La región que habitan cuenta con numerosos ríos y lagos, entre los que podemos referir al río Yata, el Ivon, Genesguaya, Azulón, Blanco y otros. Se sabe que antiguamente el desplazamiento de los Chácobo llegaba hasta el lago Rogaguado en el extremo de su territorio tradicional.

El clima comparte todas las características de un bosque húmedo tropical; puesto que la cantidad de precipitaciones fluviales es considerable, especialmente en la primavera y el verano. Durante el otoño y el invierno puede darse condiciones de sequía por la carencia de precipitaciones. En esta temporada es que llegan a la Amazonía los frentes fríos o “surazos”.

V.2 Población

Actualmente el pueblo **Chácobo** cuenta con una población de 867 habitantes.

La estructura básica de organización Chácobo de Alto Ivon es la familia nuclear, la misma que es ampliada por los parientes del hombre. La familia tiene como responsabilidad reproducirse biológicamente y transmitir la cultura; en lo económico la familia es la encargada de producir alimentos y almacenarlos para su posterior consumo.

V.3 Historia

Las primeras referencias que se tiene sobre los Chácobo han sido hechas por los cronistas que entraron por el lado de Mojos, probablemente en el siglo XVIII.¹ En algunas de estas noticias se dice que los Chácobo vivían en las inmediaciones del lago Rogaguado y que desde allí habían tenido enfrentamiento con los Sirionós, Cayubabas y Movimas que ocupaban la parte central actual Beni.

Durante la conquista del norte de Bolivia por los explotadores de la goma elástica, los Chácobo fueron confundidos con varios grupos étnicos que habitaban la zona, pero que pese a pertenecer a una misma rama etnolingüística, guardaban entre sí diferencias considerables. De esta manera Antonio Vaca Díez, en un artículo publicado en 1.888 en el Barracón Orthon dice que “los Chácobo son los mismos Pamas Caripuna, Pacahuara y Sinabos”.

Heinz Kelm, considera que el primero que da referencia comprobada sobre la existencia de los Chácobo fue Agustín Palacios en 1.845. Posteriormente en el año 1884, los Chácobo que vivían en las inmediaciones del río Ivon son visitados por el Padre Armentia, igual que otro grupo que habitaba en el río Genesguaya. En la crónica de su viaje, Armentia detalla que los Chácobo son un grupo bastante numerosos y que tienen bastante similitud cultural con los Pacahuaras.

A finales de la primera década de nuestro siglo, el investigador Erland Nordenskiöld, logra contactarse con algunas familias Chácobo que en ese

¹ Minoda, S; Oporto, L. 1991 Chácobo de Alto Ivon: datos básicos de una sociedad boliviana, **Revista del Museo de Etnografía y Folklore**, 3. La Paz: MUSEF.

entonces se encontraban cerca del lago Rogaguado, sobre el río Caimanes. De él recibimos una minuciosa descripción etnográfica sobre etnia, principalmente referida al poblamiento, viviendas y cultura material.

En el año 1.953, la etnóloga austriaca Wanda Hanke, después de muchas peripecias y problemas que tiene con la Casa Suárez Hermanos y otras compañías, llega a un núcleo indígena de Chácobo establecido por el gobierno y dominado Ñuflo de Chávez. En el artículo “ Los Indios Chácobo del río Benicito ” publicado en la revista Khna de La Paz, la señora Hanke sólo nos proporciona aspectos generales de la cultura Chácobo.²

Poco después -a principios de 1.955- Francois-Xavier Behuin investigador francés que había trabajado con grupos de la Amazonía Brasileña, con el apoyo de Gobierno boliviano logra conectarse con un grupo de Chácobo asentados en Puerto Limones en el río Benicito. Algunas de sus experiencias como “maestro – catequizador ” de los Chácobos.³

Los contactos más recientes se han realizado por un espacio que van desde 1955 hasta 1980 por los esposos Gilbert y Miriam Prost del Instituto Lingüístico de Verano, que lograron concentrar a la mayoría de la población Chácobo en aldeas permanentes.

Es reciente también las investigaciones de tres miembros del Centro Argentino de Etnología Americana; Mario Califano y Marcelo Bórmida (1976) y Silvia Balzano (1983) quienes escriben artículos sobre distintos aspectos de la vida de los Chácobo.

² Minoda, S; Oporto, L. 1991 Chacobos de Alto Ivon: datos básicos de una sociedad boliviana, **Revista del Museo de Etnografía y Folklore**, 3. La Paz: MUSEF.

³ Están relatadas en un artículo del libro “El etnocidio a través de las América” de Jaulín (siglo XXI, México, 1976).

V.4 Idioma

Toda el área está colmada de toponimias e hidronimias chácobo. El idioma de los Chácobo, pertenece a la familia lingüística Pano. El Chácobo se encuentra conformado por sílabas simples, las palabras generalmente terminan en vocal, las declinaciones se realizan mediante sufijos; para las formas posesivas se utilizan prefijos; en la conjugación de los verbos los pronombres personales, se convierten en prefijos en algunos tiempos.

CUADRO 13

Algunos Términos en Chácobo

Yo	Hiasro
Tú	Miani
El, aquel	Zonihua
Nosotros	Noquirzo
Vosotros	Zunimato
Ellos	Zonihua
No	Casasa Marsia
Si	Somaso
Agua	Jini
Luna	Osse
Tierra	Mai
Sol	Vari

Fuente : Propia

V.5 Organización

V.5.1 Organización Social

Antiguamente estaban liderados por un Cacique. Actualmente hay dos organizaciones: La Capitanía Grande Chácobo, estrechamente relacionada con los evangelistas, y la Subcentral Chácobo - Pacahuara reconocida por la CIRABO, apoyada por la CPIB y CIDOB.

La participación directa en la comunidad se hace a través de la familia nuclear. Los mecanismos de inserción social tipifican a los jefes de familia, quienes son los encargados de definir asuntos relacionados al bien común. Cada familia acepta la guía ética y práctica de los siri (ancianos), quienes en ciertas oportunidades pueden tener mucho poder en la comunidad.

La estructura básica de organización Chácobo es la familia nuclear, la misma que es ampliada por los parientes del hombre. La familia tiene como responsabilidad reproducirse biológicamente y transmitir la cultura; en lo económico la familia es la encargada de producir alimentos y almacenarlos para su posterior consumo.

El parentesco es dado exclusivamente por la línea del padre, sin embargo, el tipo de residencia es matriloarcal, pues el novio se va a vivir a la casa de la mujer. La unida fundamental de parentesco se la encuentra en la familia a la que se le suma la pertenencia a la línea del hombre.

Ahuini	Esposa
Bêne	Esposo
Noho noma requême	Hermano mayor
Noho noma bo	Hermano menor
Yaxaca rëquême	Hermana mayor
Baquë	Hijo

Janini	Cualquier niño
Cai	Hija
Papa	Cualquier niña
Ehuati	Madre
Chahita	Usado para la tía materna
Jato Chaita	Anciana
Coco	Padre
Yaya	Usado para el tío paterno
Jahuënabo	Abuelo
Jimibo	Abuela
Noho mamána	Nieto/Nieta
Chachi	Tío
Ahuini requëmë	Tía
Chahi noma	Familia nuclear
Pahacajonicato	Pariente
Pihayoxacato	Primo

Fuente: Artículo “Los Indios Chácobo del río Benicito ” publicado en la revista Khna de La Paz

Los Chácobo están organizados en grupos comunitarios que se determinan por la residencia o la agrupación itinerante. Antiguamente, todos los Chácobo hacían una vida de constante traslación para huir de los blancos que le acosaban interinamente. En la actualidad sólo encontramos dos grupos que andan por la selva sin una residencia fija, el resto de la población está nucleada en aldeas semi estables.

La movilidad espacial de los grupos, no les impide que al interior de su estructura social, se encuentre fuertes vínculos entre miembros y familias que se concretizan en la comunidad y los grupos itinerantes. Cada una de las agrupaciones tiene su jefe con relativos poderes, pues más cumple la función de líderes. Paralelamente a estos jefes, encontramos la figura del hechicero, que es bien respetado, aceptado y temido en la comunidad.

La comunidad Chácobo está integrada por varias familias nucleares. Estas viven en constante colaboración y reciprocidad y guardan entre sí cierta relación de parentesco.

En la comunidad Chácobo se acepta la propiedad particular, cada familia posee sus bienes propios que están representados en chacos, viviendas y utensilios. También es importante la propiedad común, como una casa grande (búpana) donde se reúnen los hombres a charlar y es lugar de hospedaje para los visitantes bolivianos; algunos sembradíos para el consumo son de propiedad de toda la comunidad.⁴

V.5.2 Organización Política

Como parte del municipio de Riberalta el territorio Chácobo pertenece al Distrito Municipal Indígena Chácobo – Pacahuara.⁵

V.5.3 Organización Económica

Durante varias décadas la recolección de la goma y la venta del látex fue un ingreso muy importante para la economía Chácobo. En los últimos años se ha intensificado la explotación de la castaña, al haberse instalado en Riberalta una empresa procesadora y comercializadora de este producto (UNAGRO). En 1989 los Chácobo de Alto Ivon organizaron una cooperativa con un almacén de acopio en Riberalta.

