



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

AUTOATENCIÓN DEL DOLOR DE ORIGEN PULPAR EN LA COMUNIDAD INDÍGENA PIJAO DEL VERGEL-CALARMA, SUR DEL TOLIMA.

Yesica Daniela Liscano Pinzón

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Odontología

Bogotá, Colombia

2017

AUTOATENCIÓN DEL DOLOR DE ORIGEN PULPAR EN LA COMUNIDAD INDÍGENA PIJAO DEL VERGEL-CALARMA, SUR DEL TOLIMA.

Yesica Daniela Liscano Pinzón

Tesis o trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Especialista en Endodoncia

Director: PhD., Doctor Edson Jair Ospina Lozano
Profesor Asistente

Línea de Investigación:
Interculturalidad y Acciones Colectivas en Comunidades
Grupo de Investigación:
Salud Colectiva

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Odontología
Bogotá, Colombia
2017

*A tu sonrisa y alegría,
a tus manos cálidas y tus besos cariñosos,
tus abrazos sinceros y tus palabras precisas,
a tu recuerdo más fiel y tu apoyo incondicional,
a ti Jorge Liscano Vargas,
por enseñarme que el mayor esfuerzo debe estar en encontrar la felicidad y la lealtad.
Gracias infinitas mi viejo querido.*

Agradecimientos

Agradezco a mis padres y mi hermana quienes permanecieron a mi lado durante todo mi proceso de formación académica hasta el momento, impulsando mis aprendizajes como especialista de la Universidad Nacional de Colombia, y quienes apoyaron de todas las formas en que les fue posible la realización de mi proyecto de vida.

Extiendo mis agradecimientos al director de esta investigación, el profesor Edson Jair Ospina Lozano, quien a lo largo de mi formación como especialista en Endodoncia me ha entregado su apoyo incondicional, y ha compartido conmigo todos sus conocimientos haciendo posible la culminación exitosa de este proyecto. Además, expreso mis agradecimientos más sinceros a todos los profesores del Departamento de Salud Colectiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional, quienes siempre mostraron su cariño y solidaridad para entregarme su apoyo a lo largo de este proceso, así como a mis profesores del Posgrado en Endodoncia por su confianza y expectativa en esta investigación.

Por último, quiero agradecer a la comunidad Vergel-Calarma por su cariño y disposición para formar parte de este proyecto de investigación, entregando de todas las formas posibles su identidad cultural, su arsenal de saberes y su tiempo, permitiendo así la realización de esta investigación.

Resumen

Según el Estudio Nacional en Salud Bucal -ENSAB IV-, la caries dental afecta entre el 60-90% de la población en edad escolar, y aproximadamente el 100% de la población adulta, incluidos los indígenas del país, población que principalmente habita zonas rurales, en donde existe escasa oferta en servicios de salud y además sin enfoque diferencial en la atención. En el caso específico de los Pijaos de la comunidad del *Vergel-Calarma*, de Ortega, Tolima, son las familias y su compendio de saberes y prácticas, el principal soporte para hacer frente a las adversidades en salud bucal. Estas estrategias hacen parte de un modelo de atención a la salud centrado en los saberes y prácticas familiares dinamizadas a partir de sus experiencias e interacción con la medicina occidental y la medicina tradicional, y sus necesidades en salud basadas en la búsqueda de la eficacia terapéutica y en el uso de elementos curativos de fácil acceso. El término para esta estrategia es el de autoatención, y comprende el autocuidado y automedicación. **Objetivo:** Identificar y analizar los saberes y prácticas de autoatención en salud oral para el manejo del dolor de origen pulpar en la comunidad Pijao del *Vergel-Calarma*, Ortega-Tolima. **Métodos:** Estudio etnográfico soportado en técnicas como la observación participante, entrevista semiestructurada y diario de campo. Estas técnicas se implementaron en cuatro estancias de investigación en dicha comunidad, de entre siete y diez días de duración. Esto incluyó la interacción con familias, entrevistas a personas claves (médica tradicional, líderes comunitarios, adultos mayores) e identificación de servicios de salud bucal del municipio. **Resultados:** Este tipo de dolor tiene alto impacto en la vida cotidiana al indisponer a las personas en sus actividades diarias. Para hacer frente al dolor utilizan principalmente medicamentos de origen farmacéutico en grandes dosis y altas frecuencias (ibuprofeno, acetaminofén). Asimismo, varias plantas medicinales (mirto, dormidera, chipaca, entre otras) como complemento terapéutico a dichos medicamentos. Es relevante el fácil acceso a estos elementos, se encuentran fácilmente en tiendas veredales y huertas caseras. **Conclusiones:** El dolor de origen pulpar no es diferenciado como específico en la cavidad bucal por parte de los integrantes de esta comunidad. En la autoatención a esta dolencia se utilizan elementos que provienen de la medicina occidental debido a la interacción con los servicios de salud, reconociendo la eficacia de los medicamentos para solucionar el dolor. Este recurso se complementa con elementos herbolarios que pertenecen al arsenal curativo de la medicina tradicional y que las familias han apropiado en sus espacios y racionalidades. Esta comunidad hace uso de todos los elementos que tiene a su alcance para hacer frente a la patología bucal que causa el dolor pulpar, respuesta soportada en las redes de apoyo familiares y comunitarias.

Palabras clave: Salud Bucal, Autocuidado, Servicios de Salud del Indígena, Etnobotánica, Etnofarmacología, Patología pulpar.

Abstract

According to the National Study on Oral Health - ENSAB IV - dental caries affects 60-90% of the school-age population, and approximately 100% of the adult population, including indigenous people, mainly inhabiting rural areas, where there is scarce supply in health services and also with no differential focus on care. In the specific case of the Pijaos of the community from Vergel-Calarma, Ortega, Tolima, are the families and their compendium of knowledge and practices, the main support to deal with adversities in oral health. These strategies are part of a model of health care centered familiar knowledge and practices dynamized from their experiences with western medicine and traditional medicine, and their health needs based on the search for therapeutical effectiveness and use of curative elements of easy access. The term for this strategy is autoattention, and includes self-care and self-medication. **Objective:** To identify and analyze the knowledge and practices of autoattention in oral health for the management of pain of pulp origin in the community Pijao from Vergel-Calarma, Ortega-Tolima. **Methods:** Ethnographic study supported by techniques such as participant observation, semi-structured interview and field diary. These techniques were implemented in three research stays in the community, between seven and ten days in length. This included interaction with families, interviews with key people (traditional doctors, community leaders, seniors) and identification of oral health services in the municipality. **Results:** This type of pain has a high impact on daily life by disrupting people in their daily activities. In order to deal with pain, they mainly use drugs of pharmaceutical origin in large doses and high frequencies (ibuprofen, acetaminophen). Also, several medicinal plants (myrtle, dormidera, chipaca, among others) as a therapeutic complement to these medicines. It is relevant the easy access to these elements, are easily found in veredales stores and home gardens. **Conclusions:** The pain of pulp origin is not differentiated as specific in the oral cavity by the members of this community. In the autoattention to this ailment are used elements that come from the western medicine due to the interaction with the health services, recognizing the effectiveness of the medicines to solve the pain. This resource is complemented by herbal elements that belong to the curative arsenal of traditional medicine and which families have appropriated in their spaces and rationalities. This community makes use of all the elements that it has at its disposal to deal with the oral pathology that causes pulp pain, a response supported in the family and community support networks

Keywords: Oral Health, Self-care, Health Services Indigenous, Ethnobotany, Ethnopharmacology, Dental pulp disease.

Contenido

	Pág.
Resumen.....	VI
Lista de figuras	IX
Lista de tablas	X
Introducción	1
1. Marco Referencial	5
1.1 Referentes investigación	5
1.1.1 Problema de investigación	5
1.1.2 Objetivos	8
1.1.3 Justificación	8
1.1.4 Metodología	9
1.1.5 Elementos éticos	11
1.2 Marco conceptual	13
1.2.1 Marco teórico	13
1.2.2 Modelos médicos de atención a la enfermedad	13
1.2.3 Autoatención.....	20
1.2.4 Dolor.....	25
2. La salud Bucal en Territorio Pijao	41
2.1 Población estudiada	41
2.1.1 Comunidad Pijao – Comunidades de Ortega	41
2.1.2 Comunidad del Vergel – Calarma	46
2.2 Caracterización de las condiciones de salud bucal.....	49
2.2.1 Servicios de salud bucal para la población Pijao del vergel	55
3. Autoatención en salud bucal	64
3.1 El dolor dental	64
3.2 Elementos terapéuticos para el manejo y prevención del dolor dental.....	70
4. Discusión.....	77
5. Conclusiones y recomendaciones	84

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Representación de concentración de comunidades Pijao a nivel municipal en el departamento del Tolima.....	44
Figura 2. Mapa del Departamento del Tolima	45
Figura 3. Zonas de asentamiento de la población Pijao según Censo de 2005	46
Figura 4. Ubicación de la Comunidad Vergel-Calaria del Municipio de Ortega	48

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Índice COP en la población general (n= 30)	51
Tabla 3. Índice COP según dentición	52
Tabla 4. Índice COP según sexo	52
Tabla 5. Índice de dientes sanos en la población general (n= 30)	52
Tabla 6. Índice de dientes sanos según grupos de edad	53
Tabla 7. Índice de dientes sanos según dentición	53
Tabla 8. Índice de dientes sanos según sexo	53
Tabla 9. Lesiones asociadas al uso de prótesis dental (n=5)	54
Tabla 10. Anomalías del desarrollo en la población general (n= 30).....	54
Tabla 11. Anomalías del desarrollo según dentición.....	54
Tabla 12. Recursos botánicos utilizados en el manejo del dolor dental	73
Tabla 13. Recursos farmacéuticos utilizados en el manejo del dolor dental	74
Tabla 14. Recursos de consumo casero utilizados en el manejo del dolor dental	74
Tabla 15. Recursos destinados al autocuidado y prevención de enfermedades bucales	75

Introducción

El siguiente trabajo emerge de un interés que surgió durante mi primer año como residente de endodoncia. Me encontraba en el seminario de fisiopatología pulpar y el docente orientaba una atractiva discusión alrededor del manejo del dolor endodóntico, mismo que estaba sustentado en diversos artículos del Journal of Endodontics y el Endodontic Topics.

Mi fascinación germinó por la amplia información alrededor del dolor pulpar y la especializada terapéutica para solventarlo. Así, revisamos las vías del dolor, mediadores pro-inflamatorios como las prostaglandinas y bradicininas relacionadas, y el mecanismo farmacológico mediante el cual los opioides y otros fármacos como el acetaminofén interrumpen este sufrimiento. La literatura al respecto es extensa y su consolidación es parte del esfuerzo realizado por consagrados investigadores de esta especialidad odontológica.

Al final de la clase reflexioné que este tipo de información es del dominio exclusivo de mi campo de formación y que en una salida de campo de un curso de Odontología, llamado Salud Colectiva había visto que las personas de una comunidad Pijao del Departamento del Tolima enfrentaban el dolor pulpar sin este conocimiento. De esta manera surgió un interés por saber las estrategias utilizadas por estos indígenas frente a este malestar y la racionalidad que orienta dichas prácticas.

De inmediato supe que ahí había un problema de investigación pertinente para mi especialidad y lo socialicé con varios docentes de la Facultad de Odontología. Mi idea fue apoyada en el posgrado y el paso siguiente fue la revisión de insumos teórico metodológicos sobre el tema. Encontrando que éste es un tema que es abordado por la antropología médica, que existen autores que han dinamizado conceptos para su comprensión y que las labores metodológicas deberían tener herramientas de las ciencias sociales.

En fin, todo esto implicó que una vez mi anteproyecto de investigación estuviera concluido, debía aventurarme a vivir durante varias semanas con la comunidad Pijao del Vergel-Calarma, en el sur del Tolima, en un municipio llamado Ortega. Allí conviven indígenas y mestizos en la llamada cultura de “tierra caliente” del valle del río Magdalena; se celebran las fiestas del San Juan y San Pedro con todo su arsenal gastronómico y musical; y se habla de las leyendas de la “sombrerona”, la “pata sola” y el “mohán”; y para sorpresa mía, conocí a Doña Elvia, una Mohana contemporánea, con todos sus conocimientos de medicina ancestral y su experiencia política como lideresa indígena, su papel ha sido fundamental en esta investigación.

Esta investigación tiene entonces varios apartados. El primer capítulo es el marco referencial que soportó esta investigación, mismo que se construyó como un tema pertinente para la endodoncia desde insumos teóricos de una ciencia básica como la fisiología, una profesión como la odontología y una disciplina como la antropología. Igualmente se utilizaron estrategias metodológicas diseñadas por etnógrafos y odontólogos.

El segundo es una descripción de las condiciones de salud bucal del pueblo Pijao, apartado en donde se hizo un acercamiento al modo de vida de este pueblo y en particular de la comunidad del Vergel –Calarma, a los servicios de odontología con los cuales estas comunidades interaccionan y a las particularidades clínicas y sociales de su salud bucal.

Un tercer capítulo corresponde a las estrategias de autoatención en salud bucal de esta comunidad, mismo en donde se organizan las maneras en que se entiende la salud y se atiende la enfermedad, y el arsenal de recursos terapéuticos utilizados por estas

comunidades a partir de una racionalidad específica, que es además construida a partir de una lógica popular basada en la búsqueda de eficacia en el entorno inmediato. Por último, se hace una discusión de los hallazgos, a través de categorías analíticas como modelos médicos de atención a la salud.



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Majestuosos Cerros Los Abechucos, Ortega-Tolima

1.Marco Referencial

1.1 Referentes investigación

1.1.1 Problema de investigación

En el Cuarto Estudio Nacional en Salud Bucal (ENSAB IV) publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2015, la caries dental aparece como un problema de salud pública. Éste es un padecimiento que afecta el 60-90% de la población en edad escolar, y aproximadamente el 100% de la población adulta (1). De no ser controlada, esta enfermedad puede progresar en su patogénesis infecciosa y llevar a padecimientos como el dolor y la pérdida en la función, repercutiendo en aspectos cotidianos, como el aprendizaje, la alimentación, la comunicación y las prácticas laborales, entre muchas otras más dimensiones vitales para el desarrollo integral de los sujetos.

Para hacer frente a esta situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) propuso que para el año 2000, el 50% de los niños y niñas de cinco años estuviesen libres de caries. Desafortunadamente, esta meta no fue alcanzada en todos los países, debido a las particularidades sociales y económicas de los países miembros, convirtiéndose el control de la enfermedad en una meta casi inalcanzable para las sociedades precariamente organizadas. A partir de dicho análisis, se propuso que la salud bucal sería un indicador de pobreza, y se replanteó como una meta del milenio para el año 2015 en América Latina, buscando en esta ocasión que el 50% de niños y niñas de doce años se encontraran libres de caries (2). Así mismo, dentro de las conclusiones del informe

mundial sobre salud bucodental de la OMS, se ha enunciado que alrededor de cinco mil millones de personas en el mundo han padecido caries dental (1).

Para el caso de Colombia, la situación no dista de la realidad mundial. Esta problemática en salud oral se ha reportado en numerosos estudios a nivel local y cuatro estudios nacionales, en los cuales se evidencia un índice COP y cop situado por encima del 95%, permitiendo catalogarla como una enfermedad crónica compleja con necesidades reales de tratamiento oportuno (2).

Al interior del país, las diferencias en los indicadores de salud bucal entre los territorios rurales y la zona urbana concuerdan con los fenómenos de polarización de las enfermedades, lo cual representa una evidencia para el diseño e implementación de políticas públicas en este campo de la salud. En relación a esto, la OMS afirma que la prevalencia de los padecimientos bucodentales varía dependiendo de la disponibilidad y accesos a los servicios de salud, determinado de manera contundente por la localización geográfica, identificando que en países de ingresos bajos y medios, como el cono surafricano, América Latina y el Caribe la morbilidad es mucho mayor que en los países altamente industrializados, haciendo la aclaración que los Determinantes Sociales indican las disparidades en materia de salud, al interior y entre países industrializados (1,3).

Dentro de la operacionalización de las clases sociales implementadas para el ENSAB IV, realizada por medio de una clasificación de inserción social denotada por la actividad principal del responsable económico del núcleo familiar, se habla del pequeño productor agricultor, representándose así el habitante del territorio rural, siendo los pobladores rurales el 4.7% del total de la población participante en el estudio (2).

La situación en cuanto a prevalencia de caries en este grupo poblacional indica que con índice cop, para la dentición temporal el promedio se encuentra en 81.6%, en dentición mixta 98.16% y finalmente en dentición permanente 99.07%, siendo la historia de caries bajo los mismos indicadores muy consecuente con la anterior afirmación (2).

La mayor parte de los indígenas del país habitan estas zonas rurales, áreas en donde existe escasa oferta en servicios de salud, y además una descontextualización por parte de dichos servicios y de los profesionales de la salud bucal sobre las particularidades socioculturales de estas poblaciones y, por lo tanto, obvian elementos importantes sobre

la manera en que estas personas reconocen su boca, disfrutan de una buena salud bucal, conviven con la enfermedad y se relacionan con las diferentes estrategias de atención a la salud para hacer frente a sus padecimientos bucales.

En el caso específico de los Pijaos de la comunidad el *Vergel-Calarma* del municipio de Ortega, departamento de Tolima, las familias son uno de los soportes para hacer frente a las adversidades en salud bucal. En ellas se han recreado a través de la historia una serie de saberes y prácticas destinadas al cuidado de la salud bucal y a orientar a los integrantes de su familia frente a la carrera curativa. Estos indígenas escasamente acuden a los servicios de salud, no solo por motivos como las barreras de acceso, sino por la representación de la atención como un escenario despersonalizado y en contra vía a las estrategias interculturales que los servicios de salud deben construir e implementar (4).

Así, es claro que las familias de la comunidad del *Vergel-Calarma* hacen uso de diferentes recursos para dar solución a sus problemáticas. A partir de esta situación surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los saberes y prácticas de autoatención en el manejo del dolor de origen pulpar en la comunidad Pijao del Vergel-Calarma, del municipio de Ortega, departamento de Tolima?



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Camino a los cerros Los Abechucos, Ortega-Tolima

1.1.2 Objetivos

1.1.2.1 **Objetivo general.**

Identificar y analizar los saberes y prácticas de autoatención en salud oral para el manejo del dolor de origen pulpar en la comunidad Pijao del *Vergel-Calarma*, Ortega-Tolima.

1.1.2.2 **Objetivos específicos.**

1. Caracterizar las condiciones de salud oral de la población de la comunidad del *Vergel-Calarma* a través de sus propios elementos socioculturales.
2. Caracterizar los servicios de salud bucal destinados a atender la población de la comunidad indígena Pijao del *Vergel-Calarma*, municipio de Ortega.
3. Describir los elementos herbolarios utilizados en el tratamiento del dolor de origen pulpar.

1.1.3 Justificación

Existen saberes y prácticas de autoatención en salud oral que logran dar un manejo a las problemáticas concernientes a la cavidad bucal. Dentro de estos saberes se ha incluido todo tipo de procesos y actividades de autocuidado y en general de cuidados y respuestas frente al procesos Salud/Enfermedad/Atención (PSEA) al interior de los grupos parenterales y comunales de cualquier comunidad, en este caso de la población Pijao del *Vergel-Calarma*, Ortega-Tolima.

Dicho grupo de saberes orientan las prácticas de respuesta frente a los padecimientos, convirtiéndose éstas en prácticas institucionalizadas, que a través del tiempo han ido

consolidándose como un primer nivel de atención, adquiriendo criterios ideológicos y prácticos de la medicina occidental y la denominada “tradicional”.

Se hace necesario para nuestra profesión y quehacer cotidiano como especialistas en endodoncia comprender como una comunidad, sea cual sea su identidad colectiva, maneja el dolor de origen pulpar, lo cual supone es el principio del ser de la especialidad en endodoncia, incluyendo dentro de este aprendizaje la articulación de los diferentes sistemas de atención, partiendo de la complementariedad y subordinación de los saberes y prácticas de la medicina “tradicional”, como de la occidental y de la respuesta social organizada.

El interés por desarrollar un trabajo de investigación donde se ocupe de la comprensión del dolor de origen pulpar como un determinante de la calidad de vida de las poblaciones, en un escenario distante a los saberes enseñados comúnmente en la academia, en un aporte a la construcción del conocimiento sobre el cuerpo y el dolor. Igualmente centrado en las estrategias familiares, soporte fundamental del Modelo Médico de Autoatención (MMA).

Así, y en medio de la realidad pluriétnica y multicultural del país, se pretende demostrar que existen diversas alternativas para tratar y prevenir las patologías orales, y unas estrategias terapéuticas relacionadas con el manejo que se puede dar al dolor de origen pulpar. Este es un tema de alto interés para la profesión odontológica y, en específico, para una especialidad como la endodoncia.

1.1.4 Metodología

El presente estudio es de tipo cualitativo, y utiliza herramientas de la etnografía como lo es el diario de campo, la observación participante, la entrevista etnográfica y el análisis documental. El enfoque es interpretativo; de esta forma la presente investigación pretende comprender e interpretar la realidad de esta población; es decir, indaga y analiza los significados, percepciones, intenciones y acciones de las personas para hacer frente a sus dolores de origen pulpar. En este paradigma la realidad se percibe como dinámica, múltiple, holística y divergente; y además es construida por los sujetos.

En las actividades de investigación se interactuó de forma intensa con seis grupos familiares, mismos que fueron seleccionados por voluntad propia a partir de criterios de inclusión como el asumirse integrante del pueblo Pijao, vivir de manera permanente en la región, y ser un grupo parenteral con dos hijos o más.

Esta tarea requirió el desarrollo de diferentes fases

1. Fase factual y comportamental

Esta fase incluye una aproximación a la comunidad a estudiar y la revisión bibliográfica y documental de fuentes primarias y fuentes secundarias. La revisión de la literatura se hará en las bases de datos: PubMed, MeSH, JStore, Scielo. Con los siguientes criterios de búsqueda: se utilizarán los términos MeSH: Oral Health, Self-care, Qualitative Research, Medicine Traditional, Health Services Indigenous, Ethnobotany, Ethnopharmacology, Plants Medicinal, Dental Pulp, Dental pulp disease y términos DeCS, que son los mismos términos MeSH pero en idioma castellano. Igualmente se realizará observación participante en busca de un acercamiento inicial a la comunidad a estudiar, con el registro de diarios de campo. Este acercamiento permitirá ajustar elementos metodológicos y la definición de técnicas de investigación como lo son las entrevistas a actores claves como médicos tradicionales, yerbateros, la promotora y odontóloga de la IPS indígena The Wala.

2. Fase Narrativa

Esta comprendió la observación participante en las familias indígenas de esta comunidad. Esto incluye una convivencia con esta población para identificar a las personas con dolor de origen dental y reconocer las estrategias de autoatención para hacerle frente. Dicha tarea requiere del análisis del tratamiento de autoatención para este tipo de malestares en las propias racionalidades de esta población. Esta fase requiere intensidad en el trabajo de campo y debe ir hasta que haya saturación de información sobre los saberes y prácticas de autoatención.

3. Fase Interpretativa

En esta fase se construyeron categorías de análisis para reconocer los saberes y prácticas de autoatención y la manera en que esta población asume su cavidad bucal, y entiende y atiende su dolor de origen pulpar.

4. Elaboración del informe final

En ésta se resaltaron los principales hallazgos y vivencias relacionadas con el vivir en colectivo y sus respuestas frente a las diferentes experiencias del proceso Salud/Enfermedad/Atención referido a la cavidad bucal, específicamente al dolor de origen pulpar.

1.1.5 Elementos éticos

Los aspectos éticos a tener en cuenta para la presente investigación, responden a lo considerado como ético en salud. Respondiendo a tal parámetro, se toma en cuenta el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993, considerando así esta investigación como de riesgo mínimo ya que se harán entrevistas, que indagarán sobre información de carácter personal, mas no de carácter íntimo. El contenido de las entrevistas circulará únicamente entre la investigadora principal y el director del trabajo de investigación.

De igual manera, ciñéndose a la Declaración Universal sobre bioética y derechos humanos de la UNESCO promulgada el año 2005, a lo largo de la investigación se respetará los principios de: diversidad cultural y pluralismo, y el principio de beneficios y efectos nocivos; lo anterior dado que se tiene plena conciencia sobre el compromiso del trabajo con población vulnerable, y la máxima exigencia de respeto frente a sus derechos culturales y sus mundos de vida. Se recalca que toda la información recolectada a partir de las entrevistas y el acompañamiento a las familias, será de carácter confidencial, también se debe destacar que dicho acompañamiento estará fundamentado en el respeto a ellos como seres humanos, y como comunidad étnica, destacando una profunda admiración y respeto por sus tradiciones, creencias y proceso histórico de supervivencia cultural.

Por otra parte, el equipo de trabajo del presente proyecto, investigadora principal y director de la investigación, expresan su compromiso ético y moral para con la comunidad, ofreciendo apoyo necesario para la comprensión y apropiación de los derechos en salud que por ser comunidad vulnerable les corresponde durante el

transcurrir de la investigación, así como de brindar un apoyo individual y colectivo en cuanto a cuidados de salud bucal y manejo de padecimientos de la cavidad bucal, permitiendo el establecimiento de redes de apoyo y la co-creación de rutas o guías de prácticas y saberes de autoatención para el manejo de las patologías bucales.



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Paseo al río Saldaña, Ortega-Tolima

El consentimiento informado de orden comunitario será presentado a la gobernadora del cabildo previo al inicio del trabajo en campo, este deberá ser leído y entendido por parte de ella, y una vez resueltas las dudas se firmará el documento. El consentimiento de orden individual será presentado a la(o)s participantes antes de iniciar las entrevistas, se realizará una lectura de este y se resolverá cualquier inquietud previo a la firma del documento, garantizando así que no se coaccionará al(a) participante.

1.2 Marco conceptual

El abordaje de elementos conceptuales es esta investigación permite tener un soporte para el análisis de la realidad que se ha encontrado entre las comunidades Pijao del departamento del Tolima. Sin estos elementos, los hallazgos no tendrían una lógica y sería imposible relacionarlos con categorías que los ubiquen en el campo de la salud y en específico, en los sistemas de atención a la salud.

Si bien este tipo de conceptos no tienen un desarrollo común en el área sanitaria, y menos en el escenario de una profesión como la odontología, si tienen una función central porque permiten consolidar dicha área como un territorio holístico, con variedad de interrogantes y múltiples dimensiones, mismas que requieren de otras disciplinas para poder ser comprendidas al interior de un campo social, campo en donde sencillamente interactúa gente. De esta realidad es que surgen datos, conceptos y apuestas.

1.2.1 Marco teórico

En este trabajo el sustento teórico se soporta en tres elementos íntimamente relacionados. El primero de éstos son los modelos médicos de atención, soporte fundamental para organizar y comprender de manera holística los saberes y prácticas en salud que tienen los diferentes grupos sociales. El segundo es el modelo de autoatención, el cual corresponde a las estrategias que tienen las familias y las comunidades para hacer frente a sus adversidades en salud sin el apoyo de curadores; modelo que interactúa de manera directa con el modelo médico hegemónico (llamado generalmente medicina occidental) y con el modelo alternativo subordinado (denominado comúnmente medicina alternativa). Un tercer elemento es el dolor, eje empírico de esta investigación e insumo para generar aportes al campo de la odontología y la endodoncia.

1.2.2 Modelos médicos de atención a la enfermedad

Hacia las décadas de los ochenta y noventa, en América Latina la mayor producción teórica y empírica de los estudios antropológicos en el sector salud adquirieron una

tendencia culturalista, que se enfocaba en cuestiones indígenas, principalmente orientadas a las prácticas médicas ancestrales y las “enfermedades tradicionales” (5). De igual forma, surgió una corriente a-culturalista, que se dedicó a la aplicación de programas de atención en salud rural, buscando mejorar las condiciones de salud de los grupos sociales entendiéndolos como actores receptores de las acciones y programas (6,7,8).

Es así como los estudios socioantropológicos en la medicina se interesan por la recuperación de las distintas formas en que los sujetos, y los grupos sociales conciben y actúan sobre sus diferentes padeceres, resaltando la influencia que ejercen los grupos parentales y las distintas redes de apoyo comunales sobre el denominado PSEA, en el propósito de integrar las conductas sociales con los padecimientos (9-14). Es decir –y para resaltar-, que este tipo de producción busca analizar el accionar de la población en la resignificación de sus sentidos culturales sobre el estado de enfermedad, así como de los procesos sociales resolutivos frente a la misma.

Para poder comprender la interrelacionalidad entre todos los actores y procesos, se debe precisar una serie de categorías teóricas que se acercan a la explicación y contextualización de nuestro problema de estudio. Uno de estos, es la forma en que se relacionan los modelos médicos de atención que son identificables en distintos grupos sociales. Los modelos médicos, pueden ser definidos como una herramienta metodológica que permite la identificación de producción, funcionamiento y organización de todo conocimiento científico, técnico, ideológico y socioeconómico que establecen todos los actores e instituciones frente al PSEA (15).

Dentro de las diversas configuraciones teóricas acerca de los modelos médicos, se deben destacar dos de ellas, las categorías propuestas por Artur Kleinman y la propuesta por Eduardo Menéndez, las cuales al ser estudiadas comparativamente exponen ciertas similitudes y confrontaciones entre sí. Es así como partiendo de la perspectiva de Kleinman, los sistemas médicos de cualquier grupo social son entendidos como culturales y simbólicos, de los cuales es posible considerar no sólo la respuesta social frente a la enfermedad como experiencia y su significado, sino también, la relacionalidad entre instituciones, actores, escenarios y condiciones económico políticas (16,17).

Es por tanto que Kleinman afirma que los sistemas de atención a la salud (SAS) son construcciones simbólicas que surgen de los significados, valores y normas conductuales, que van a articular los padeceres como idioma cultural, relacionando las creencias sobre el origen de la enfermedad, la experiencia de la sintomatología, las decisiones respecto de las alternativas o prácticas terapéuticas y la evaluación de los resultados (16).

Los mencionados sistemas de atención a la salud (SAS) son entonces, construcciones metodológicas desarrolladas a partir de características específicas de los contextos sociales, para lograr ejecutar un análisis de las relaciones a nivel institucional, comunal, familiar o individual que permitan establecer la manera en que los mencionados sistemas operan y sea posible explicar su funcionamiento general.