⁴ Keim, H. 1970 **Chacobo: un grupo residual de los panos surorientales en el oriente de Bolivia**. La Paz: Instituto Nacional de Antropología.

⁵ Minoda, S; Oporto, L. 1991 Chacobos de Alto Ivon: datos básicos de una sociedad boliviana, **Revista del Museo de Etnografía y Folklore**, 3. La Paz: MUSEF.

La agricultura es una de las actividades principales en lo económico y productivo. Siembran la yuca, el maíz, caña de azúcar, plátanos y diversas especies de frutas. El sistema utilizado para la producción agrícola es a través de la roza y quema, que consiste en demostrar el terreno elegido, dejando que los árboles sequen por un tiempo, para luego prenderle fuego. De esta manera la tierra se fertiliza mediante arborización natural.

En el trabajo de siembra se nota la participación de todos los miembros de la familia; porque mientras el hombre prepara la tierra, las mujeres y los niños se encargan de colocar las semillas. La yuca sin lugar a dudas, es la especie que siembran en mayor abundancia y la que utilizan en variedades de comidas y bebidas.

En la región donde viven los Chácobo, la tierra es de muy pobre capacidad para el cultivo de los plátanos, por lo que esta fruta constituye elementopreciado y escaso. La producción agrícola no se destina exclusivamente para el consumo familiar o comunitario, sino también para conseguir mercancías diversas que son usadas para otras necesidades. El algodón por ejemplo, se cultiva para hilar y tejer hamacas y adornos, el pirichuchio se utiliza para la elaboración de flechas.

Otra actividad que complementa la economía, es la recolección de frutas silvestres. El majo, motacú, pitón, chocolate y pacai, abundan en su hábitat, cosa que a su tiempo alternan la dieta familiar de los indígenas. La miel de abeja es también recogida y utilizada.

La caza y la pesca son prácticas tradicionales, que aseguran el aprovisionamiento de carne a los Chácobo. Hasta hace poco todos cazaban con arcos y flechas; ahora muchos han conseguido escopetas y

salones automáticos. Entre la fauna existente, hay animales preferidos para la caza como la anta, el guaso, taitetú, chancho de tropa y otros.

En muchas oportunidades la caza se la realiza en grupos de más de seis hombres, puesto que esta solidaria forma de organizarse, garantiza la mejor y abundante caza. El producto de este trabajo en común, es distribuido entre todos. Las aves y animales exóticos, cuya carne no es consumida, sirven para adornos y sus rituales.

La forma de propiedad de la tierra es comunitaria, es decir comparten varias áreas para el aprovechamiento de recursos naturales (recolección de castaña, caza y pesca). La única propiedad que poseen legalmente y tiene título es Alto Ivon, con una extensión de 43.300,000 Has., registrada en Reforma Agraria. También forman parte de esta propiedad las comunidades de Motacusal, Núcleo y California.

El Estado del Territorio Indígena: Los Chácobo – junto con los Pacahuara - han sido beneficiados con la titulación de su Tierra Comunitaria de Origen por una extensión de 350.000 Hectáreas. El título de propiedad les fue entregado por el Presidente de la República en enero de 2004.⁶

En la cultura Chácobo se desconoce la ganadería por completo. La tradición de itinerante cíclica, ha hecho que la ganadería no pueda servir como elemento adjunto a su vida. Sin embargo, crían aves de corral y algunos animales domésticos.

La pesca no es sólo actividad de los hombres adultos, sino también de los niños. Pescan ordinariamente y con mayor facilidad utilizando arcos y

⁶ Etnografía del pueblo Indígena Chácobo - Wigberto Rivero Pinto. 2008

flechas, además de las trampas, el verbasco y el anzuelo. Los Chácobo de los ríos Yata y Benicito disfrutan de mayor cantidad de peces que los que viven en aldeas de arroyo de Ivon, pues este arroyo la mitad de año está seco, hecho que incluso provoca escasez de agua.

Los Chácobo fabrican todos sus utensilios de uso doméstico. Hacen tinajas y tiestos de diferentes tamaño; hilan hamacas –elemento indispensable en la vida cotidiana del hombre- y bolsones. La corteza de bibosi y bibosillo sirve para hacer telas destinadas a sus vestimentas (moro).

V.6 Cultura

Los Chácobo representan elementos culturales típicos de los panos y del oeste amazónico: aldeas compuestas de grandes habitaciones comunales (maloca); alimentación vegetal basada principalmente en la yuca y el plátano, con una valorización ritual del maíz; importancia de las peleas rituales; división de los poderes místicos y curativos entre hombres y mujeres; utilización del tabaco, más que la ayahuasca, como alucinógeno de los chamanes; sistema ritual centrado por la iniciación simultánea de los jóvenes de los dos sexos⁷.

Todas las actividades de la preparación de comida son hechas por las 5 mujeres – traer alimentos del chaco, cocinarlos, cortar y traer leña, acarrear agua-. También el hilado fino es arte de las mujeres, pues ellas hacen hamacas, bandas para coletas de los hombres y adornos para los brazos. Hacen la tinta para pintar sus cuerpos y para teñir el hilo. Las mujeres

⁷ Keim, H. 1970 **Chacobo: un grupo residual de los panos surorientales en el oriente de Bolivia**. La Paz: Instituto Nacional de Antropología.

además son encargadas - junto a sus hijos - de la recolección de frutas silvestres.

El cuidado de la casa y los niños es otro trabajo de responsabilidad para las mujeres. Ayudan también a sus esposos en la siembra y cosecha de los chacos. El trabajo de los hombres consiste en la construcción de las casas, desmonte y sembrado de los chacos, la pesca y la caza. Además es actividad masculina, hacer las bateas, canoas, sogas, recolectar frutas, telas de corteza, etc. Ahora los hombres han aprendido el trabajo del rayado de la goma.

El matrimonio se lo realiza sin ceremonia o festividad alguna. Este consiste en un arreglo sui géneris del joven con la chica, para que éste en la madrugada descuide a los familiares de la chica y se acueste con ella en la hamaca hasta hacerse pillar con los padres al amanecer. Inmediatamente la pareja es descubierta, el pretendiente debe internarse a la selva a cazar o pescar para que la joven se lo cocine y junto a sus familiares puedan comer.

Una vez realizado este hecho, el joven se va vivir a la casa de los padres, donde es ayudado hasta que aprende eficientemente a trabajar.

Los Chácobo creen en la inmortalidad del alma y la existencia de espíritus malos y buenos. Los espíritus malos son los que deambulan durante mucho tiempo penando por la selva o introduciéndose en animales o plantas, los espíritus buenos van a un lugar de placer y abundancia; por lo que la cultura Chácobo tiene la trilogía vida, justicia y solidaridad. Asimismo, existe la creencia en divinidades malignas, como xoshini por ejemplo, que agreden y engañan a los hombres en diferentes formas con la salvedad que dichos efectos sólo alcanzan a los hombres que han

transgredido las normas de la cultura. Paralelamente existen otros espíritus que cooperan con el hombre, constituyéndose como factor equilibrante entre el hombre y la naturaleza.⁸

En la religión chácobo se tiene la idea de que existen seres o divinidades malignas que atacan y engañan a los hombres de distintas maneras. Estos seres sobrenaturales están para castigar a las personas que violan las reglas de la comunidad, como las leyes de los tabúes de reproducción.

Mucho se escucha hablar de “Xochini”, que es una especie de espíritu que vive en la espesura de la selva y en las profundidades de los ríos; este ser asusta a las personas causándoles daño cuando se incumplen las normas de la cultura. Junto a este espíritu, encontramos a otros que tienen como fin equilibrar la relación simbólica entre los hombres y la naturaleza.

Hoy en día, gran parte de la población es evangélica debido a la influencia de la Misión Evangélica Suiza.

Es reconocible en la cultura Chácobo la práctica de una ética encomiable; respetan la vida, practican la justicia y valoran la solidaridad.

VI MARCO CONCEPTUAL

VI.1 Cultura

Conjunto de rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos, que caracterizan a una sociedad o grupo social en un periodo determinado. El término ‘cultura’ engloba además modos de vida, ceremonias, arte, invenciones, tecnología, sistemas de valores, derechos fundamentales del ser humano, tradiciones y creencias. A través de la

cultura se expresa el hombre, toma conciencia de sí mismo, cuestiona sus realizaciones, busca nuevos significados y crea obras que le trascienden.

(Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005)

VI.2 Interculturalidad

Proceso social de relacionamiento entre culturas. La Interculturalidad como competencia transversal, comprende aquellos conocimientos, valores y actitudes que se requieren para el desarrollo y práctica de comportamientos, que permitan comprender y actuar en el medio social y natural.

VI.3 Simetría Intercultural

Contacto intercultural definido por la igualdad de derechos y condiciones. La relación se da a partir del respeto a los valores de cada cultura, se acepta su alteridad, sin convertirlos o asimilarlos al “nosotros”.

VI.4 Asimetría intercultural

Tipo de relación cultural donde la cultura dominante se sobrepone sobre la otra, determinando procesos de aculturación.

VI.5 Interculturalidad en Salud

Es el proceso de interacción dinámica, holística y equilibrada, de saberes y prácticas en salud culturalmente diferentes, según el contexto, comprende:

- La espiritualidad.

- El tipo de confesión de fé.
- La naturaleza.
- Modelos/Sistemas/Formas de atención.
- Lógicas/Racionalidades.
- Respeta el ámbito de competencia profesional y cultural.

VI.6 Medicina tradicional

Conjunto de saberes y conocimientos, habilidades y destrezas de manejo holístico, armónico y equilibrado en la práctica médica del hombre con su entorno natural y espiritual, presentes en el tiempo.

VI.7 Reglas culturales

Indicaciones, más o menos rígidas, que determinan el comportamiento individual y colectivo según valores de una cultura (normas y patrones).

VI.8 Transculturación

Proceso de transmisión de elementos culturales individual o colectiva de una sociedad a otra, produciendo cambios en esta.

VI.9 Identidad étnica

Considerando que el proceso de desarrollo de la identidad étnica es un fenómeno psicosocial, que proporciona explicaciones apropiadas para las interacciones de los grupos en sociedades plurales, en las cuales la apariencia, la etnicidad y el estatus fuera del grupo tienen un impacto en el proceso de desarrollo de la identidad de la persona. La participación en una herencia cultural, un sentido de las relaciones sociales y de los símbolos

culturales están presentes en la mayoría de las definiciones de la identidad étnica. La identidad étnica se basa no sólo en rasgos físicos sino también en un sentido subjetivo de compromiso con los valores culturales, roles y herencia manifestada por los miembros de un grupo étnico.

La identidad étnica de los niños y niñas se desarrolla a través de la endoculturación. De acuerdo con Berry (1993:272), es el proceso de socialización por el cual los individuos adquieren un conjunto de cualidades psicológicas y culturales necesarias para funcionar como miembro del propio grupo. Este autor desarrolla un modelo descriptivo en el que diferencia tres tipos de transmisión cultural: vertical (influencias de los padres), horizontal (influencias de los iguales o pares) y oblicuo (otros adultos e instituciones de la propia sociedad). Es un proceso en el que los padres juegan un importante papel. La identidad étnica de los padres funciona como variable mediadora determinando qué aspectos de la etnicidad propia se mantienen y se inculcan en los hijos. Las personas de todas las culturas experimentan la socialización étnica, es decir, pasan por una experiencia de socialización en su propia cultura. En esta experiencia aprenden habilidades de vida, competencias, valores, así como una identidad cultural.

VI.10 Aculturación

Aunque este concepto aparece por primera vez en 1880, sin embargo la definición más aceptada en la actualidad continúa siendo la propuesta por Redfield, Linton y Herrskovits en 1936: la aculturación comprende aquellos fenómenos que resultan cuando entran en contacto directo grupos de individuos con culturas diferentes y los cambios subsecuentes en los patrones de cultura originarios de cada uno de los grupos. Actualmente se entiende la aculturación como un fenómeno psicosocial multidimensional

reflejado en los cambios psicológicos que ocurren en los individuos como resultado de su encuentro con una nueva cultura (Dana, 1993; Casas y Pytluk, 1995). Según esta definición, la aculturación se presenta como un proceso de cambio de actitudes y comportamientos que ocurren, consciente o inconscientemente, en las personas residentes en sociedades multiculturales o que entran en contacto con una nueva cultura debido a procesos migratorios, invasiones u otros cambios políticos. Los cambios psicológicos y sociales que se producen no son independientes de las características de los individuos (por ejemplo, del grado de identificación inicial con los valores de su cultura originaria), o de la intensidad e importancia del contacto entre varios grupos culturales o de la proporción numérica entre ellos.

VI.11 Enculturación

Proceso de transmisión de elementos culturales de una generación a la subsiguiente dentro de una misma sociedad.

VI.12 Inculturación

Proceso de aprendizaje y asimilación de la cultura por parte de nuevos miembros del grupo humano, particularmente de los niños.

VI.13 Relativismo Cultural

Concepción antropológica, cada cultura tiene valor en sí y no en relación con otras. No existirían culturas superiores, cada una se juzgaría desde su interior.

VI.14 Etnocentrismo

Actitud en la que hay una sobrevaloración de la propia cultura como central, en relación a las demás que serían inferiores o primitivas.

VI.15 Cohesión social

Especie de fuerza que mantiene unidos a grupos. Se basa en reglas que ordenan la vida social y la necesidad del hombre de estar en una comunidad.

VI.16 Trueque

Sistema de intercambio económico utilizado por pueblos indígenas, en el que un producto es dado a cambio de otro. (Sin calcular el valor en base al dinero).

VI.17 Rito

Conjunto de palabras, gestos y comportamiento especial realizado individual o en grupo para entrar en contacto con seres espirituales.

También se refiere para indicar cualquier ceremonia social que conlleva un aspecto religioso.

VI.18 Rito de iniciación

Conjunto de rituales, con pruebas de valor y evaluación de saberes, al cual deben someterse quienes quieren pertenecer a grupos sociales especiales (curanderos y guerreros).

Ritual a partir del cual los aprendices curanderos acaban su curso y pasan a ejercitar por su cuenta.

VI.19 Mito

Historias que cuentan los orígenes de las sociedades y la invención de las técnicas culturales.

Son historias “sagradas” de cada pueblo.

Historias que sirven para transmitir a las nuevas generaciones los contenidos espirituales más o menos profundos de una cultura.

VI.20 Lenguaje simbólico

- Hace referencia a la capacidad de un símbolo de transmitir significados. Cada cultura tiene elementos simbólicos.
- Permite establecer relaciones entre palabra y significado.

El lenguaje es el medio a través del cual descubrimos, interpretamos y organizamos nuestra realidad. Ello permite construir nuestra realidad, y coadyuva encontrar el significado del mundo.

El lenguaje constituye un tipo de código.

La experiencia es convertida en lenguaje, transmitida e interpretada, proceso conocido técnicamente como codificación y decodificación.

Codificación: Capacidad para organizar nuestras ideas y darles expresión.

Decodificación: Capacidad para descifrar e interpretar lo que alguien expresa.

VI.21 Sincretismo

Proceso de inclusión de características culturales de otra u otras culturas.
"Es el beber de otras culturas".

VII MARCO REFERENCIAL.

a) Identidad étnica y aculturación en la adolescencia, parte de la investigación realizada por el Departamento de Enseñanza de la Generalidad y los servicios de Inspección Educativa de España

Dados los contextos sociales amplios y las relaciones entre iguales que caracterizan la sociedad actual, los aspectos de identidad étnica y de aculturación tienen implicaciones profundas para las experiencias de los adolescentes de las minorías. La adolescencia representa la etapa de desarrollo en que la inseguridad sobre el "yo" domina los sentimientos y experiencias asociadas en todos los adolescentes, independientemente de sus experiencias culturales o estatus social. Pero como señalan Spencer, Swanson y Cunnigan (1995), en los miembros de grupos desfavorecidos se incrementa la inseguridad ligada a la pubertad.

Las condiciones medioambientales especiales que el adolescente de la minoría está forzado a superar, incluyen aspectos tales como la injusticia social, la inconsistencia social y la impotencia o negación de la eficacia personal.

Cada una de estas condiciones tiene implicaciones para las experiencias sociales y el tratamiento de la adolescencia en las minorías étnicas y sus

respuestas a las mismas, particularmente durante la pubertad cuando se producen importantes cambios a nivel afectivo, cognitivo y físico.

Para los y las jóvenes de las minorías étnicas la inconsistencia social o disparidad institucionalizada entre lo que se dice y lo que realmente se hace en la sociedad adquiere una importancia especial. De acuerdo con Chestang (1972:3) es la inmoralidad que comete la mayoría al imponer a otros grupos sus costumbres y tradiciones. Este fenómeno es importante para la juventud de las minorías étnicas porque representa expresiones a nivel individual del rechazo del grupo mayoritario. Esta expresión individualizada sugiere que los adolescentes de la minoría deben estar culturalmente preparados para tales choques culturales como forma de prevenir el daño psicológico.

Dado que muchas expresiones de las costumbres, moral y tradiciones de la cultura anglo-americana sirven de modelo o norma, la juventud adolescente de la minoría puede interpretarlo como un rechazo abierto y sutil de ellos mismos y su grupo. Estos adolescentes deben hacer frente a expresiones de rechazo de grupo, además de las ya propias de la adolescencia, inseguridades ligadas a la pubertad e identidad, tareas características de la experiencia de desarrollo en esta etapa.