Los SAS funcionan a través de transacciones que establecen los sujetos en sus grupos sociales, por tanto son analizados como construcciones institucionalizadas, internalizadas y objetivadas; es así como Kleinman recurre al nivel microsocial, clínico, relacional (médico/paciente) para establecer la estructuración de los SAS, sin desconocer el nivel macrosocial (16,17).



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Institución Educativa El Vergel, Ortega-Tolima

Dentro de los SAS, es posible identificar tres escenarios, denominados “sectores de cuidado a la salud”, para la comprensión de la enfermedad. Estos son el sector

profesional –biomedicina y otras prácticas médicas profesionales o para profesionales-, sector *folk* –curadores indígenas y populares-, y finalmente el sector popular –nivel familiar y comunal-. Estableciendo *per sé* un grado de hegemonización/subalternidad entre los niveles, donde el grado de legitimación social que posee el sector profesional lo hace dominante en las sociedades occidentales, reconociendo un proceso de “indigenización” y “popularización” para el mencionado proceso de transaccionalidad entre los sectores. La indigenización [...] *se refiere a los cambios que la medicina profesional moderna y la psiquiatría, experimentan después de que son introducidos en las sociedades no-occidentales. Involucran el sistema de conocimiento, las instituciones de cuidado a la salud y los factores incluidos en la realidad clínica. El resultado es un remodelamiento en mayor o menor grado, del cuidado clínico profesional* (16).

Mientras que, por su parte, la popularización [...] *sería aquel por el que ciertos aspectos del cuidado profesional, tales como los conceptos científicos de la salud, son alterados y difundidos después de que entran en el sector popular de la salud* (16).

El sector *folk* abarca todos los curadores que no son organizados profesionalmente, pero que desempeñan prácticas médicas estructuradas por medio de ideologías tanto mundanas como espirituales, integrando la religiosidad y los rituales dentro de los procesos de atención a los padeceres.

El sector popular por su parte, es el sector que tiene un mayor campo de acción en todos los grupos sociales, llegando a demostrarse que es el sector que atiende a casi el 90% de los casos de enfermedad. Se precisa como una especie de matriz difusa que logra articular todos los sectores, generando puntos de conexión y encuentro legítimo entre los mismos, para establecer la denominada transacción de conocimientos, modificaciones en los roles, reestructuración cognoscitiva para finalmente generar nuevos conceptos sobre la interpretación y atención de las enfermedades.

A su vez, los “modelos explicativos”, categoría también propuesta por Kleinman, se refieren a nociones sobre el proceso de enfermedad/tratamiento, donde la interacción entre quien padece y trata es un componente esencial en el cuidado de la salud. Siendo un modelo explicativo para los médicos y uno para los pacientes (MES). Donde en el MES da cuenta del sentido que quien padece y copadece otorga a los padecimientos

(*illness*), y la manera en que eligen y evalúan los tratamientos, exponiendo cinco aspectos fundamentales en cualquier episodio de enfermedad:

- Etiología
- Tiempo y modo de aparición de los síntomas
- Fisiopatología
- Curso de la enfermedad
- Tratamiento

El modelo de los practicantes -profesionales-, indica la forma en la cual los profesionales entienden y tratan las enfermedades (*disease*), en este caso, los aspectos son de tipo teórico y clínico, como los procesos comunicativos y transaccionales que se generan entre paciente y practicante, y es allí, donde la mixtura entre estos dos modelos, ofrece un objeto de análisis mucho más preciso de las dificultades de comunicación entre los actores (16, 17,18).

Desde esta perspectiva hermenéutica de la Antropología Médica Clínica (AMC), en la cual hay un pobre desarrollo del nivel macrosocial para establecer los procesos de resignificación del padecer, y en el que se puede cuestionar la tendencia a priorizar el nivel del encuentro clínico a la relación médico/paciente, estableciéndola como una relación de poder y no como expresión de relaciones sociales, se puede identificar dicho encuentro como un intercambio entre sujetos que comparten intereses comunes para permitir una “mejora” en el PSEA, siendo una respuesta adaptativa frente a la individualidad que pueda proponerse en los SAS.

Por tanto, la Antropología Médica Clínica (AMC) busca facilitar el reconocimiento de las dimensiones sociales del PSEA por parte de los médicos, potenciando los procesos de medicalización, expansión y hegemonía de la biomedicina (19).

La otra propuesta teórica que se abordará, es la expuesta por Eduardo Menéndez, quien recurre a una perspectiva histórica estructural construyendo una teorización sobre los modelos de atención, haciendo una propuesta analítica de la relación existente entre las condiciones sociohistóricas, económicas, políticas e ideológicas que influye en la dinámica de los modelos en cuestión (5).

Menéndez plantea dentro de su estructura teórico metodológica, y a partir de un análisis profundo de las relaciones entre los modelos de atención, tres distintos modelos: el modelo médico hegemónico (MMH), el modelo médico alternativo subordinado (MMAS) y finalmente el modelo médico de autoatención (MMA), estableciendo que [...] *el proceso capitalista conduce a la emergencia de varios modelos de atención médica. En dicho proceso el modelo médico hegemónico, intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos, lo cual en la práctica social se resuelve por la apropiación y transformación de los mismos (20,21).*

Menéndez describe un modelo como un instrumento metodológico, el cual surge a partir de construcciones ideológicas nacientes en fuerzas sociales y políticas, son altamente dinámicos y en constante transformación. Es así, como indica que un modelo médico es tan sólo una construcción de producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los curadores, junto con todas las dimensiones sociales implicadas, y son caracterizados por una serie de rasgos generales y estructurales, que a partir del análisis sociohistórico, podrán ser identificados, operacionalizados y dinamizados permitiendo así una lectura acertada de cada una de las situaciones concretas (20,21).

Según Menéndez, el MMH abarca la biomedicina, saberes científicos, que posibilita al profesional la comprensión del saber médico en términos de racionalidad científica. Partiendo de esto, el MMH expone una serie de caracteres generales que deben ser enlistados [...] *Está subdividido en tres categorías, que son individual privado, corporativo público, corporativo privado. Basado en el biologicismo, teoría evolucionista positivista, a-historicidad, a-socialidad, individualismo, eficacia pragmática, mercantilización, subordinación entre actores, legitimización jurídica y académica de las otras prácticas de curación, profesionalización formalizada, medicalización, control social e ideológico, consumismo médico, cuantificación sobre calidad, escisión entre teoría-investigación y práctica y burocratización (9,20).*

Dirigido por las clases burguesas en ascenso -pequeña burguesía independiente a la que pertenecen los médicos-, se supone: jerárquico, asimétrico, clasista y racista. Necesita resaltar su hegemonía científica, ideológica, práctica y profesional; su práctica se limita a un selecto sector social, y ha logrado desarrollar una legitimización que le permite estigmatizar el modelo alternativo (MMAS) dada por control social e ideológico respecto de los sujetos y los conjuntos sociales.

Sin embargo, a pesar de ser un modelo excluyente, y exclusivo de la pequeña clase burgués, la clase obrera y el Estado requieren organización contra la enfermedad que garantice la supervivencia del trabajador y su núcleo familiar y así contribuir a la reproducción y productividad de la mano de obra, ante lo cual el MMH crea la llamada medicina pública (9).



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Campos Ortegunos

El Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS) se caracteriza por ejecutar prácticas tradicionales -del pasado-, prácticas nuevas dominantes derivadas del MMH -medicina curanderil urbana, prácticas espiritistas-, prácticas médicas de alto nivel como la medicina ayurvédica, acupuntura o herbolaria china. Es un modelo no homogenizable, apropia alternativas institucionales que el MMH ha pretendido estigmatizar, siendo caracterizado por [...] *Pragmatismo, a-historicidad, subordinación de actores, legitimación comunal o grupal, racionalidad técnica y simbólica, tendencia a exclusión y mercantilización, eficacia simbólica con tendencia al mercantilismo* (9, 20,22).

Y por último, el Modelo Médico de Autoatención (MMA), éste se basa en un diagnóstico y una atención llevada a cabo por la propia persona, quien padece la enfermedad, o

personas inmediatas de sus grupos parentales o comunales, en éste no actúa un curador profesional. Se caracteriza por [...] *Acciones conscientes de no hacer nada encaminado a la cura, hasta uso de equipos altamente desarrollados. Es el primer nivel real de atención; está en la base de todos los anteriores, basado en no solo curación sino en caracteres socioeconómicos.*

Eficacia pragmática, concepción de la salud como bien de uso y tendencia a la percepción de la enfermedad como mercancía, participación simétrica y homogenizante, legitimidad grupal y comunal, empirismo pragmático, concepción basado en experiencia, tendencia a la apropiación tradicional de prácticas médicas, sintetizador, tendencia a asumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos (9, 20-23).

A partir del análisis de las dos propuestas, se puede resaltar que si bien existen similitudes entre ambos, son evidentes también diferencias que definen los caracteres de sus respectivos enfoques. Es así como, los dos parten de una postura metodológica-heurística en las categorías tanto de Sistema de Atención a la Salud como de Modelo médico, sectores de atención y desde la otra postura, los modelos médicos (MMH, MMAS, MMA). Profundizando ambas posturas en la necesidad real de comprender categorías en términos de construcciones abstractas que se nutren de dinámicas propias y caracteres particulares.

Es así, que a partir del estudio de ambas propuestas teóricas y para fines metodológicos, se tomará en cuenta para la presente aproximación teórico-metodológica el modelo propuesto por Eduardo Menéndez.

1.2.3 Autoatención

Actualmente, en América Latina existen diferentes modelos y formas de atención a la salud, todos han sido concebidos de manera aislada, autónoma y antagónica para el sector. Sin embargo se ha dado cuenta de la pertinencia de las relaciones existentes y las denominadas transacciones de conocimientos entre los modelos médicos, principalmente entre el modelo biomédico o hegemónico y el de autoatención, el más claro ejemplo de dicho proceso transaccional es el paralelismo creado entre la

prescripción de fármacos y la automedicación, y todas las consecuencias que este fenómeno trae para el PSEA.

Es claro que estas formas de atención, tienen mucho que ver con cuestiones de tipo socio/económico/político, como lo son la religiosidad, las condiciones o características de estratificación social, técnicas y conocimientos científicos que habrían dado lugar al desarrollo de formas antagónicas entre los modelos de atención. Lo que domina en las sociedades actuales es lo llamado “*pluralismo médico*”, que no es más que la utilización de varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema (25).

Es así como nos enfocamos en una de las mencionadas formas de atención, la llamada “autoatención”, la cual constituye una de las actividades básicas del PSEA, siendo la actividad nuclear y sintetizadora desarrollada por los grupos sociales respecto de dicho proceso. Por autoatención se hace referencia a todo tipo de representaciones y prácticas que la gente utiliza a nivel singular y colectivo para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de ésta.

El proceso de autoatención se fundamenta en dos hechos básicos (24, 25,26):

- Frecuencia, recurrencia y continuidad de episodios de enfermedad de miembros de grupos primarios, principalmente doméstico-familiares.
- Necesidad de estos grupos de establecer acciones inmediatas para dar solución.

En la cotidianidad, la enfermedad constituye una constante, siendo los episodios agudos, leves y transitorios normales en el proceso de crecimiento y desarrollo humano, sin embargo el cambio a padecimientos crónicos y degenerativos se deben a procesos de convivencia continua con la enfermedad que se inicia en forma cada vez más temprana en sociedades de mayor desarrollo. Es así como todo grupo parental necesita producir y reproducir un conocimiento y una serie de técnicas para resolver situaciones cotidianas de enfermedad, y es en la mayoría

de sociedades –por no decir que en todas-, la mujer quien se ha hecho cargo de los procesos de autoatención (26).



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Bestias de la finca de Doña Diva, Vereda Calarma, Ortega-Tolima

Esta actividad no es coyuntural, explicado en que la estructura de la vida cotidiana, el tipo de padecimientos y problemas conducen a que ésta sea una constante de características diferenciales de acuerdo con las condiciones de tipo sociológicas del grupo familiar. En toda sociedad, la autoatención aparece como la primera actividad asistencial y preventiva a la enfermedad antes de delegar el cuidado en un curador profesional, constituyendo así parte del proceso de reproducción biológico y social en el interior de los grupos doméstico-familiares, como etapa necesaria en la situación del enfermo, o la llamada “carrera del enfermo”.

Ésta forma de atención, implica decidir la auto prescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. Es así como entramos a hablar de automedicación, la cual no sólo se refiere a la decisión de utilizar determinados tipos de fármacos desarrollados por la Industria Químico Farmacéutica (IQF), sino a todo tipo de sustancias (infusiones de hierbas, alcohol, marihuana, etc.), y para algunos autores actividades de tipo muy diferentes (masajes etc.), que son elegidas por los sujetos con

autonomía relativa para actuar respecto de sus padeceres o para estimular determinados comportamientos (26 -31).

El sector salud (SS) considera que la automedicación es negativa o perniciosa; la asocia con falta de educación o con ignorancia, y tiende a identificarla como el comportamiento de los estratos sociales más bajos. Existe una postura negativa de la biomedicina hacia la automedicación, así como el concepto de que ésta ha incrementado descontroladamente; lo cual contrasta con las numerosas actividades de autoatención que ha impulsado el SS.

La automedicación no es exclusiva de los sectores subordinados, opera en todos los estratos sociales, adquiriendo caracteres diferenciales y complementarios dependiendo de los niveles interclase o intraclase, sin embargo condiciones socioeconómicas no permiten explicar de manera contundente los fenómenos de automedicación.

Fenómenos como la simplificación de fármacos impulsa la automedicación, con el problema subsecuente del conocimiento sobre el manejo del fármaco, de tal manera que al adaptarlo al paciente se logrará completar el tratamiento -entre menos dosis, mejor- (26-31).

La decisión de consultar curadores profesionales se hace desde determinados saberes y determinadas experiencias que van a incidir en el tratamiento y en la relación curador/paciente. El sujeto y su grupo parental pueden consultar uno o más curadores y servicios, pero siempre a partir del núcleo de autoatención. De allí que ésta no debe ser pensada como un acto que los sujetos y grupos desarrollen aislada y autónomamente, sino como un proceso transaccional entre éstos y las diferentes formas de atención que operan como sus referentes (26-31).

El conjunto de estas acciones supone la existencia de un saber respecto del PSEA dentro de los microgrupos y especialmente de los grupos parentales, que más allá de lo erróneo o correcto de sus explicaciones causales, diagnósticos o tratamiento, implica sobre todo la existencia de este saber, que se ejecuta a través de diferentes tipos de padeceres, y es a partir de este saber que se establecen las relaciones transaccionales con las otras formas de atención.

Pero la autoatención y la automedicación no refieren sólo a la intervención, sino también deben ser referidas a la aplicación de tratamientos, al consumo de sustancias o a la realización de actividades que, según los que las usan, posibilitarían un mejor desempeño deportivo, sexual o laboral.

Desde esta perspectiva las diferentes formas de adicción pueden ser consideradas parte del proceso de autoatención.

El SS debe asumir que la autoatención no sólo es la principal forma de atención desarrollada por los propios conjuntos sociales, sino que es a través de ella que los sujetos y grupos se relacionan con las otras formas de atención, incluida la biomedicina. Pero la autoatención no implica sólo la posibilidad de consecuencias negativas o positivas para la salud, sino que es el medio a través del cual los sujetos evidencian su capacidad de acción, y en consecuencia es un mecanismo potencial de afianzamiento de ciertos micropoderes, así como de la validez de sus propios saberes.