La inconsistencia social en los escenarios escolares se comunica mediante la categorización que hace el profesorado del alumnado. La comparación de subgrupos de alumnado chicano y japonés-americano realizada por Matute-Bianchi (1986:253) en su estudio etnográfico, indica diferencias en las expectativas académicas de los japoneses-americanos frente a los chicanos en varios niveles de aculturación. La imagen de grupo proyectada por el profesorado y el personal de la escuela para el alumnado de ascendencia japonesa generalmente proporciona a éste la oportunidad de

liberarse de una identidad étnicamente explícita. Es decir, el alumnado japonés es consciente de su propia unicidad cultural e identificación debido a sus atributos físicos distintos, también es consciente de que ser identificado como japonés americano significa que es considerado listo, buen trabajador, buena conducta, estudioso; independientemente de su habilidad académica individual. Igualmente sabe que no se le distingue del alumnado cumplidor, triunfador y bien vestido anglo-americano en la escuela. El alumnado chicano no se beneficia de una imagen positiva de grupo, ha de negociar una identidad que precisa traspasar las fronteras culturales para ser aceptado.

Las observaciones etnográficas de Matute-Bianchi y las de Fordham y Ogbu (1986), de alumnado afro-americano, señalan que un rendimiento académico bajo está asociado con los esfuerzos del alumnado de la minoría para mantener su identidad cultural. Los modelos de fracaso escolar que emergieron para los miembros de grupos minoritarios desfavorecidos sugieren un proceso reactivo y, por tanto, una seguridad intensiva intragrupo en el desarrollo de la identidad colectiva.

Autores como Erikson (1966) y Pettigrew (1964), recogen la creencia general con respecto a la personalidad de las minorías de que sufren una desorganización de su personalidad. En esta perspectiva subyace la idea de que los miembros de grupos étnicos minoritarios sufren de falta de autonomía, un sentido mermado de su mérito y baja autoestima.

Para las minorías étnicas de grupos desfavorecidos, la experiencia cualitativa de la etnicidad tiene implicaciones especiales en los procesos de formación y desarrollo de la identidad étnica y aculturación, motivo por el cual hemos elegido, esta etapa evolutiva de la adolescencia en grupos étnico-culturales desfavorecidos como objeto de nuestra investigación.

b) Interculturalidad en Salud, Síntesis Ejecutiva, Plan de la Secretaría de Salud del Ecuador, 2007

Uno de los elementos que definen las características del naciente siglo XXI es el tema de la interculturalidad. Entre muchos otros, es bienvenido doblemente ya que por un lado, ubica el reconocimiento a la importancia de lo cultural y su influencia para refrescar la visión humanista del arte de curar. Por otro, implica el reconocimiento a la importancia de la participación de la población, de sus expectativas y condiciones en la definición del quehacer y cómo hacer para la promoción y la atención de la salud.

La propuesta que a lo largo de los últimos cinco años ha venido difundiendo y posicionando la Secretaría de Salud en México con el apoyo de los Servicios Estatales de Salud de diferentes entidades en el país, es fruto de la experiencia de distinguidos personajes y actores sociales vinculados directa e indirectamente con la formulación y operación de los programas de salud dirigidos por una parte, a las regiones indígenas, encontrando con la interculturalidad en salud, estrategias y modelos para la adecuación conceptual de sus propuestas y programas; por otra, ya no sólo considerando la diversidad circunscrita a la diversidad étnico-lingüística, sino a un concepto hacia la sociedad diversificada por género, edad, grupo étnico, preferencias sexuales y religiosas y capacidades diferentes, todo ello en relación con su vinculación en la salud.

En este sentido, la Política Intercultural resalta la importancia de la cultura y la diversidad en el contexto del acelerado desarrollo tecnológico y social del siglo XXI y su correspondiente influencia en el ámbito de la salud,

considerándose un elemento paradigmático en la construcción de un modelo integral de atención a la salud

Mejorar los servicios de salud de la población, implica además de la ampliación de la cobertura y la construcción de infraestructura, ofrecer servicios efectivos, seguros, sensibles a la diversidad cultural y que respondan a las expectativas de los usuarios.

Para ello, en la Secretaría de Salud y en diferentes ámbitos de las instituciones de gobierno, se impulsa de manera coordinada las políticas de Equidad de género, el respeto a los derechos humanos y la Interculturalidad. La Política de interculturalidad es una de las innovaciones más trascendentes en el área de salud, toda vez que incorpora en la planeación y oferta de los servicios, el concepto y las implicaciones del reconocimiento a la diversidad cultural.

Con el diseño e implementación de ésta, la Secretaría de Salud se propone eliminar las “barreras culturales” y lograr “servicios de salud y personal de salud Culturalmente competente”, comenzando por la promoción de los derechos humanos y de salud, cuyo desconocimiento es la principal barrera para poder mejorar y definir las acciones necesarias para erradicar la discriminación y a veces maltrato en los servicios y espacios institucionales.

Además de lo anterior, junto con las diferencias e inequidades de género y aquellas derivadas del status socioeconómico, existe la discriminación étnicoracial lo que fomenta y constituye una barrera al acceso a los servicios, a la información y al tratamiento igualitario, generando diferencias en la situación de salud de individuos pertenecientes a las poblaciones minoritarias e indígenas.

La adopción de este enfoque, es prioritaria debido a la ausencia de resultados contundentes para la evaluación de las acciones gubernamentales dirigidas hacia la población en general y hacia la población indígena y los grupos vulnerables en particular; la discriminación racial es un factor social que interviene en la constitución de diferenciales de salud entre los individuos acentuado las brechas entre los grupos sociales.

La discriminación en el plano de la salud se opera a través de diferentes formas:

- Dificultades de acceso a los servicios
- Baja calidad de los servicios disponibles

VIII OBJETIVOS

VIII.1 Objetivo general

Determinar los aspectos interculturales que ponen en riesgo la salud dental de los adolescentes de 11 a 18 años de las comunidades originarias Chácobo que se encuentran en el área de influencia del Centro de Salud “Cristo Rey” de septiembre a diciembre de 2009.

VIII.2 Objetivos específicos

- 1) Conocer los hábitos higiénicos dentales de los adolescentes de 11 a 18 años de la comunidad indígena originaria Chácobo.
- 2) Determinar si el grado de escolaridad influye en los hábitos de higiene dental de los adolescentes en la comunidad indígena originaria Chácobo.

- 3) Determinar los factores culturales, tales como costumbres, creencias y mitos, que repercuten en la inasistencia de los adolescentes al consultorio dental basados en la idiosincrasia cultural.
- 4) Determinar si el idioma afecta a la decisión de los adolescentes de 11 a 18 años de la comunidad indígena originaria Chácobo para no asistir a las consultas dentales.

IX DISEÑO DE LA INVESTIGACION

IX.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación utilizada es la Investigación Descriptiva Transversal, de tipo cualitativa y cuantitativa.

Los estudios exploratorios nos permiten aproximarnos a fenómenos desconocidos, con el fin de aumentar el grado de familiaridad y contribuyen con ideas respecto a la forma correcta de abordar una investigación en particular. Con el propósito de que estos estudios no se constituyan en pérdida de tiempo y recursos, es indispensable aproximarnos a ellos, con una adecuada revisión de la literatura. En pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos, establecen el tono para investigaciones posteriores y se caracterizan por ser más flexibles en su metodología, son más amplios y dispersos, implican un mayor riesgo y requieren de paciencia, serenidad y receptividad por parte del investigador. El estudio exploratorio se centra en descubrir.

Los estudios descriptivos buscan desarrollar una imagen o fiel representación (descripción) del fenómeno estudiado a partir de sus características. Describir en este caso es sinónimo de medir. El énfasis

está en el estudio independiente de cada característica, es posible que de alguna manera se integren la mediciones de dos o más características con el fin de determinar cómo es o cómo se manifiesta el fenómeno. Pero en ningún momento se pretende establecer la forma de relación entre estas características. En algunos casos los resultados pueden ser usados para predecir.

Asimismo, la Investigación Descriptiva, que consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Los resultados de este tipo de investigación se ubican con un nivel intermedio en cuanto a la profundidad de los conocimientos se refiere.

Se clasifica en:

a) Estudio de Variables Independientes

Su misión es observar y cuantificar la modificación de una o más características de un grupo, sin establecer relaciones entre esta, en ella no se formulan hipótesis y las variables aparecen enunciadas en los objetivos de investigación.

b) Investigación Correlacional

Este tipo de estudio descriptivo tiene como finalidad determinar el grado de relación o asociación no causal existente entre dos o más variables. Se caracterizan porque primero se miden las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlacionales y la aplicación de técnicas estadísticas, se estima la correlación. Aunque la investigación correlacional no establece de forma directa relaciones causales, puede

aportar indicios sobre las posibles causas de un fenómeno. Este tipo de investigación descriptiva busca determinar el grado de relación existente entre las variables.

IX.2 Delimitación de la investigación

IX.2.1 Delimitación temática

El tema de la presente investigación está circunscrito a las relaciones interculturales entre los adolescentes de 11 a 18 años de la etnia Chácobo y el personal del servicio dental del Centro de Salud Cristo Rey.

Considerando que los adolescentes de 11 a 18 años se encuentran en un proceso de convivencia intercultural de transición.

IX.2.2 Delimitación temporal

El estudio comprende los meses entre Septiembre a Diciembre del año 2009, tomando en cuenta la mayor afluencia de la población Chácobo al Centro de Salud Cristo Rey de la ciudad de Riberalta.

IX.2.3 Delimitación espacial

Con respecto al espacio geográfico se tomó la región habitada por la comunidad Chácobo en el área de influencia del Centro de Salud “Cristo Rey” del municipio de Riberalta de la provincia Vaca Diez del departamento del Beni.

IX.3 Diseño metodológico

El presente trabajo de investigación sigue la metodología descriptiva a partir del método analítico, esto permite una aproximación de elementos particulares, relevados en el proceso de recopilación de la información.

La muestra constituyen los adolescentes de 11 a 18 años de la comunidad originaria indígena Chácobo, por considerar que es un sector poblacional, altamente representativo en términos de sus actividades e importancia comunal, como reproductores de la comunidad en términos de su cultura, económicamente, constituye el sector potencial generador de dinero para la familia, y son los futuros líderes y guías de la comunidad.

En el presente trabajo de investigación se utilizaron los siguientes métodos:

- a) **Descriptivo.**- Porque describimos en forma ordenada los hechos y factores que intervienen.
- b) **Analítico.**- Nos permite analizar los datos encontrados asociarlos en todas sus partes para dar una explicación de las causas y el problema.
- c) **Retrospectivo.**- Porque se toma información de datos ocurridos en el pasado.
- d) **Transversal.**- Porque nos permite recabar información en un momento determinado.

IX.3.1 Universo

El universo en estudio está constituido por 266 adolescentes de 11 a 18 años de las Unidades Educativas de Motacuzal, Cachuelitas, Alto Ivon y California de la Comunidad Chácobo, que representan un 60% de la población total de adolescentes.

IX.3.2 Muestra

Nuestra muestra está constituida por 40 adolescentes de 11 a 18 años que representa el 15 % del universo.

La muestra se seleccionó mediante el muestreo sistemático (al azar). Se procedió a tomar una persona cada 3, constituyendo de esta manera la muestra en estudio.

IX.3.3 Instrumentos

- Formularios de valoración y encuesta al adolescente.
- Entrevista individual semi-estructurada.
- Observación directa estructurada.

IX.3.4 Criterios de inclusión

Los encuestados fueron las personas, hombres y mujeres comprendidas entre los 11 y 18 años de edad que residían en las comunidades sujeto de estudio.

IX.3.5 Criterios de exclusión

Ninguno

IX.4 Variables

a) Variables independientes

- Edad y sexo de los adolescentes
- Grado de escolaridad
- Higiene bucal
- Frecuencia de cepillado
- Idioma

b) Variable dependiente

Aspectos interculturales que ponen en riesgo la salud dental de los adolescentes de 11 a 18 años de las comunidades originarias Chácobo.

IX.5 Instrumentos de recolección de la información

La recolección de información se realizará mediante:

- Formularios de valoración y encuesta al adolescente.
- Entrevista individual semi-estructurada.
- Observación directa estructurada.

a) Boleta de encuesta

Se elaboró un cuestionario con preguntas cerradas de tal manera que las posibles respuestas del interrogado estén circunscritas a los temas establecidos por la investigación.

b) Guía de entrevista

Las entrevistas a tres profesionales del centro de salud se realizaron con el apoyo de un formato guía semiestructurado, cuyas preguntas estuvieron dirigidas principalmente a obtener datos sobre las variables de idioma, idiosincrasia y vergüenza, que tienen un carácter cualitativo.

IX.6 Procedimiento para la recolección de información

En primer lugar se realizó la encuesta a 40 adolescentes cuyas edades están comprendidas entre 11 y 18 años de edad y que realizan sus estudios regulares en la unidad educativa de la Comunidad Indígena Originaria Chácobo Alto Ivo del al Municipio de Riberalta.

Las preguntas de la boleta de encuesta fueron cerradas y clasificadas por el método de recolección de datos. Los datos obtenidos fueron tabulados y sistematizados usando una computadora.

Las encuestas al personal del Centro de Salud “Cristo Rey” fueron complementadas con datos de récords médicos y otros propios de la atención médica odontológica. Las preguntas fueron abiertas, con la finalidad de rescatar sus experiencias y opiniones sobre aspectos importantes de la investigación.

IX.7 Aspectos de ética

La información de los participantes se mantuvo en la confidencialidad y no se requirió la identificación por nombres.

IX.8 Aspectos administrativos

El trabajo de investigación estuvo a cargo del postulante y recibió el apoyo del personal del Centro de Salud “Cristo Rey” y de 4 encuestadores residentes en las comunidades sujeto de estudio.

IX.9 Aspectos Económicos

El trabajo de campo reportó gastos de transporte y estadía que fueron erogados por el postulante. El apoyo de los encuestadores y personal de salud fue realizado en forma voluntaria.

El trabajo de gabinete requirió de material de escritorio y equipo de oficina que también estuvo cargo del postulante.

IX.10 Cronograma

ACTIVIDADES	FECHAS	DIAS	SEMANAS	MESES
Planificación del protocolo	26 al 30	5 Lunes a viernes	1	Septiembre
Organización del protocolo	14 al 20	5 Lunes a domingo	1	Octubre
Ejecución del protocolo	21 al 30	8 Lunes a viernes	2	Octubre
Análisis de información o resultados	8 al 30	15 Lunes a viernes	3	Diciembre
Elaboración de propuesta de intervención	4 al 15	10 Lunes a viernes	2	Diciembre

X. RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACIÓN

X.1 Resultados, análisis e interpretación de la encuesta

X.1.1 Edad y sexo de los adolescentes

Tabla No. 1

GRUPO ETÁREO DE ADOLESCENTES SEGÚN SEXO

Grupo Etáreo	S E X O				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
11 – 13	4	16	4	27	8	20
14 – 16	10	40	5	33	15	37.5
17 – 18	11	44	6	40	17	42.5
TOTAL	25	46.4%	15	53.6%	40	100%

Fuente: Encuesta propia

Los datos obtenidos en relación a la edad y sexo de los adolescentes comprendidos entre 11 y 18 años, nos permite apreciar que en la población encuestada el 63 por ciento son hombres y solo el 37 por ciento mujeres.

Teniendo en cuenta que encuesta fue realizada a la población escolar, estos datos confirman el hecho de que en el pueblo Chácobo las niñas y adolescentes mujeres tienen pocas oportunidades de ingresar a los establecimientos educativos, y de hecho, esto se traduce en que, las mujeres, en su mayoría tienen pocas oportunidades de adquirir hábitos de higiene dental.

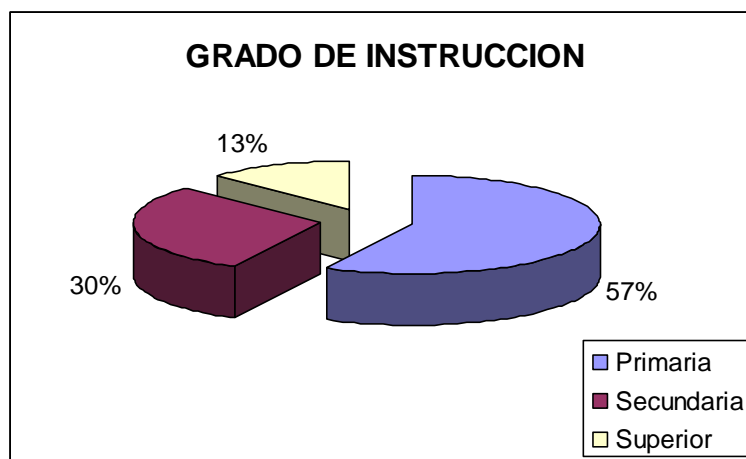
X.1.2 Grado de escolaridad

**Tabla No.2
GRADO DE ESCOLARIDAD**

GRADO DE ESCOLARIDAD	No.	%
Primaria	23	57,5
Secundaria	12	30
Superior	5	12,5
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta propia

Gráfico No. 1



El 57,5% de los adolescentes encuestados tienen un nivel de instrucción primaria, el 30% cursaron el nivel secundario y el 12,5% pasaron al nivel superior. Siendo que la encuesta solo abarcó a los estudiantes de las unidades educativas, se deduce que existe un porcentaje apreciable que no tienen instrucción escolar, hecho que puede asociarse a la marginación escolar de las adolescentes por razones culturales.