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Día de mercado en Ortega-Tolima

1.2.4 Dolor

En Colombia, las principales causas de morbilidad se encuentran asociadas a enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, igualmente enfermedades relacionadas con tumores de tipo maligno y para la cavidad bucal, la caries dental, que además de ser padecimientos de larga duración y/o hasta el momento incurables, tienen un alto componente de dolor (32).

El dolor debe ser entendido como una experiencia humana, reconocida por ser una percepción individual y colectiva, de las dimensiones tanto fisiológicas como psicológicas que van a estar directamente relacionadas con la cultura y las experiencias de vida. El dolor es entonces, un padecimiento que debe ser resuelto, y que por tanto acude a los modelos médicos de atención a la enfermedad propuestos por Eduardo Menéndez (23, 33).

Buscando dar respuesta a este padecimiento, la antropología médica explora la posibilidad de nuevos estudios que indaguen por la experiencia del padecer y enfermar, y la búsqueda de la sanación –que puede incluir la aceptación de la vivencia con un dolor crónico- (32).

El dolor ha sido comprendido como “*compañero de vida*”, formando parte de lo humano, ante lo cual no se puede negar su íntima relación con todos los aspectos socio-culturales, históricos y económico-políticos que le permiten su materialización a través de las distintas creencias y prácticas de los grupos sociales. De tal forma que la percepción y manifestación del dolor se encuentra determinado por la pertenencia a uno u otro grupo social, donde va a resultar de gran importancia los aspectos como la escolaridad, la ocupación o laburo, la herencia cultural y las experiencias personales y familiares (34,35).

El dolor, además de la percepción fisiológica, trae consigo una connotación psicológica debido a la relación entre la ocupación y el grado de incapacidad que genera, permitiendo una continuidad de la vida laboral, social y familiar, o interfiriendo en menor grado o por completo dichas interacciones por resultar totalmente incapacitante. La significancia del dolor no está directamente relacionada con el umbral fisiológico, máxime

cuando esta experiencia debe ser tipificada de acuerdo con distintos caracteres y roles sociales, - la etnia o el género por ejemplo-.

Múltiples estudios sobre el dolor han sido realizados en soldados heridos en diversas guerras o escenarios de conflicto armado, exponiendo en su totalidad, que la tolerancia al dolor está condicionada por el contexto, de tal forma que muchos de ellos no atraviesan por la experiencia del dolor, sino hasta que son aislados en tiempo y espacio de dicho evento (35). Veteranos de guerra en Estados Unidos pertenecientes a diferentes grupos étnicos expresaron distintas reacciones y actitudes frente a los tratamientos para el manejo del dolor, dentro de las cuales la de mayor significancia fue la aceptación o negación frente a la administración de medicamentos de tipo analgésico (36-38).

Dentro de la epidemiología del dolor, hay un mayor número de mujeres constituyendo las clínicas del dolor, esto asociado a las múltiples problemáticas de este grupo social y su constante subordinación y la triple carga que de manera innegable se reflejan en el cuerpo (34; 38, 39, 40). [...] *Según conciben los sujetos la causa y el contexto de la experiencia, el dolor se interpreta como evitable o inevitable, necesario o innecesario. En determinadas situaciones se espera y se acepta cierto grado de dolor o se reconoce su inminencia, pero no se acepta por completo y en consecuencia se llevan a cabo acciones encaminadas a evitarlo (32).*

El dolor también debe ser contemplado como consecuencia de los distintos procesos fisiológicos, como el crecimiento y desarrollo, por tanto la edad es un factor esencial asociado a la experiencia y significación del dolor. [...] *La maduración de las terminaciones nerviosas y la capacidad de producir agentes antidoloríficos (endorfinas), aún no concluidas en los infantes, hace difícil tanto la valoración clínica como el estudio de la experiencia del dolor (32).*

Es bien sabido que el dolor es una experiencia con eco emocional, reconociendo que tanto la manifestación clínica como los factores psicológicos son esenciales en la aparición, persistencia y resolución. Siendo de especial atención la incapacidad –tanto de curadores como de quien padece- de interrelacionar las causas fisiológicas como psicológicas del mismo (32).

El dolor a su vez, forma parte de una representación corporal de lo divino, tiene una connotación mística y religiosa donde quien lo padece está probando su fé a un Dios

para llegar tal vez a una conversión o vocación, o para purificar su ser. Sin embargo, las dolencias no sólo se experimentan desde el sufrimiento o castigo, también pueden ser experimentadas en el marco de la autorreflexión como la oportunidad de autoconocimiento que lleva al enriquecimiento personal, encauzando al sujeto a las manifestaciones más primitivas como el silencio, los gemidos, el llanto y las palpitaciones.



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Finca de Doña Diva, Vereda Calarma, Ortega-Tolima

Actualmente, el dolor es racionalizado como una experiencia social, un fenómeno de la sociedad moderna, donde tiene un potencial impacto en la cotidianidad, entendida como relaciones de tipo económico-políticas e interacciones comunicativas en distintos ámbitos o escenarios, como lo son el trabajo, la escuela y la familia. El padecimiento de dolor implica en cada uno de los ámbitos un mayor gasto o inversión en términos monetarios induciendo de una u otra manera a agravar ese padecimiento repercutiendo en la calidad de vida.

Las sociedades han racionalizado la necesidad y el deseo de aliviar el dolor, impulsando así la medicalización de éste, sin desconocer la historia cultural que ha permitido a través de su arsenal de saberes la apropiación de actividades de tipo curativas y preventivas que van a estar íntimamente relacionadas con el contexto social, político, económico y

cultural del sujeto que padece y su grupo social, es entonces donde se llega a la articulación de los modelos de atención propuestos por Menéndez para el tratamiento del dolor (41-43).

Es así, como la búsqueda de la cura o alivio del dolor ha permitido la resignificación de las identidades colectivas, culturales y propositivas, y el fortalecimiento de las distintas redes de apoyo, como lo son la familia, quienes participan de dicha carrera curativa con la primera acción que es el acompañamiento al enfermo, haciendo de éste una realidad compartida (32). [...] *Los cuidados que se deben prodigar al enfermo se aprenden en la práctica, o a través de la interacción con los familiares de otros pacientes, quienes enseñan al familiar a lavar, cuidar, alimentar, etc... En otras ocasiones los cuidadores se informan en revistas, libros o folletos acerca de las acciones que se deben realizar... Pero también se observó otro fenómeno: tanto los hombres como las mujeres que se encargan de cuidar al paciente pueden convertirse en poseedores del enfermo... en contrapartida, el propio paciente, se convierte en violentador del cuidador o cuidadora, o utiliza su dolencia como forma de coacción. Estos fenómenos están relacionados con la historia de vida y las experiencias de cada sujeto (32).*

1.2.4 Estado del Arte

Como ya ha sido expuesto con anterioridad, la autoatención en salud es un tema que ha sido abordado principalmente por la antropología médica, especialización de la antropología que aborda los elementos socioculturales del PSEA. En general, este tipo de estudios se centran en la salud general de poblaciones específicas, principalmente indígenas y otras minorías étnicas.

En una revisión bibliográfica en los portales PubMed, RedaLyc, Google Scholar y Vireme, a través de una búsqueda con las palabras clave: Salud Bucal (Oral Health), Autocuidado (Self care), Servicios de Salud del Indígena (Health Services Indigenous), Etnobotánica (Ethnobotany), Etnofarmacología (Ethnopharmacology), Patología pulpar (Dental pulp disease), se encontró que en el campo de la odontología y en específico en el área de la endodoncia este es un tema escaso.

Las investigaciones sobre auto atención del dolor de origen dental son insuficientes, y entre éstas tenemos las siguientes temáticas:

i. Autocuidado y condiciones de salud bucal

La primera temática (i) se ha encontrado en un estudio (44), realizado en Australia, que indica que la prevalencia y cronicidad de las enfermedades en la cavidad bucal se encuentran relacionadas de manera directa con las condiciones de vida de la población. Encontrándose una íntima relación entre indicadores de calidad de vida, en especial los factores socioeconómicos con las barreras de acceso a los servicios de salud y a los implementos y educación en higiene oral.

Otro trabajo realizado en Taiwán (45), subraya en esta temática que factores demográficos como la edad y el sexo, y factores relacionados con los estilos de vida de la población como hábitos –consumo de alcohol, tabaquismo y masticación de semillas-, ingresos económicos, nivel educativo y condiciones laborales, influyen en la calidad del estado de salud bucal, dado que tienen una relación directa con las distintas prácticas de autocuidado como lo es la higiene bucal, hábitos para-funcionales, visitas a los centros de atención en salud bucal, permitiendo establecer la relación entre estos factores y la historia de enfermedad en la cavidad bucal.

Adicionalmente, se encontró en un estudio realizado en dos comunidades rurales en Estados Unidos (46), que indaga sobre las prácticas de autocuidado en salud bucal, donde se incluye el uso de elementos odontológicos y medicamentos de venta libre, sal y terapias complementarias. Todas éstas inducidas por la necesidad que experimentaban los pobladores de aliviar sus dolencias, entre las que el mayor indicativo lo dio el dolor de origen dental y el sangrado gingival. Se concluye que el dolor de origen dental aumenta el uso de comportamientos de autocuidado y su relación con la demanda de servicios de atención a la salud bucal.

En Brasil, se reporta un estudio sobre atención primaria en salud bucal con ancianos, publicado en 2012 (47), en el cual se realiza un análisis desde la perspectiva de la percepción comunitaria sobre la boca, con el que se buscó construir significados para la salud oral con un grupo de personas mayores, encontrando que el constructivismo social direcciona la construcción del sentido que se le asigna a la salud bucal y la boca en general. Siendo esto de suma importancia para la elaboración y aprehensión de las condiciones de autocuidado, actitudes y hábitos saludables.

Finalmente en los estudios reportados en Colombia, se encontró un estudio realizado con niños y jóvenes con diagnóstico de Síndrome de Down, publicado en el 2013 (48), en el cual se evaluó el cuidado y autocuidado en salud bucal de este grupo poblacional y su imaginario social sobre la salud oral y las prácticas en cuidado bucal, interpretando sus percepciones y significados. Con respecto a esto, se encontró que existen dos categorías, una trata sobre los sentidos del concepto de autocuidado y sus prácticas preventivas con una connotación afectiva y emocional, y la segunda indaga sobre las percepciones de los procesos de atención a la salud bucal, evidenciando falta de autonomía de quien padece y copadece y todas las representaciones sociales sobre la incapacidad que genera la enfermedad. Ante lo cual se hace evidente la necesidad de desarrollar alternativas para el reconocimiento de la diversidad social y el desarrollo de habilidades para una vida digna y saludable.



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Patio de una casa tradicional en la Vereda El Vergel, Ortega-Tolima

ii. Enseñar higiene y generar autocuidado para salud bucal

Una segunda temática (ii) habla sobre la importancia de construir estrategias educativas para que la población las aprehenda y genere autocuidado en salud bucal. Al respecto un artículo (49) realizado en escolares surafricanos, expone que hay una relación entre los esfuerzos en materia de educación en higiene oral como estrategia de protección frente al desarrollo de caries dental, evidenciando que a largo plazo, los programas de promoción en salud bucal resultan ser herramientas indispensables en la reducción de prevalencia de caries dental.

Otro estudio realizado en Estados Unidos y publicado en 2014 (50), con familias hispanas, investiga sobre el impacto de intervenciones educativas en cuestiones de autocuidado en salud bucal. Se indagó sobre las técnicas y frecuencias de cepillado, así como sobre los elementos utilizados para la higiene bucal, encontrando que más de dos tercios de los niños se cepillan los dientes dos veces al día, cerca de un cuarto de los niños sólo lo realizan una vez por día y tan sólo el 4% reportó no hacerlo en ningún momento del día. Al indagar con los padres sobre el tipo de dentífrico utilizado, más de un tercio de los padres o cuidadores desconocieron si el dentífrico contenía flúor. Por otro lado, más de la mitad de los niños incluidos en el estudio reportaron haber cambiado de cepillo dental en el último mes. Concluyendo que se requieren de intervenciones educativas para las familias con un enfoque adecuado para las condiciones socioculturales de los distintos grupos sociales, potenciando las prácticas de autocuidado en salud bucal y limitando al máximo el desarrollo de patologías dentales.

Una revisión de la literatura, publicada en el *Australian Dental Journal* en 2015 (2015), reporta que diversidad de factores culturales intervienen de manera sustancial en las condiciones de salud bucal, los comportamientos de autocuidado, el uso de servicios de atención a la salud bucal y la adherencia a los tratamientos. Centrándose en las condiciones socioeconómicas y educativas en relación con la persistencia del proceso de salud y enfermedad. Concluyendo que todas las experiencias en promoción de la salud con grupos de adultos indican que las sesiones de educación en autocuidado, en conjunto con material didáctico impreso o virtual potencia las capacidades de resolución

de los problemas en materia de salud bucal, y a su vez mejora la rentabilidad de las comunidades debido a la disminución en el número de intervenciones requeridas.

Por último, se encontró un estudio realizado con familias en Sur África (52), el cual buscó explorar la comprensión de los padres o cuidadores sobre la caries dental, las prácticas de autocuidado en salud bucal y algunas otras estrategias de prevención de caries como la colocación de sellantes y flúor. Se encontró que el 74% de los encuestados reportaron creer que en la dentición temporal al encontrarse dientes cariados puede ser un potencial agente causal de daño a los dientes permanentes, también señalaron que aunque los padres y/o cuidadores comprenden el impacto de la dieta y las prácticas de autocuidado sobre las condiciones de salud bucal cerca del 80% de los encuestados reportan no utilizar seda dental y 70% rechazaron el uso de enjuague bucal. En cuanto al uso de sellantes, el 65% de los encuestados tenían conocimiento sobre los beneficios de los sellantes y se encontraban dispuestos a hacer uso de ellos como medida preventiva. Finalmente, se puede inferir que el conocimiento que tienen los padres y/o cuidadores sobre las prácticas de autocuidado en salud bucal parece estar limitado al uso de medidas preventivas como los sellantes.

iii. Enseñar higiene y generar autocuidado para salud bucal Intercultural

Con respecto a la relación existente entre las estrategias de educación en higiene y autocuidado en salud bucal, con los aspectos culturales (iii), se encontró un estudio realizado en Estados Unidos, en 2013 (53), en el cual se evaluó cómo los recursos financieros, los aspectos culturales y las experiencias vividas en la primera infancia impactan la percepción en salud bucal en mujeres México-americanas. Se realizaron catorce entrevistas, y se encontró que la mayoría de la población no había asistido a consulta por el servicio de odontología en los últimos dos años, dentro de las experiencias de la primera infancia no se reportó instructivo en higiene oral ni actividades de prevención efectuadas por profesionales en salud bucal. Dentro de las creencias relacionadas con la pérdida de estructuras dentales, todas se encontraron relacionadas con la presunción de ser un proceso biológico inherente al envejecimiento, y que el dolor de origen dental es el único motivo de consulta. Concluyendo que las concepciones erradas con respecto a las actividades de promoción y prevención en salud bucal, y las

creencias sobre el dolor como único motivo de consulta en los centros de atención a la salud bucal, así como los factores socioeconómicos son las principales razones para no recibir atención profesionalizada, evidenciando una alta necesidad de educación en autocuidado en este grupo poblacional.

En Chile (54), se realizó un estudio con adultos mayores que buscaba evaluar la prevalencia de enfermedades crónicas y afecciones que pueden impactar la salud bucal y el cuidado en salud bucodental, participaron 4.766 ancianos a quienes se les practicó una entrevista. Encontrando que las principales condiciones de compromiso médico son la hipertensión arterial, diabetes, depresión y enfermedad cardiovascular; 76% de los participantes reportaron tomar medicamentos, y de estos 70.2% tomaban al menos un medicamento que causa hipo-salivación. Concluyendo que el envejecimiento y los vínculos recíprocos entre la enfermedad bucodental que genera la hipo-salivación y las enfermedades crónicas, demanda una necesidad de implementación de políticas públicas en cuestiones de autocuidado de salud general y salud bucodental.

Un estudio realizado con población colombiana (55), donde participaron 110 escolares indígenas amazónicos, reporta prevalencia de caries por debajo de lo reportado por el III Estudio Nacional en Salud Bucal (ENSAB III), con un COP de 28.4% y un COP-D de 1.3%; periodontalmente, los indicadores representan tan sólo una gingivitis leve. La dieta habitual es principalmente fibrosa, seca y dura. Indicando, que todas las actividades preventivas en cuestiones de salud bucal han tenido éxito en términos de impacto positivo en esta comunidad, por lo cual se debe intensificar los estudios y acciones de este tipo para orientar las prácticas de autocuidado de la comunidad respetando sus costumbres y permitiendo una retroalimentación entre ambas partes para el intercambio de saberes y construcción de nuevas propuestas.

Por otro lado, se encontró un artículo publicado en 2014 (56), el cual es un estudio documental realizado en Venezuela, con el que se buscó identificar en la literatura disponible, todo tipo de acciones encaminadas a la prevención en salud bucal para pueblos indígenas. Dentro de los hallazgos encontrados, se reportó un total de 12 estudios que indagaban por las concepciones y prácticas destinadas a la comprensión del proceso salud/enfermedad de la cavidad bucal de las comunidades indígenas; 8

estudios se enfocaron en estrategias educativas basándose en el modelo médico occidental, 3 estudios hicieron uso de la lengua nativa y reforzaron todas las prácticas de autocuidado propias de cada comunidad. Concluyendo que hay escasa literatura que reporte intervenciones educativas y preventivas en salud bucal que hagan uso de la interculturalidad en salud.

En el año 2011 fue publicado otro artículo venezolano (57) el cual reporta que en ese país se han desarrollado varios modelos de atención a la salud bucal encaminados a atender a las comunidades indígenas, pero que, dichas propuestas no han generado el impacto necesario debido a la dificultad que genera las diferentes lenguas maternas de estos grupos colectivos, y los profesionales de la salud. En el estado de Zulia, la mayor población indígena es de origen Wayuu, y debido a su lengua Wayuunaiki se ha dificultado la intervención en salud bucal. Es por tanto que no han sido oportunos los esfuerzos en materia de educación en autocuidado, promoción y prevención en salud bucal con este pueblo indígena. Identificando como principal problema en salud bucal la caries dental, con un alto componente de dolor, seguido de la enfermedad periodontal y mal oclusión; siendo el principal tratamiento las extracciones prematuras. Por lo cual concluyen que se hace necesario contar con nuevos modelos educativos para la formación de profesionales de la salud que integren la enseñanza de las lenguas indígenas para permitir mayores y mejores actividades educativas en salud bucal con las comunidades.



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Cerros Los Abechucos, Ortega-Tolima

Finalmente, una revisión sistemática sobre la salud bucal en pueblos indígenas en América Latina realizada en la Universidad de Los Andes, en Mérida, Venezuela (58), reporta que el estado de salud bucal tiene como principal enfermedad o afección la caries dental; variaciones anatómicas en cuanto a maxilares, dientes y por tanto tipos de oclusión se relacionan con la variabilidad genética, sin embargo, existe una relación directa entre este tipo de variabilidad genética y los estilos de vida y/o hábitos. Dentro de sus prácticas de autocuidado, la principal actividad es la higiene bucal con cepillado y el uso de plantas como medida preventiva frente a diversas enfermedades bucodentales, es claro que los saberes propios de estas comunidades tratan de hacer frente a sus problemas, principalmente cuando se atraviesan procesos de dolor. Concluyen que las intervenciones a estos pueblos indígenas deben estar enmarcadas en el respeto por sus tradiciones y costumbres y que es necesaria la promoción de la salud bucal para impactar de manera positiva en su calidad de vida.

iv. Uso de Recursos Terapéuticos

Una cuarta temática (iv) habla sobre los recursos terapéuticos que las comunidades utilizan para hacer frente a las patologías concernientes a la cavidad bucal, frente a esto se encontró que en Colombia, un estudio realizado por la Universidad Nacional (59), buscó identificar la prevalencia de caries dental y su manejo terapéutico tradicional en población Wayuu en la Guajira Colombiana. Realizaron exámenes diagnósticos a 245 escolares del municipio de Manaure en el departamento de la Guajira, adicionalmente, se realizaron entrevistas a la población, y un reconocimiento de las plantas utilizadas para hacer frente a sus patologías bucales, además de indagar por la concepción que tienen los pobladores sobre la representación de su boca y la salud bucal en su cotidianidad. Encontrando que los indicadores utilizados para medir la prevalencia de caries dental son mayores a los reportados por el III Estudio Nacional de Salud Bucal –ENSAB III-; para el manejo de patologías de la cavidad bucal, el tratamiento es en primera instancia basado en sus conocimientos sobre medicina ancestral, sin desconocer que la medicina occidental juega un papel de complementariedad de saberes. Permitiéndoles concluir que, actividades de promoción en salud bucal son necesarias para disminuir la prevalencia de caries dental y que la medicina tradicional no refleja mayores efectos, por lo cual han tenido que recurrir a la medicina occidental para así solventar o mitigar sus problemáticas en salud bucal.

Un segundo estudio realizado en Venezuela, publicado en el año 2007 (60), habla sobre la importancia de especies de uso medicinal en la estrategia de atención primaria en salud. Evaluaron cuantitativamente el uso de plantas en tres caseríos de la parroquia Santa Ana del municipio Pampán, del estado de Trujillo. Se realizó un diagnóstico epidemiológico local y toda la información correspondiente al uso de plantas medicinales fue registrada mediante la implementación de una encuesta, y se estableció las plantas con mayor utilización por la creencia de su eficacia curativa. Encontrando que el principal problema de salud en esta comunidad es la gripa, y que entre las plantas medicinales más comúnmente utilizadas están el Sauco, el Poleo, el Limón, la Manzanilla, el Eucalipto y la Verbena, siendo la principal forma de preparación para consumo la cocción y la administración por vía oral. Se concluye en este estudio que la utilización de plantas medicinales en esta comunidad es de preferencia de especies nativas y de fácil consecución, utilizando en mayor medida la parte aérea de las plantas.

Para finalizar con esta cuarta temática, un estudio realizado en Medellín, Colombia (61) tiene como objetivo hacer una caracterización del expendedor de plantas como portador de saberes ancestrales, indicando que todos sus conocimientos ancestrales son transmitidos a los compradores mediante las recomendaciones y características que indica a cada planta –descripción de características botánicas y formas de uso, valor potencial medicinal- dependiente de la necesidad en salud. Se realizó una investigación etnográfica para describir una práctica empírica en el grupo social de expendedores de plantas de la ciudad de Medellín. Encontrando que el expendedor de plantas es una figura embebida dentro del sistema de salud que posee credibilidad debido a su rol y sus conocimientos en términos de adquisición, transmisión y ejercicio laboral, potenciando los sistemas médicos tradicionales como la cabeza del modelo de salud Nacional. Es de resaltar que la transmisión de conocimientos entre ellos, se da por legado generacional; el expendedor de plantas interactúa con todos los sectores sociales, se ubican principalmente en el sector tradicional de las plazas de mercado y sobre la salud bucal, sus conocimientos y lógica se basan en las concepciones que se tienen comunalmente sobre la salud bucal.



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Horno de Bizcochos tolimenses tradicionales

v. Autoatención

Finalmente, en nuestra última temática (v.) la autoatención, la búsqueda arrojó únicamente un resultado, un estudio realizado con indígenas Yanacona de los resguardos de Caquiona y Pancitaráen el Cauca-Colombia (4), con el objetivo de identificar y analizar las prácticas de autoatención en salud bucal. Dentro del estudio se pudo establecer que el pueblo Yanacona tiene sus propias estrategias para entender su proceso salud/enfermedad/atención de la cavidad bucal, en las cuales no intervienen ningún tipo de curador profesional, bien sea de la medicina tradicional o de la medicina occidental, sino que esta carrera curativa está dirigida principalmente por las mismas personas que padecen y/o copadecen. Fue una investigación cualitativa, de tipo etnográfico, que hizo uso de técnicas de investigación como entrevistas, observación participante y diario de campo.

Dentro de los resultados encontrados en esta investigación se ha podido identificar que para los pobladores de estas comunidades la boca es esencial para comer y comunicarse, identifican patologías de la cavidad bucal y han desarrollado un arsenal de saberes para hacerles frente, haciendo uso principalmente de plantas y fármacos.

Identificando la caries dental como el principal y eventualmente único problema en salud bucal. En cuanto a prácticas de autocuidado, hacen uso de las formas habituales de higiene bucal como lo son el cepillado con crema y cepillo dental, además de otras formas ancestrales como es la masticación del chulco. Concluyendo que la autoatención en salud bucal conforma una estrategia de atención a la salud de este pueblo indígena para mitigar las molestias relacionadas con la cavidad bucal, su principal recurso para hacer frente a las patologías son las plantas, debido a que no tienen costo económico, o éste es escaso y sus usos son socializados fácilmente, su consecución es sencilla, dado que se encuentran en huertas caseras, montes aledaños, caminos veredales, o jardines; éstas se utilizan de diferentes maneras y se combinan con otras especies. Sin desconocer que el uso de fármacos también es común, dada la confianza que se tiene a estos elementos por su eficacia terapéutica; es la mujer quien lidera este proceso de autoatención debido a su rol como cuidadora de la familia y el hogar y es quien a través del tiempo adquiere un mayor número de conocimientos para intentar prevenir, detectar y tratar enfermedades.

En nuestro campo más específico, la endodoncia, la revisión alrededor de esta temática nos indica un balance en sus investigaciones, siendo el principal componente estudiado referente a autoatención, la automedicación para el manejo del dolor de origen endodóntico. Al respecto, el estudio de la Universidad Federal de Rio Grande del Sur, en Porto Alegre, Brasil (62), indica que muchos estudios demuestran un incremento en la resistencia de microorganismos resultado del amplio uso de los medicamentos antimicrobianos. El estudio buscó indagar sobre los patrones de uso de antimicrobianos de los pacientes después de las prescripciones por odontólogos. Participaron dentro del estudio 223 pacientes del servicio de urgencias de una escuela odontológica en Brasil. Se indagó por cuestiones como edad y sexo, y principalmente por la medicación utilizada antes de ingresar al servicio de urgencias, se consignó además diagnóstico, tratamiento y prescripción final. Se encontró que hubo una alta frecuencia de antibióticos previo a la atención. El dolor dental de origen endodóntico fue la principal causa de tratamiento (72.6%). La frecuencia de uso de antimicrobianos previo a la atención fue de 14.3%; posterior a la atención en urgencias fueron pocas las prescripciones con antimicrobianos. Los antimicrobianos utilizados más frecuentemente son amoxicilina, clorexidina y

metronidazol, sin embargo se hizo evidente que la prescripción con antimicrobianos en conjunto con la atención en urgencias fue mínima.

En otro estudio realizado en Brasil (63), se buscó investigar por los factores asociados con la automedicación en pacientes de un servicio de urgencias en Belo Horizonte, Brasil. Participaron dentro del estudio 174 pacientes, a quienes se les practicó una entrevista en la cual se indagaba principalmente por el consumo previo de medicamentos de origen farmacéutico, plantas medicinales u otro tipo de sustancias para aliviar el dolor dental; se diagnosticaron los pacientes por un único operador. Dentro de los resultados más relevantes se encuentra que el 81.7% de los pacientes reportaron haberse automedicado, no se encontró relación existente entre la edad y el sexo del paciente con la automedicación. El diagnóstico endodóntico que presentó mayor prevalencia de auto medicación fue la pulpitis con un 86.8%, seguido del absceso periapical con un 84.7%. Pacientes con diagnóstico de pulpitis reportaron 2.3 veces más de automedicación que los sujetos con otro tipo de diagnóstico. Finalmente, les permite concluir que la automedicación es un fenómeno común sobre el cual es necesario profundizar en las investigaciones en el campo de la endodoncia.

Un tercer estudio sobre automedicación en endodoncia, realizado en la Universidad Estatal de Ohio (64) comparó las diferencias en el dolor pre-operatorio y el uso de medicación en pacientes con dolor moderado a severo que asistieron al servicio de urgencias odontológicas por diagnóstico de pulpitis sintomática o necrosis pulpar. Participaron en el estudio un total de 323 pacientes a quienes se les realizó una entrevista previa al tratamiento, en la cual se indagó por información personal, dolor, historia de dolor y medicamentos utilizados para el manejo del dolor. Se realizó examen clínico y se diagnosticaron los pacientes. Encontraron que los pacientes con diagnóstico de pulpitis tardaron más días en consultar el servicio de urgencias, en comparación con los pacientes diagnosticados con necrosis pulpar. No encontraron diferencias entre los dos grupos con respecto al uso de medicamentos analgésicos y antibióticos con respecto a los medicamentos narcóticos, sin embargo analgésicos no narcóticos demostraron ser efectivos para controlar el dolor de origen pulpar en el diagnóstico de pulpitis por encima del diagnóstico de necrosis pulpar. En cuanto al sexo, se pudo observar que una mayor proporción de mujeres se medican. Concluyendo que la mayoría de pacientes que acuden al servicio de urgencias con dolor severo (81-83%) han tomado algún tipo de

medicación para controlar el dolor, y que más mujeres que hombres con diagnóstico de pulpitis consumen medicamentos analgésicos previo al tratamiento odontológico.



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Niño Pijao en paseo al río Saldaña

2. La salud Bucal en Territorio Pijao

El territorio pijao es en la actualidad una vasta zona de “tierra caliente” en el sur del departamento del Tolima. Allí este pueblo interactúa con otros grupos socioculturales que habitan el valle del río Magdalena, siendo éste el núcleo de la cultura tolimense.

Allí mismo los integrantes de este pueblo resuelven sus inconvenientes en el PSEA, bien sea mediante los servicios de salud que el Estado colombiano ofrece a las comunidades que viven en las zonas “apartadas” del país; bien sea a través de las estrategias de atención lideradas por el personal médico tradicional; bien sea con los saberes y prácticas de las propias familias que utilizan los recursos que tienen a su alcance.

2.1 Población estudiada

La población Pijao siempre ha tenido una íntima relación con los valles y colinas alrededor del cerro de los Abechucos. Estas montañas rompen de manera sutil la suavidad del paisaje y en sus cimas ofrecen elementos materiales e inmateriales que invitan a los moradores del entorno a generar sobre éstas una sacralidad. Así, a través de la historia siempre han existido núcleos poblacionales en las fronteras de dicho cerro, siendo en la época colonial uno de los territorios que hacían parte del resguardo Pijao de Ortega y Chaparral, y en tiempos recientes, reconocido como el municipio de Ortega.