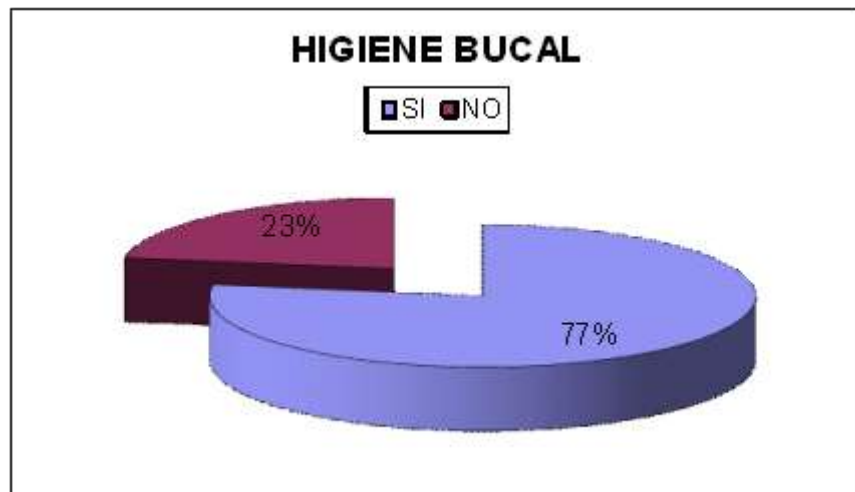
X.1.3 Higiene bucal

Tabla No. 3
HIGIENE BUCAL

LAVADO	No.	%
SI	31	77,5
NO	9	22,5
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta propia

Gráfico No. 2



El 77,5% de los adolescentes realiza higiene dental y el 22,5% no. Este último porcentaje aumentaría considerablemente si tomamos en cuenta que parte de la población de niñas y adolescentes mujeres están marginadas de la educación escolar por razones culturales.

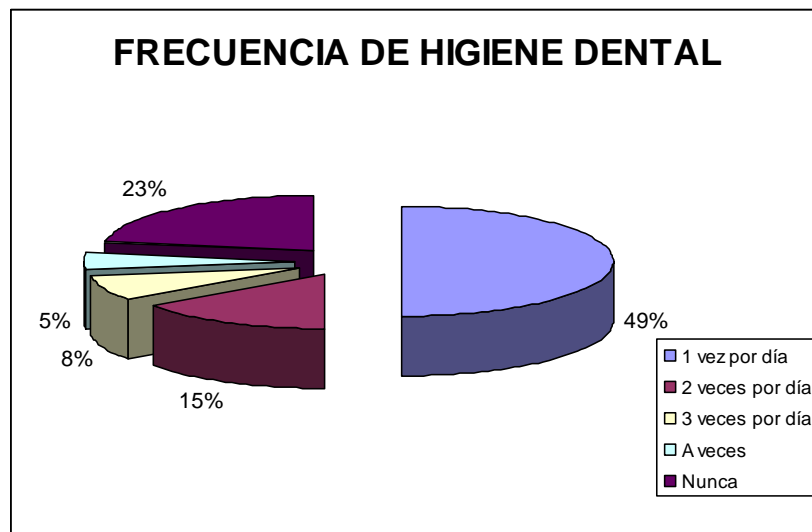
X.1.4 Frecuencia de cepillado

Tabla No. 4

FRECUENCIA DE HIGIENE DENTAL

FRECUENCIA DE HIGIENE	No.	%
1 vez por día	20	50
2 veces por día	6	15
3 veces por día	3	8
A veces	2	5
Nunca	9	22
TOTAL	40	100

Gráfico No. 3



En la tabla No. 4 observamos que el 5% se lavan los dientes de vez en cuando, el 50 % se lavan una vez al día, el 15% se lavan dos veces por día, el 8% se lavan tres veces por día y un 22% no se lavan los dientes.

Siendo que para conservar los dientes sanos se requiere lavarlos después de cada comida, los datos nos muestran que no existen hábitos de higiene dental adecuados en la mayoría de los adolescentes.

X.1.5 Insumos utilizados en higiene dental

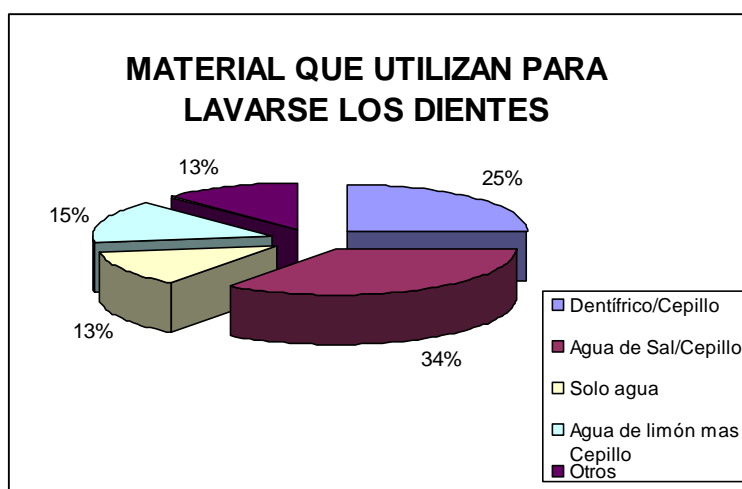
Tabla No. 5

INSUMOS UTILIZADOS EN HIGIENE DENTAL

INSUMOS	No.	%
Dentífrico/Cepillo	10	25
Agua de Sal/Cepillo	14	34
Solo agua	5	13
Agua de limón más cepillo	6	15
Otros	5	13
TOTAL	40	100

Fuente de Información: Encuestas

Gráfico No. 4



Fuente de Información: Encuestas

En la tabla No. 5 observamos que el 25% utilizan para su higiene oral la pasta dental, un 13% solo utilizan agua, el 13% son los adolescentes utilizan otro tipo de material. Lo que significa que alrededor del 75 % de los adolescentes utilizan agua u otro tipo de insumos caseros como la sal y el limón.

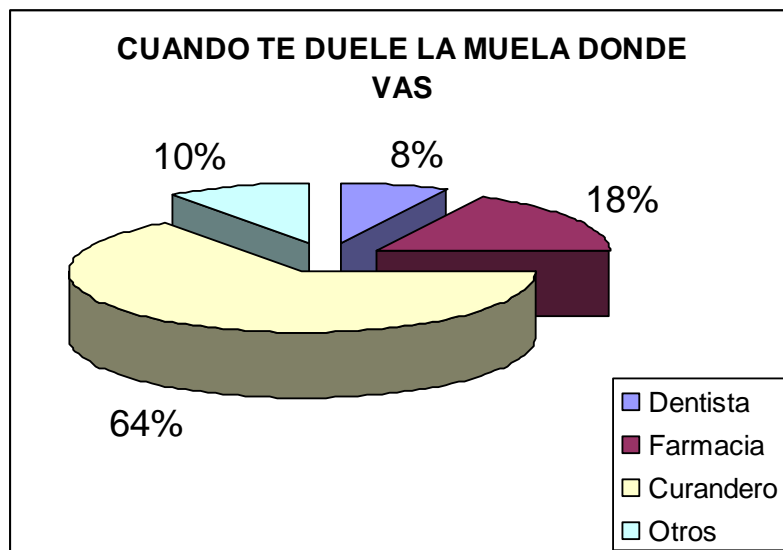
X.1.6 Lugar de atención dental

Tabla No. 6
ATENCIÓN DENTAL

DETALLE	No.	%
Dentista	3	8
Farmacia	7	18
Curandero	26	64
Otros	4	10
TOTAL	40	100%

Fuente de Información: Encuestas

Gráfico No. 5



La tabla No. 6 muestra que el 64% de los adolescentes acude a algún curandero cuando le duele la muela, y apenas un 8% acude al dentista, el 18% acude a la farmacia y un 10% acude a otro método para aliviar el dolor de muela. Esto se debe principalmente en las comunidades Chácobo no se cuenta con servicios médicos de atención dental, por lo tanto, esta necesidad es cubierta por los curanderos.

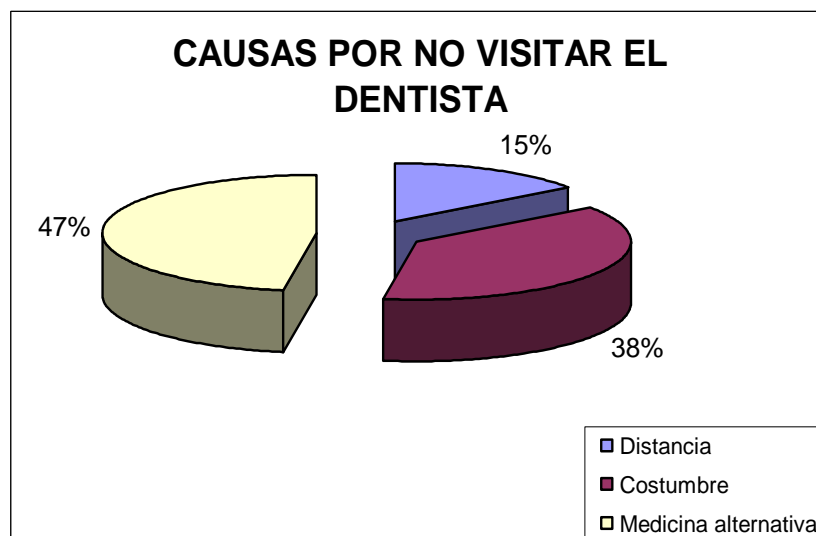
X.1.7 Causas para no visitar al dentista

Tabla No. 7

CAUSAS PARA NO VISITAR AL DENTISTA

DETALLE	No.	%
Distancia	6	15
Costumbre	15	37,5
Medicina alternativa	19	47,5
TOTAL	40	100

Gráfico No. 6



Fuente de Información: Encuestas

Sobre las causas para no acudir a un medico dentista, el 47% utiliza medicina alternativa, el 15% por la distancia, el 38% no tiene la costumbre de ir al dentista. Sin embargo, podríamos deducir que la dificultad real para no acceder a los servicios de atención dental se debe a que estos servicios se encuentran en la ciudad de Riberalta, lejos de sus comunidades.