2.1.1 Comunidad Pijao – Comunidades de Ortega

El municipio de Ortega, ubicado en el Sur del Departamento del Tolima, tiene dentro de sus límites geográficos los municipios de Saldaña y Coyaima por el oriente; al norte limita con los municipios de Rovira, San Luis y Valle de San Juan; al sur con los municipios de Coyaima y Chaparral y finalmente por el occidente con el municipio de San Antonio. Ortega se encuentra localizado en la cordillera central, en el Gran Valle del Alto Magdalena. Cuenta con una extensión territorial de 945.92 km², de los cuales 941.11

km² corresponden a territorio rural y tan sólo 4.81 km² a zona urbana –cabecera municipal- (65).

En cuanto a las zonas climáticas, el territorio está dividido en tres zonas; fría correspondiente a 53.51 km², cálida con una extensión de 708 km² y templada correspondiente a 182km². En la zona templada, la temperatura promedio es de 22°C, siendo la principal zona productora de café de la región; la zona fría tiene una temperatura promedio de 16°C y finalmente la zona cálida –parte plana del municipio- tiene temperatura promedio de 27°C. El promedio de altura es de 310 m.s.n.s.m (66).

En cuanto a la clasificación ecológica, existen cinco zonas de vida, que son:

1. Bosque seco tropical
2. Bosque húmedo premontano
3. Bosque muy húmedo premontano
4. Bosque húmedo montano bajo
5. Bosque muy húmedo bajo (65,66).

Referente a la riqueza hídrica, todos los ríos y quebradas del municipio de Ortega constituyen más del 50% de los afluentes del río Saldaña. La red hídrica está conformada por los ríos Cucuana, con las quebradas Buenos Aires, El Darién, La Yucala, El Tigre, El Palmar, La Pedregosa, La Colorada, Molá, Guavio, Flautillo, Perico y Chicumbe; el río Ortega, con las quebradas Santa Rosa, Pital, La Triguera, Guadal y la Negra, Opany y Cachipay, Chiquinima, Palmarosa y Toporcó. Ríos Toy y Loaní con la quebrada Nicurco (65).

Río Peralonso, que recibe agua de las quebradas Hondina, Peraloncito, La Mona, Piza y la Negra. El río Saldaña, que además de recibir agua de los anteriores afluentes, recibe aguas de las quebradas Umbale, Umbalito, Madroñal, Túa, Palmarosa y Aico (65).

Finalmente, la quebrada Anabá, que es de gran importancia para el municipio, pues abastece el acueducto urbano (65,66).

Históricamente, el pueblo Pijao, ha sido un pueblo aguerrido y luchador, con múltiples incursiones bélicas a poblaciones que limitaban con sus territorios, por lo cual etnohistóricamente ha sido difícil establecer su localización exacta. Sin embargo, se cree

que su centro territorial estaba ubicado en la provincia de Amoyá, lo que hoy corresponde a un corregimiento del municipio de Chaparral (66,67).

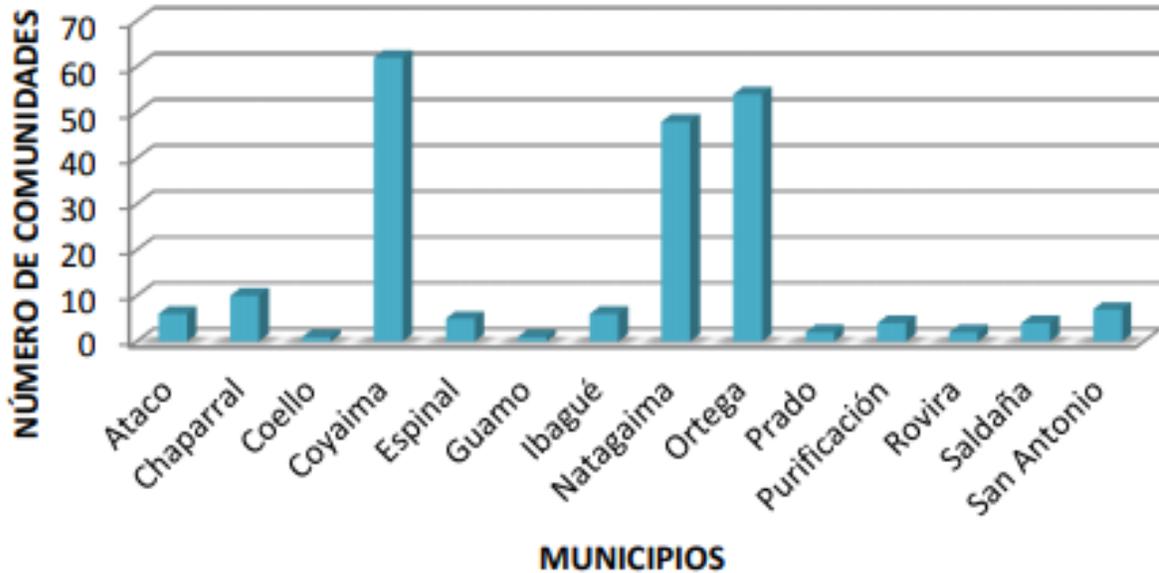
Durante la era republicana, posterior a la independencia, se promovieron las fuerzas económicas basadas en la propiedad individual, razón por la cual muchos de los cabildos de todo el país fueron disueltos por orden de la Junta Suprema de Santafé de Bogotá. Las tierras fueron repartidas como títulos de hijuelas a los indígenas, o entregadas a los terratenientes transformando el sentir de las tierras colectivas y su estructura social, y obligando a los indígenas a ser arrendatarios de las tierras que antes les pertenecían (66,67).[...] *En los encuentros realizados con las comunidades, la principal reivindicación relacionada con la garantía de sus derechos es la relacionada con el territorio, toda vez, que este constituye el fundamento de su interacción sociocultural, el desarrollo de actividades económicas, su permanencia como colectividad y particularmente en el Pueblo Pijao la estructura para el fortalecimiento de su identidad cultural (65).*

A partir de esto, surge la necesidad de liberación por parte de los cabildos, y aparecen las ideas de liberación encaminadas a obtener la reivindicación indígena, este movimiento, tuvo varios propósitos, entre los cuales estaba recuperar el terraje y adquirir autonomía territorial, lo que suponía también, una autonomía política (66,67).

Por lo cual, el Instituto Colombiano de Desarrollo Rural –NCODER-, institución encargada de la compra de predios y ejecución de todos los procesos de conformación y constitución de resguardos se ha encargado de la adjudicación de predios a las comunidades, sin embargo, estos deben ser priorizados de acuerdo a no sólo la asignación presupuestal, sino también a la antigüedad de la solicitud de la comunidad para constituir el resguardo, los resultados de un estudio de necesidad de territorio y la historia de violencia o desplazamiento de las comunidades (65).

Esta situación de adjudicación de terraje a las comunidades, fragmenta el movimiento indígena nacional debido a que las condiciones para priorizar la adjudicación de tierras no satisface las necesidades ni expectativas de las comunidades, lo cual no permite que se cumplan los parámetros destinados a garantizar los derechos territoriales de los pueblos indígenas, y en este caso específico del pueblo Pijao.

Figura 1. Representación de concentración de comunidades Pijao a nivel municipal en el departamento del Tolima



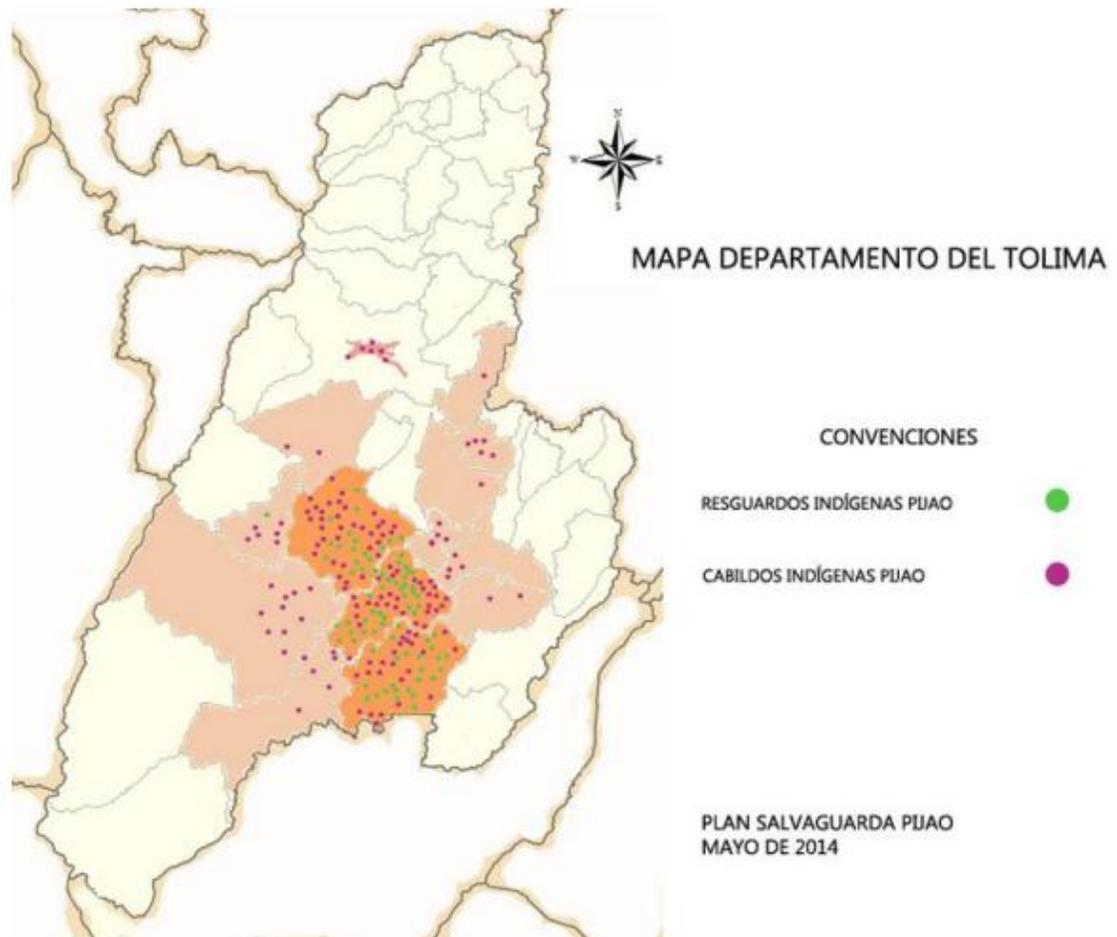
Fuente: Plan de Salvaguardia del pueblo Pijao. 2014

Actualmente, el pueblo Pijao conformado por doscientas cinco comunidades organizadas en resguardos, cabildos, parcialidades y comunidades en proceso organizativo, se encuentran ubicadas en 14 de los 47 municipios del departamento del Tolima, centrándose en su mayoría en los municipios de Coyaima (61 comunidades -29.75%-), Natagaima (47 comunidades -22.92%-), Ortega (54 comunidades -26.34%-) y Chaparral (10 comunidades -4.87%-) (65).

El censo realizado en el año 2005, logró caracterizar las zonas de asentamiento de los pueblos indígenas, especificando que en el pueblo Pijao, el 37.9% de la población se encuentran asentadas en territorio urbano y el 62.1% en territorio rural (65).

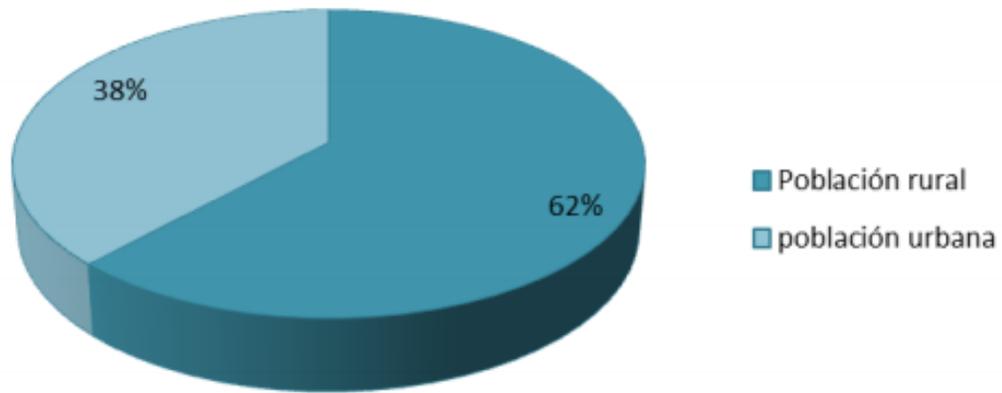
Como ya fue expuesto, el municipio de Ortega es el segundo municipio con mayor número de comunidades Pijao, siendo 54 comunidades, representando el 26.34% del total del pueblo Pijao, dentro de las cuales, 19 comunidades corresponden a resguardos y 35 a cabildos (65).

Figura 2. Mapa del Departamento del Tolima



Fuente: Plan de Salvaguardia del pueblo Pijao. 2014

Dentro de los acervos culturales del pueblo Pijao, ciertos territorios y elementos como la chicha y las plantas medicinales determinan su identidad cultural. Territorios como los Abechucos son lugares donde se da sentido y se teje la vida e historia del pueblo indígena. El consumo de chicha y plantas medicinales, ha sido tradición cultural de este pueblo, dado que además de ser parte de la dieta habitual, representan el paso de saberes entre las generaciones. Finalmente, dentro de esta identidad cultural, no se puede desconocer la importancia del Mohán dentro del pueblo, quien representa dentro de la cosmología la guía espiritual, y quien está representado en la actualidad por los médicos ancestrales (65).

Figura 3. Zonas de asentamiento de la población Pijao según Censo de 2005

Fuente: Plan de Salvaguardia del pueblo Pijao. 2014

2.1.2 Comunidad del Vergel – Calarma

La comunidad Pijao del *Vergel-Calarma*, ha resurgido como grupo colectivo en la región del sur del Tolima en el municipio de Ortega tras una resistencia por “recuperar sus tierras ancestrales”; siendo reconocidos ante la alcaldía municipal en el año 2004 y por el Ministerio del Interior como cabildo indígena autónomo e independiente en el año 2008, el cual dada la precariedad de su territorio y la historia de persecución por parte de los grupos armados ha sido actor importante en la lucha por la reivindicación de los derechos culturales como grupo indígena descendiente de los Pijaos (66,67).

La comunidad indígena del *Vergel-Calarma* se autodefine como pueblo Pijao, vinculados a la junta de acción comunal de la vereda del Vergel (67), siendo participantes reconocidos como indígenas, y no como campesinos continuando en la lucha histórica por el reconocimiento de sus derechos.

La comunidad del Vergel-Calarma se encuentra localizada en la zona climatológica cálida, con una temperatura promedio de 27°C, con precipitaciones de tipo bimodal, es

decir con dos trimestres lluviosos, que corresponden a los meses de marzo-abril-mayo y septiembre-octubre-noviembre. La comunidad se encuentra en bosque seco tropical, por debajo de los 900 m.s.n.m. (65,66).

Referente al uso del suelo, la comunidad del Vergel-Calarma se asienta en suelos llamados “mesetas” los cuales son los menos fértiles, presentando una textura arenosa. Predomina el cultivo de plátano y yuca (65).

En general, sus sitios sagrados están representados por los Cerros de los Abechucos y la quebrada el Castañal (65).

A pesar de contar con reconocimiento jurídico, la comunidad no posee tierras adjudicadas por el INCODER, es decir que la comunidad no cuenta con el apoyo en la obtención de tierras para trabajar y producir, por lo cual a pesar de ser en su mayoría pescadores y agricultores, han tenido que desplazar su actividad principal por pequeños salarios y jornales (65,66).

Para el momento, el total de la población de la comunidad es de 48 familias representativas de 220 personas, de las cuales el 52% son hombres y 48% son mujeres, aproximadamente, distribuidas por grupos etarios en: 16 personas de 0 a 5 años, 60 personas de 5 a 18 años, y 86 personas mayores de 60 años (65,66,67).

La organización política de la comunidad, conformada por la asamblea general, máxima autoridad, quien tiene la potestad de elegir a su cabildo para que ejerza representación legal y autoritaria, además de que deberá cumplir con todas las actividades que la ley y sus costumbres demande; está conformado por ocho figuras, que son: gobernador, gobernador suplente, secretario, tesorero, fiscal, alguacil, alcalde mayor y comisario, todos con funciones estrictamente identificadas, y la conformación de una guardia indígena, la cual organizará y cuidará de la comunidad; el cabildo como principal instrumento político, debe hacer cumplir las disposiciones de la asamblea, defender el territorio y mantener conexión directa con el Estado, entre otras de sus funciones.

Figura 4. Ubicación de la Comunidad Vergel-Calarma del Municipio de Ortega



Fuente: Plan de Salvaguardia del pueblo Pijao. 2014

La organización cultural, por otra parte, está dada por el saber de los ancianos, quienes son depositarios del conocimiento ancestral y ejercitan las formas de gobierno propias, indispensable en el momento de toma de decisiones comunales (66). La sociedad está organizada mediante sistemas de patrilinealidad y endogamia grupal, teniendo familias extensas que serán la base del trabajo de subsistencia y de la organización social y económica, conservando así, la conexión social y cultural del pueblo; dentro de su sistema de representación, la figura más relevante es el Mohán, su liderazgo lo ha dado

la naturaleza y el poder de adivinación, siendo históricamente sujetos perseguidos y juzgados.

En cuánto a modos de vida de esta comunidad indígena, y como ya ha sido expuesto con anterioridad, se puede decir que su modo o mundo de vida está direccionado por la actividad primaria de la economía, siendo su principal actividad la agricultura – principalmente cultivo de cacao, café, cachaco, maíz, caña y frijol-, seguido de la ganadería, la producción de artesanías en totumo y otras actividades laborales están relegadas a un tercer plano.

Los hombres, dedican la mayor parte de su tiempo a la recolección de cachaco, cacao y café, mientras las mujeres trabajan en el hogar ejerciendo todas las labores domésticas y del cuidado del hogar y la familia; sin embargo, durante época de cosechas, tanto hombres como mujeres salen a jornalear o recolectar el producto cosechado en sus predios (66,67).

Referente a su identidad cultural, en su ser Pijao aún existen tradiciones que orientan las dinámicas comunitarias, como las asambleas y almuerzos comunitarios.

La comunidad del Vergel-Calarma ejerce resistencia por la adquisición y conservación de sus tierras y la recuperación y fortalecimiento de su cultura, haciendo la exigencia ante el Estado de la legalidad de la constitución de ellos como resguardo, base fundamental en su perpetuación biológica, cultural, social y económica.

2.2 Caracterización de las condiciones de salud bucal

Una parte fundamental de esta investigación se centró en hacer una valoración clínica de las condiciones de salud bucal de los integrantes de la comunidad del Vergel-Calarma. Dichas valoraciones fueron realizadas a los integrantes de las seis familias de la comunidad del Vergel-Calarma (30 personas), parentelas con las cuales se hizo un trabajo intenso y detallado durante las estancias de campo.

A partir de la caracterización de las condiciones de salud bucal es posible hacer un análisis de las estrategias de autoatención a las dolencias de la cavidad bucal. Es decir,

la prevalencia e incidencia de estas dolencias exigen que se recreen de manera constante estrategias para hacerles frente y superarlas, mismas que deben soportarse en unos recursos orientados hacia la eficacia terapéutica y que además representan el pluralismo médico existente en esta región del país.

Cabe resaltar que este examen clínico se realizó cobijando los grupos etarios de mayor representatividad dentro de las muestras poblacionales en este tipo de estudios de salud bucal; es decir, grupo de edad de 0 a 5 años, de 6 a 12 y de 15 a 18 años; así como en población adulta de 20 a 34, 35 a 44, 45 a 64 y 65 a 79 años de edad. Esta organización permite una descripción y un análisis de la situación de salud bucal de manera retrospectiva, lo cual permite relacionar el PSEA bucal con el curso de vida de los individuos y el modo de vida de esta comunidad.

Esta caracterización fue realizada mediante un instrumento diligenciado con cada familia en sus propias viviendas, espacios dispuestos por ellos mismos para la realización de la presente actividad. En éste se consignó información en un formato tipo odontograma, donde también se hizo la descripción de todas las estructuras dentales, y se identificó el índice COP –dientes cariados, obturados, perdidos por caries-.

Igualmente se debe resaltar que la descripción de los hallazgos clínicos incluyen las condiciones de salud bucal general, como lo son las otras estructuras de la boca como labios, mucosa yugal, lengua, piso de boca y encías; así como de las lesiones asociadas al uso de prótesis dental removible, anomalías del desarrollo dental –fluorosis, opacidades demarcadas, hipoplasias del esmalte-, y edentulismo.

Estos resultados enseñaron lo siguiente. En relación al ciclo vital, el 13.33% de la población evaluada corresponde a primera infancia, el 26.66% a adolescentes y jóvenes, el 43.33% a jóvenes adultos y el 16.66% a adultos mayores. Por sexo, la distribución fue de 60% mujeres y 40% hombres.

Frente al tipo de dentición, al momento de la valoración clínica, 20 pacientes presentaron dentición permanente (66.6%), 6 pacientes dentición mixta (20%) y 4 pacientes dentición decidua (13.3%).



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Madre y abuela Pijajos en paseo al río Saldaña

El índice COP hace referencia al promedio de dientes que al momento de la valoración clínica presentan lesiones cariosas en estados avanzados –cavitarios-, obturaciones y dientes perdidos por causas relacionadas con caries. Este índice fue tomado en dentición temporal, mixta y permanente.

Es importante señalar, que aun cuando se tiene claro que se debe discriminar el índice en COP para dentición permanente, cop para dentición temporal y COP-cop para dentición mixta, para fines metodológicos de la presente investigación se agruparon en las tablas todos en un solo índice que será denotado como COP. Por tanto este índice COP para la población general es de 10.23. (Tabla N°1).

Tabla 1. Índice COP en la población general (n= 30)

COP	10.23
------------	--------------

Fuente: elaboración propia

Al realizar el análisis por grupos etarios encontramos que para los niños de 1, 3 y 5 años el índice cop es de 2.5, para sujetos de entre los 12 y los 18 años es de 5 para adultos de entre 20 y 44 años es un COP de 7.7 y finalmente para adultos mayores es de 26.4 (Tabla N°2).

Tabla 2. Índice COP según grupos de edad

Primera infancia	2.5
Adolescentes y jóvenes	5.0
Adultos jóvenes	7.7
Adultos mayores	26.4

Fuente: elaboración propia

Frente al tipo de dentición, para la dentición decidua este valor se encuentra en cop 2.5, mientras que para el estado de dentición mixta es de COP-cop 5.0 y finalmente para dentición permanente es de COP 13.35 (Tabla N°3).

Tabla 3. Índice COP según dentición

Dentición decidua	2.5
Dentición mixta	5.0
Dentición permanente	13.35

Fuente: elaboración propia

Por sexo, la diferencia es representativa entre ambos sexos, siendo el índice COP de 5.08 para los hombres y 12.27 para las mujeres (Tabla N°4).

Tabla 4. Índice COP según sexo

Mujer	12.27
Hombre	5.08

Fuente: elaboración propia

El índice de dientes sanos, muestra el promedio de dientes que al momento de la valoración clínica no presentan ningún antecedente de lesión cariosa. El total de dientes presentes en boca al momento de la evaluación clínica es 626 (30 sujetos), por tanto el índice de dientes sanos en el total de la población evaluada se ubica en 15.43 que corresponde a 463 dientes sanos (Tabla N°5).

Tabla 5. Índice de dientes sanos en la población general (n= 30)

Dientes sanos	15.43
----------------------	--------------

Fuente: elaboración propia

Al realizar el análisis por grupos etarios encontramos que para los niños de 1, 3 y 5 años el índice es de 1.8 (54 dientes), para sujetos de entre los 12 y los 18 años es de 6.9% (245 dientes), para adultos de entre los 20 y los 44 es de 5.26 (158 dientes) y finalmente para los adultos mayores es de 0.2 (6 dientes).

Tabla 6. Índice de dientes sanos según grupos de edad

Primera infancia	1.8
Adolescentes y jóvenes	6.9
Adultos jóvenes	5.26
Adultos mayores	0.2

Fuente: elaboración propia

Frente al tipo de dentición, para la decidua este valor se encuentra en 1.8 (54 dientes), mientras que para el estado de dentición mixta es de 8.7 (107 dientes) y finalmente para dentición permanente es de 10.06 (302 dientes) (Tabla N°7).

Tabla 7. Índice de dientes sanos según dentición

Dentición decidua	1.8
Dentición mixta	8.7
Dentición permanente	10.06

Fuente: elaboración propia

Por sexo, se reporta una diferencia significativa en el índice de dientes sanos, siendo un índice de 6.36 (191 dientes) para mujeres y 9.06 (272 dientes) para los hombres (Tabla N°8).

Tabla 8. Índice de dientes sanos según sexo

Mujer	6.36
Hombre	9.06

Fuente: elaboración propia

De los 30 individuos participantes, cinco de éstos utilizan prótesis removible, totales o parciales (16.6%). Frente a la evidencia clínica de lesiones asociadas al uso de este tipo de prótesis, en el estudio se logra hacer una identificación de estas lesiones en boca en población adulta; evidenciando aumento tisular, estomatitis sub prótesis y queilitis angular.

Frente a la estomatitis sub prótesis, caracterizada clínicamente por inflamación de mucosa que soporta o aloja la prótesis, se puede decir que del 16.6% del total de la población incluida en el estudio, existe una prevalencia de 60% en la población general que utiliza prótesis removible; siendo de 100% en adultos mayores e inexistente en adultos jóvenes.

En cuanto al aumento tisular, el cual es una hiperplasia fibrosa inflamatoria con crecimiento lento del tejido asociado a trauma, en su mayoría crónicos, se puede inferir que la prevalencia en la población general que utiliza prótesis removible es de 20%; en adultos mayores representa el 100% y en adultos jóvenes el 0%.

Frente a la queilitis angular, que se caracteriza clínicamente por inflamación de la comisura labial, que puede ser unilateral o presentarse de manera bilateral, se presentó en el estudio con una prevalencia de 100% en adultos mayores y 0% en adultos jóvenes, y un total de 20% en la población general que utiliza prótesis removible (Tabla N°9).

Tabla 9. Lesiones asociadas al uso de prótesis dental (n=5)

Estomatitis subprotésica	60%
Aumento tisular por prótesis	20%
Queilitis angular	20%

Fuente: elaboración propia

Finalmente, frente a las anomalías del desarrollo dental, este tipo de alteraciones fueron detectadas en baja frecuencia, donde predominó de manera marcada y significativa la fluorosis dental, con un comportamiento constante en el grupo etario de adolescentes y jóvenes.

La prevalencia de este tipo de alteraciones indica unos valores de 40% en sujetos de la primera infancia para la fluorosis dental, seguido de 90% para adolescentes y jóvenes y 33% para adultos jóvenes (Tabla N°10).

Tabla 10. Anomalías del desarrollo en la población general (n= 30)

Hipoplasias en el esmalte	0%
Opacidades demarcadas	32%
Fluorosis	64%

Fuente: elaboración propia

En cuanto a las hipoplasias en el esmalte, la prevalencia para primera infancia es de 0%, para adolescentes, jóvenes y adultos jóvenes. Así como de 20% para las opacidades demarcadas en primera infancia, 36% para adolescentes y jóvenes y 22% para adultos jóvenes (Tabla N°11).

Tabla 11. Anomalías del desarrollo según dentición

Dentición decidua	60%
Dentición mixta	75%
Dentición permanente	60%

Fuente: elaboración propia

2.2.1 Servicios de salud bucal para la población Pijao del vergel

Los servicios de salud bucal tienen una escasa consolidación entre la población del municipio de Ortega. Esto es debido a las dificultades en el acceso a dichos servicios y a la relativa importancia que la población otorga a su salud bucal. Igualmente, dichos servicios están diferenciados a partir de la formalidad de los mismos; los servicios prestados por las instituciones sanitarias reconocidas por el Estado (Instituciones Prestadoras de Salud y Empresa Social del Estado), y la atención brindada por “dentistas” o personal sanitario empírico.

2.2.1.1 Servicios institucionalizados

Como ya fue expuesto, el municipio de Ortega, ubicado en el departamento del Tolima cuenta con una extensión territorial de 945,926 km², de los cuales tan sólo 4,81 km² corresponden a zona urbana, y cerca de 941,12 km² son catalogados como territorio rural (66).

En Ortega, se encuentran asentados la mayor parte de comunidades Pijao, quienes dados sus orígenes comparten características culturales y lingüísticas con los pueblos Coyaimas y Natagaimas, dentro de su identidad colectiva como comunidad indígena, surgió la necesidad de generar e implementar una entidad propia que estuviese direccionada a la comprensión y cuidado de sus proceso Salud/Enfermedad/Atención desde la comprensión y apropiación de su culturalidad y mundos de vida, es así como gracias a la expedición de la ley 100 de 1993, los Pijaos logran conformar la entidad promotora de servicios de salud: Pijaos Salud EPS Indígena.

Pijaos Salud EPS-I, está conformada por comunidades indígenas de todo el departamento del Tolima; tiene carácter especial, es de derecho público, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa y se encuentra regida por el decreto 1088 de 1993. Esta EPS-I en 2001 fue facultada mediante la resolución de la Superintendencia Nacional de Salud, con número 0539 del 29 de marzo del año 2001 para la administración de los recursos de Seguridad Social en salud-régimen subsidiado (68).

A su cargo se encuentra la Institución Prestadora de Servicios de Salud indígena “The Wala” IPS-I. Se encuentra ubicada en el centro del municipio, y presta servicios de

atención en salud a indígenas adscritos a la EPS Pijaos Salud. Se ofrecen los servicios de: medicina general, medicina ancestral, odontología general, enfermería y farmacia.

En cuanto al programa de Salud Oral, la IPS-I The Wala realiza atención a la población desde los dos años de edad, ésta incluye todas las actividades contempladas en los programas de promoción y prevención determinados por la Resolución 412 de 2000 (68) (educación en higiene oral, control de placa, fluorización, sellantes), tratamiento operatorio y exodoncias simples. Realizan actividades extramurales en las veredas del municipio donde se atiende a la comunidad Pijao; el equipo de trabajo lo conforman un médico general, médico ancestral, promotor de salud e higienista oral.

La IPS-I cuenta con un equipo de salud pública que implementa dentro de su política de atención el Plan de Intervenciones Colectivas –PIC-, y quienes una vez al mes implementan charlas y talleres sobre autocuidado en salud bucal a toda la comunidad Orteguna.