X.2 Resultados, análisis e interpretación de las entrevistas

a) ¿ Qué antecedentes tiene el Centro de Salud sobre la atención con enfoque intercultural ?

Entrevistado MDK

- El Centro de Salud “Cristo Rey” fue creado en el año 2.004 por la Misión Evangélica Suiza como parte de su servicio social a las etnias Chácobo, Cavineño, Ese Ejas Tacana y Araona que habitan la región amazónica del norte, que comprende a la provincia Iturrealde del departamento de La Paz, la provincia Madre de Dios del departamento de Pando y las provincias Ballivián y Vaca Diez del departamento del Beni.
- La población total de todas la etnias es de aproximadamente 500 familias, de las cuales se estima que el 30% pertenecen a etnia Chácobo.

b) ¿ Cuáles son las características de la atención intercultural en el Centro ?

Entrevistada MAS

- A partir de año 2.008, el Centro de Salud “Cristo Rey” extendió sus servicios a los barrios que se encuentran bajo su influencia,

manteniendo su prioridad en la atención a las poblaciones indígenas originarias.

- La Misión Evangélica Suiza, apoya a los enfermos de las comunidades indígenas originarias que son atendidos en el centro y hospital, apoyando la estadía del enfermo y un acompañante dándoles alojamiento, proveyendo los medicamentos que no cubren los seguros y trabajo para al acompañante por el tiempo que dure su estadía.

c) ¿ En qué periodo del año existe mayor afluencia de usuarios Chácobo ?

Entrevistada MAS

- La afluencia al Centro de Salud de usuarios que viven en las comunidades originarias Chácobo es sobre todo durante la época de cosecha de castaña.

d) ¿Cuál es el procedimiento para la atención dental de personas de las comunidades Chácobo comprendidas 11 a 18 años ?

Entrevistada MFA

- El Centro de Salud cuenta con una enfermera destinada a la atención de la población indígena originaria, quien los orienta y guía durante su estadía tanto para la atención general como para la atención dental. En la mayoría de los casos el usuario primero expone sus problemas de salud y la enfermera asignada lo deriva al consultorio dental si corresponde.

- e) **¿ Cuáles son las principales dificultades para la atención dental de personas de las comunidades Chácobo comprendidas 11 a 18 años ?**

Entrevistada MFA

- La comunicación del personal con los usuarios adolescentes de la comunidades originarias Chácobo es limitada, debido a que éstos usan más su lengua materna, y aunque hablan el castellano tienen dificultades para hacerse entender. También se debe a la poca costumbre de relacionarse con el personal que trabaja en el centro.

XI CONCLUSIONES

- a) Existe un alto porcentaje de adolescentes que no tienen hábitos de higiene dental, principalmente los adolescentes de los primeros cursos de la escuela, a lo que debemos añadir la población de niñas y adolescentes mujeres que están marginadas de la educación escolar por razones culturales.
- b) Sin bien existe un importante porcentaje de adolescentes que realizan su aseo dental, la frecuencia con la que lo hacen es insuficiente para mantener una dentición sana. Por otra parte, un aspecto importante en el aseo de los dientes del aproximadamente 50% de los encuestados es el uso de agua con limón o sal, como sustitutos de la pasta dental. Este hecho puede relacionarse con las condiciones económicas precarias de las familias de estas comunidades.
- c) La ausencia de atención dental se debe principalmente a que no cuentan con este servicio en sus comunidades. Recurriendo de manera forzosa a los curanderos para resolver sus problemas de salud dental.

- d) El Centro de Salud “Cristo Rey” cuenta con los servicios de atención dental en la ciudad de Riberalta, por tanto, la población Chácobo solo puede recurrir a este centro en caso de emergencia o durante la época de cosecha de la castaña, por su paso o estadía temporal en esta ciudad.
- e) En el Centro de Salud “Cristo Rey”, con apoyo de la Misión Evangélica Suiza, presta servicios de salud con un enfoque intercultural, que se trasluce en la atención a la población de las comunidades indígenas originarias con apoyo para la estadía del enfermo y un acompañante, provisión de medicamentos que no cubren los seguros para el enfermo y brindando alojamiento y trabajo al acompañante.
- f) Un fenómeno social que se puso en evidencia es el hecho que las personas adultas del pueblo Chácobo evitan que las adolescentes tengan contacto con personas que no pertenecen a sus comunidades, con la finalidad de cuidar su integridad física y sus valores culturales. Lo que también afecta a las adolescentes en su acceso a los servicios de atención dental.
- g) La comunicación del personal con los usuarios adolescentes de la comunidades originarias Chácobo es limitada, debido a que estos usan más su lengua materna, y aunque hablan el castellano tienen dificultades para hacerse entender. También se debe a la poca costumbre de relacionarse con el personal que trabaja en el centro.

XII RECOMENDACIONES

- a) Compartir los resultados de este estudio con las autoridades educativas del Distrito de Riberalta y establecer estrategias que permitan insertar en el sistema educativo a las adolescentes que por razones culturales quedan marginadas de la educación escolar. Lo

que permitirá también que las mismas tengan acceso a la educación en higiene dental.

- b) Desarrollar en forma conjunta entre el establecimiento de salud, las unidades educativas y autoridades comunitarias un proyecto de promoción de la higiene dental en niños y adolescentes, que permita a los mismos adquirir hábitos en el cuidado de sus dientes.
- c) Establecer el servicio de atención dental ambulante, que permita la visita de un odontólogo en forma periódica a las comunidades Chácobo.
- d) Perfeccionar el sistema de atención dental con enfoque intercultural del Centro de Salud “Cristo Rey” incorporando la implementación de la estrategia de SAFCI, con la capacitación del personal y la contratación de por lo menos un profesional o técnico que hable el idioma Pana (Chácobo).

XIII BIBLIOGRAFIA

- Martínez G., Normas de manejo clínico, fluorización, EDT. Groux Ed. 1era. Bolivia 2009, pgs 23-45.
- Instituto Nacional de Estadística – INE – Censo Nacional 2001
- Atlas Etnico de Investigaciones Antropológicas - José Teijeiro - Teófilo Laime
- Sotero Ajacopa - Freddy Santalla – UNAN
- Etnografía del pueblo Indígena Chácobo - Wigberto Rivero Pinto
- Balzano, S. 983 Análisis comprensivo de un relato chacobo. En: Scripta Etnológica, VII Buenos Aires. 1986 Acerca de la institución del kebichi entre los Chácobo del oriente boliviano. En: Scripta Ethnologica, X. Buenos Aires.
- García, P. 1997 Caracterización preliminar de los beneficiarios de la TCO Chácobo - Pacahuara. La Paz: SAE (ms.)

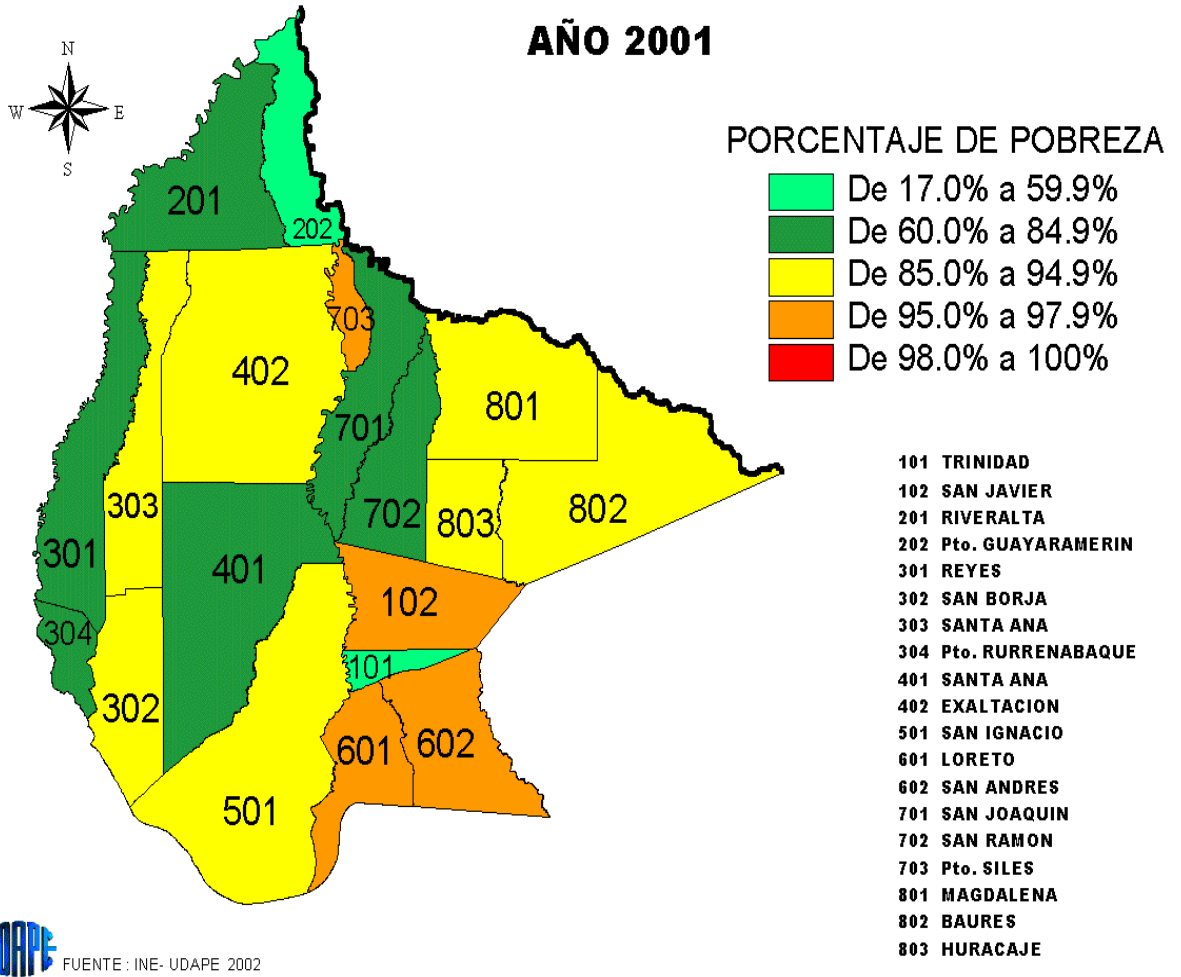
- Hanke, W. 1958 Chácobo in Bolivia. En: Ethnos, 2-4. S/I.
- Keim, H. 1970 Chácobo: un grupo residual de los panos surorientales en el oriente de Bolivia. La Paz: Instituto Nacional de Antropología.
- Minoda, S; Oporto, L. 1991 Chacobos de Alto Ivon: datos básicos de una sociedad boliviana, Revista del Museo de Etnografía y Folklore, 3. La Paz: MUSEF.
- Patzi, I. y otros 1992 Los chacobos del Alto Ivon: acercamiento preliminar a una realidad étnica de la Amazonía. En: Textos Antropológicos, 4. La Paz: UMSA.
- Prost, M. 1970 Costumbres, habilidades y cuadro de la vida humana entre los chácobo. Riberalta: ILV.
- Rivero, W. y varios 1994 Relaciones entre la sociedad chácobo y la "sociedad nacional". Textos antropológicos, 7. La Paz: UMSA
- SNIS Gerencia de Salud 07 Riberalta
- Aparicio Callau, Alfredo ; Antúnez Rodríguez, Argentina, Tutor Agroecosistemas de producción indígena: Crisis de la agricultura tradicional de la etnia Chácobo en la Comunidad Alto Ivon
- Carclús, José. 1886 Las misiones franciscanas entre los infieles de Bolivia. Descripción del estado de ellas en 1883 y 1884. Barcelona: Librería de la Inmaculada Concepción.
- D'Ans, Marcel. 1970 Materiales para el estudio lingüístico pano. Lima.

XIV ANEXOS

ANEXO No. 1

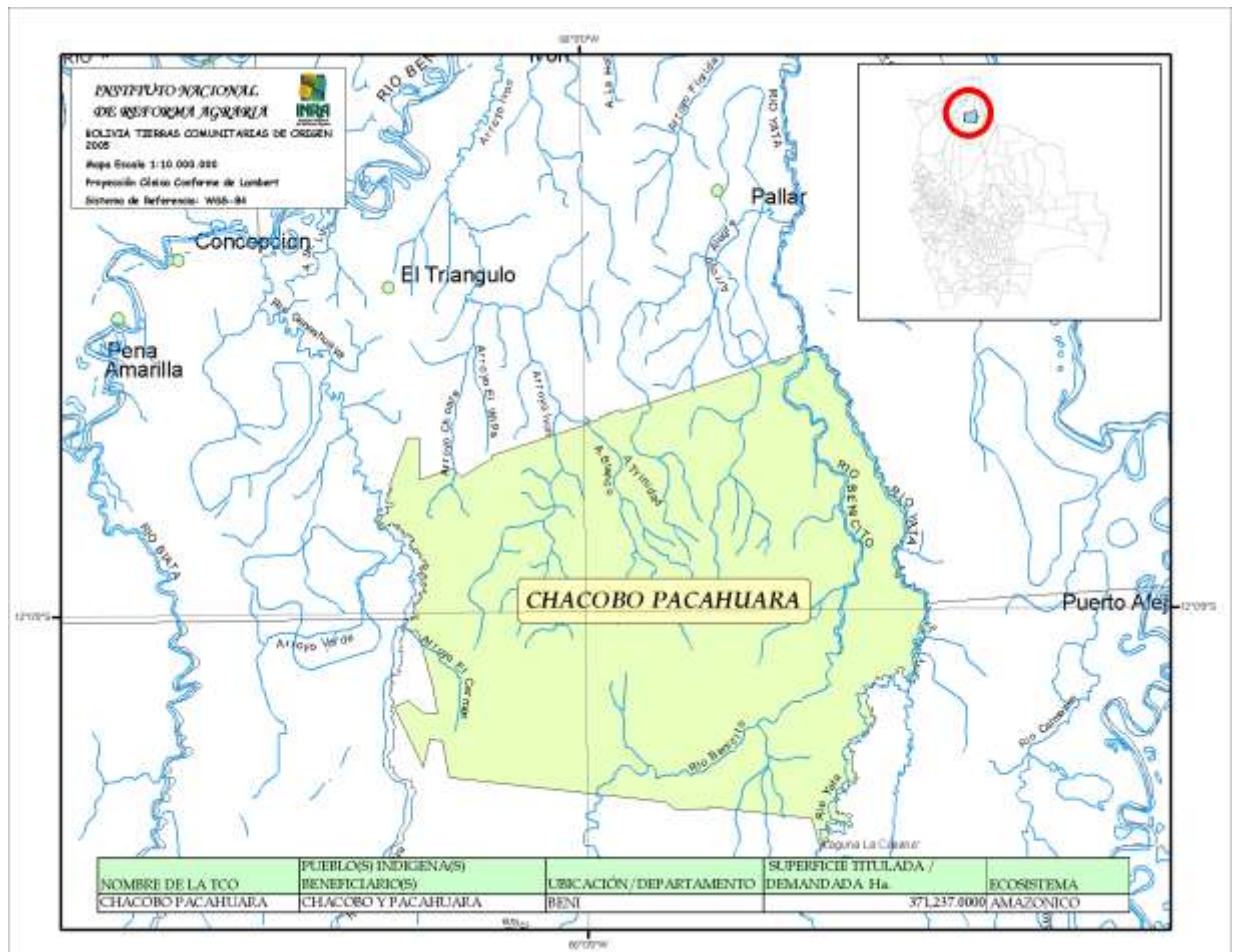
MAPA DE LA POBREZA DEL BENI

DEPARTAMENTO DE BENI
AÑO 2001



ANEXO No. 2

MAPA DE LOCALIZACION DE LA COMUNIDAD CHACOBO



ANEXO No. 3

FOTOS DE LA COMUNIDAD CHACOBO



Foto: Wigberto Rivero Pinto

MUJERES CHACOBO



Foto: Wigberto Rivero Pinto

HABITANTE CHACOBO



Foto: Wigberto Rivero Pinto



ANEXO No. 4

BOLETA DE ENCUESTA

DATOS GENERALES

Edad:

Sexo: F M

Grado de Escolaridad:

Primaria:
Secundaria:
Superior:

1. ¿Qué idioma hablas ?

a) Español
b) Pano

2. ¿Te lavas los dientes todos los días ?

SI NO

3. ¿Cuántas veces al día ?

a) 1 vez b) 2 veces
c) 3 veces d) A veces
e) Nunca

4. ¿Qué utilizas para lavarte los dientes ?

a) Dentífrico /Cepillo b) Agua de sal/Cepillo
c) Solo Agua d) Agua de limón más /Cepillo

5. ¿ Tu cepillo dental es ?

a) Personal b) De tus hermanos c) De familia d) No tiene

6. ¿ Quién te enseñó a lavarte los dientes ?

a) Padre b) Madre c) Hermano d) Nadie

7. Cuando te duele la muela, ¿ dónde vas ?

- a) Dentista b) Farmacia c) Curandero d) Otros

8. ¿ Cuántas veces al año visitas al dentista ?

- a) 1 vez b) 2 veces c) 3 veces d) Nunca

9. ¿ Por qué no visitas al dentista ?

- a) Distancia b) Costumbre c) Medicina Alternativa

10. ¿ Tienes alguna costumbre en la comunidad para cuidarte los dientes ?

SI

NO

11. ¿ Qué utilizas para calmar el dolor de muelas ? ¿Cuál ?

- a) Calmantes (Aspirina Alcofen)
c) Pasta Dental
e) Alcohol

- b) Agua de Sal
d) Clavo de olor
f) Otros

Sus consideraciones finales serán apreciadas, y gracias por su atención.