The Wala cuenta con instalaciones destinadas a la atención odontológica dentro de las cuales tienen dos consultorios, central de esterilización de instrumental, carecen de rayos x, y trabajan de manera conjunta las odontólogas y las higienistas. El principal motivo de consulta por odontología es la odontalgia.

En cuanto al Hospital San José E.S.E, cuenta con los servicios propios de un hospital de primer nivel, como lo son: consultorios médicos y odontológicos totalmente equipados, oficina de vacunación, farmacia, enfermería, laboratorio clínico, morgue, así como sala de urgencias, sala de partos y habitaciones para pacientes en observación.

Este centro hospitalario atraviesa por una grave crisis presupuestal, la cual atañe directamente a sus empleados y a la población del municipio, incluida la perteneciente al territorio urbano, como a la del territorio rural, a las comunidades indígenas, como a las no indígenas.

El hospital cuenta con seis médicos de planta y tres médicos que prestan su servicio rural, cuatro odontólogos y dos higienistas orales.

El hospital no cuenta con servicios exclusivos para las personas de las comunidades indígenas, sin embargo en caso de emergencia o asistencia prioritaria se realiza la

atención necesaria. Las mayores causas de consulta en el hospital son: cuadros gripales, diarrea, Dengue, Leishmaniasis y Zika.



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Señores Pijaos cantando versos

En cuanto a Odontología, si bien existen cuatro odontólogos para prestar el servicio de atención en salud bucal, éste no cumple con las metas propuestas por falta de recursos económicos, materiales y no materiales y de adherencia a los tratamientos por parte de los pacientes, al igual que en la IPS-I en esta institución el principal motivo de consulta odontológica es la odontalgia.

Por otra parte, se encuentra dentro del casco urbano municipal cerca de 10 consultorios odontológicos que prestan sus servicios en salud bucal de manera particular, ejerciendo práctica privada. La mayoría de estos se encuentran ubicados en el centro del municipio y tienen horario de atención en su mayoría de los días jueves a domingo en jornada de 8 a 12pm y de 2 a 6pm –días de mercado-, jornada en la cual la mayoría de los habitantes de la zona rural viajan al pueblo para hacer las compras de enseres y alimentos

necesarios para la subsistencia familiar de la semana y/o vender los productos cosechados en el campo.

Este tipo de práctica odontológica, a pesar de tener dentro de sus ventajas una mayor oferta de procedimientos y mejora en la calidad de la atención en términos de tiempo de consulta, entre otras, presenta también ciertas limitaciones como lo son los costos elevados que representa cualquier procedimiento en comparación con los costos que debe asumir el paciente –en caso de pagar cuota moderadora- cuando recurre a la atención que cubre el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Adicional a los costos económicos que se debe asumir dentro de la consulta odontológica, se identifica el rubro adicional que asume el paciente al trasladarse desde las diferentes veredas hasta el municipio, donde los costos del transporte varían desde los tres mil pesos hasta los siete mil pesos por trayecto aproximadamente.

En su mayoría, la atención en estos consultorios particulares se encuentra centrada en los procedimientos de operatoria dental, exodoncias, prótesis parciales removibles y/o prótesis totales. Aunque el principal motivo de consulta es la odontalgia, los tratamientos endodónticos son escasos debido a motivos principalmente económicos y de expertise y capacitación de los profesionales, así como de la infraestructura con que cuentan los consultorios, donde únicamente tres de estos cuentan con equipos de rayos x.

Finalmente, se encuentra el servicio prestado por lo empíricos, personas que se han dedicado durante muchos años a la práctica odontológica empírica y quienes no desconocen la importancia de los conocimientos científicos y técnicos de la profesión, pero quienes a su vez continúan desarrollando esta práctica debido a la precaria situación sanitaria por la que atraviesa el país, donde es evidente la falta de políticas equitativas en salud destinadas a estas comunidades.

Es así como este grupo focal es reconocido dentro de la comunidad del Vergel-Calarma como un recurso que tienen al alcance para dar respuesta, solución o mitigar las patologías relacionadas con la cavidad bucal.

Existen dos tipos de servicio dentro de esta categoría, el primero es el consultorio empírico ubicado a pocos metros de la plaza principal del pueblo, donde se atiende de jueves a domingo en la misma jornada que los consultorios odontológicos particulares,

con la diferencia que el coste por procedimiento es mucho menor; el segundo es el servicio que se presta en los domicilios, en el cuál quien ejerce el papel de dentista recorre las veredas ofreciendo la atención. Dentro de los procedimientos realizados por el empírico principalmente se realizan exodoncias y medicación farmacológica para el manejo del dolor dental y de otros dolores confinados a la cavidad bucal.



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Río Saldaña, Ortega-Tolima

2.2.1.2. Recursos médicos propios

Frente a sus propias estrategias para entender y atender el manejo de dolores relacionados con la cavidad bucal, principalmente los de tipo odontogénico, los Pijaos del Vergel-Calarma cuentan con un arsenal de prácticas ancestrales enseñadas y efectuadas en su mayoría bajo la motivación de la médica ancestral de la comunidad. La denominación que este pueblo le da a esta figura de la medicina tradicional es el de Mohán o Mohana, según su género.

La Mohana de esta comunidad, Doña Elvia, a su vez trabaja para *The Wala* IPS-I. Esto es posible porque el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural, mecanismo respaldado por los pueblos indígenas y el Estado colombiano, integra los saberes y prácticas tradicionales al sistema occidental de salud. Una de estas estrategias es la incorporación de los especialistas de la medicina tradicional al sistema de salud para los pueblos indígenas.

Esta cuestión ha permitido un acercamiento e intercambio de saberes entre la medicina occidental y la medicina tradicional. Frente a esto, y como líder de la comunidad, Doña Elvia ha enseñado a las mujeres/madres a reconocer las enfermedades de la cavidad bucal, para de esta manera y a través del diagnóstico casero, identificar los eventos que ocurren al interior de su núcleo doméstico.

Es así como a través del tiempo, la Mohana ha logrado conocer diferentes eventos relacionados de manera directa e indirecta con todos los tipos de dentición y su comportamiento en el curso de vida, de tal forma que para ella el dolor dental en edades tempranas se debe *“a la muda de dientes y es normal que a los guambíticos [niños o niñas] les duela, y les pique la boca”*, refiriéndose así al recambio dental, proceso natural. Para dar una solución a este evento, pone a masticar una hojita de mirto al infante, hojas que obtiene de su jardín y de esta manera disminuir la molestia.

Otra situación a la que ha dado solución ha sido los dolores dentales en niños por lesiones cariosas cavitadas en dientes temporales, frente a esto ella relata que *“cuando me vienen a buscar los peladitos porque los papás los mandan para acá, porque no saben qué hacer y ni siquiera vienen a buscarme ellos, y los niñitos tienen la muelita dañada, con el hueco, yo les enseño a colocarse una cosita de algodón empapada en alcohol o en agüita del mirto, pero si no tiene pues cuando sea con el alcohol le calma tantico mientras se la mandan sacar o se cae sola porque es de leche”*.

A pesar de los esfuerzos de doña Elvia por invitar a las personas a la IPS-IThe Wala para ser atendidos en el servicio odontológico, ellos escasamente acuden a este servicio y prefieren continuar haciendo uso de sus prácticas tradicionales para el cuidado de la boca y hacer frente a sus patologías.

Además del dolor por caries en dentición temporal, Doña Elvia ha tenido que manejar este evento en dentición permanente, y ha podido identificar que por lo general este tipo de dolor viene acompañado de grandes cavitaciones dentales, inflamación de la encía y en algunas ocasiones de la cara, frente a lo cual ella ha enseñado a las personas a dar tratamientos simultáneos.

Cuando estos eventos ocurren, *“se utiliza para el dolor en el diente la hoja del mirto masticada, también si la encuentra fácil o la tiene en la casa, hojita de coca, eso lo mastica y para el dolor, se puede colocar machacadita la hoja dentro de la muela y tapar*

con un algodoncito, hay gente, los antiguos, que han utilizado el cuero, lo ponían a quemar y lo metían dentro de la muela y luego lo tapaban con cebo de algún animal, eso sí sirve, calma pero rapidito; cuando hay inflamación de la cara, es por infección, entonces toca usar las maticas que son antibióticos, esas sí sólo las tengo yo aquí en el patio, pero yo se las regalo a la gente, eso las tengo es para los compañeros, se coloca hojitas por dentro de la boca y se hace buches lo más caliente que aguante de agua con sal, y se tiene que colocar hoja de papayo por fuera, en la cara y con eso ya descansa”.

Los medicamentos de origen farmacéutico son otro elemento que Doña Elvia recomienda a las personas para el manejo del dolor dental y los procesos infecciosos que generan la inflamación intra y extra-oral. Frente a esto, la Mohana recomienda el uso del *“acetaminofén cada que le duela, pero eso sí es que tienen que ir a que les hagan algo en la odontología, y para la infección ampicilina o la amoxicilina, que esa es la que da la odontóloga en The Wala, tiene que ser muy responsable con la hora, esa es cada 8 horas por 7 días”*, Doña Elvia enfatiza en que así desaparezcan los signos y síntomas debe terminar el tratamiento con el antibiótico. Es importante reconocer que esta mujer se apropia cada vez más de los usos de los medicamentos de origen farmacéutico, debido a la eficacia terapéutica de éstos y de su labor en la IPS-I acompañando al personal médico occidental.

En general, esta Mohana, reconoce que los eventos como el dolor de origen dental, la inflamación y la infección, son ocasionados por la caries dental, y por tanto la cura definitiva será el retiro de la caries, siendo este procedimiento realizado únicamente por los profesionales del servicio odontológico, y prevenido por las personas mediante el cepillado dental constante.

Siendo este uno de los principales hallazgos que nos permite establecer que para las personas, las prácticas de autoatención no se van a limitar únicamente al manejo o contención de las enfermedades, sino que, a su vez están dirigidas hacia la prevención de éstas.

Las funciones de Doña Elvia como médica ancestral son complejas. En éstas destacan actividades de liderazgo político, “poderes mágico religiosos” y terapéutica médica, asuntos en donde las plantas de uso medicinal y sus atributos chamánicos, son el fundamento de sus funciones al interior de la comunidad. Asimismo, es central señalar

que ella no ejerce la partería, práctica médica que en esta comunidad ha sido relegada. Por lo tanto, las mujeres del Vergel-Calarma van a la ESE local o a la IPS-I The Wala durante su embarazo, parto y puerperio, y siguen la mayoría de las indicaciones que allí les da modelo el médico hegemónico.



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Mujer Pijao entrando a IPIS-I The Wala, Ortega-Tolima

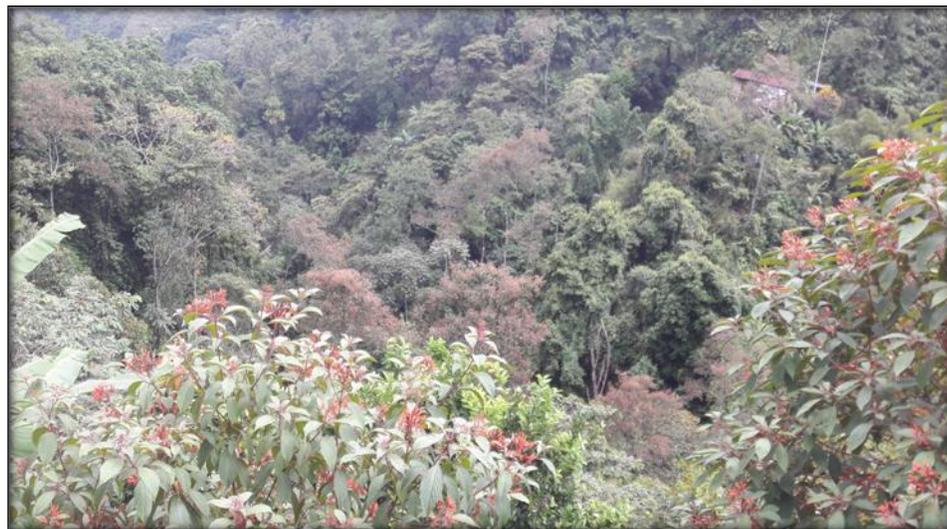


Atravesando el Rio Ortega. Lugar: Ortega. Ilustrado por Jeisson Castillo, Plan Salvaguarda Pijao, 2014.

Fuente: Plan de Salvaguardia del pueblo Pijao. 2014



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Servicio de Odontología, E.S.E San José, Ortega-Tolima



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Cafetales en Anabá, Ortega-Tolima

3. Autoatención en salud bucal

Las estrategias de atención implementadas por el núcleo parenteral o la red social cercana al individuo y la familia frente a los inconvenientes en salud bucal, tiene entre la población Pijao del Vergel–Calarma un fuerte arraigo y utilización. Esto implica la existencia de una amplia serie de saberes y prácticas alrededor de los padecimientos de la cavidad bucal y de elementos para hacer frente a los mismos. Así, uno de éstos padecimientos, el dolor de origen pulpar, núcleo que motiva la praxis en la autoatención debido a su capacidad para indisponer a los individuos de sus actividades cotidianas y de generar emociones negativas entre las personas. Así, alrededor de este evento, “doloroso”, es que se movilizan diferentes estrategias de autoatención por parte de la población.

3.1 El dolor dental

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, ha definido todo tipo de dolor como *"una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial"*. En múltiples reportes internacionales se ha especificado que la percepción del dolor consta de dos componentes esenciales, los cuales son el sistema neuronal sensitivo, denominado como nociceptores, y las vías nerviosas aferentes que siempre van a responder frente a estímulos nociceptivos tisulares; así mismo se ha reportado que la nocicepción puede estar influenciada por otros factores como condiciones psicológicas (12).

El dolor ha sido ampliamente estudiado y clasificado según su duración, localización, patogenia, curso, intensidad, pronóstico y finalmente, por su tratamiento farmacológico. Respondiendo a lo anterior, el dolor ha sido clasificado de la siguiente manera (12):

- a. Según duración: agudo y crónico
- b. Según localización: somático y visceral
- c. Según patogenia: neuropático, nociceptivo y psicógeno
- d. Según curso: continuo y discontinuo o irruptivo
- e. Según intensidad: leve, moderado y severo
- f. Según pronóstico: dolor de fácil o difícil control

g. Según tratamiento farmacológico: buena, moderada y difícil respuesta a opiáceos

Partiendo de este punto, el dolor de origen pulpar está relacionado con afectaciones fisiológicas de la pulpa dental, siendo de duración aguda en su inicio, con afectaciones de tipo nociceptivo, en ocasiones continuo y en otras discontinuo, varía en su intensidad y es de relativo fácil control, con una buena respuesta a los medicamentos y la terapia clínica, sin embargo es claro que existe una cronología de acontecimientos que conducen al padecimiento de un dolor asociado al tejido pulpar y debe ser identificada, a lo anterior se le denomina anamnesis de antecedentes dentales. Esta anamnesis está direccionada a identificar cinco características específicas que son la localización del dolor, comienzo, intensidad, provocación y duración (13,14).

Dentro de la localización, se busca identificar el diente afectado, por medio de un señalamiento que refiere el paciente, en las mejores condiciones el paciente es capaz de identificar dicha localización y favorecer el trabajo del clínico permitiendo programar las pruebas diagnósticas, pruebas de sensibilidad pulpar, centrándolas en ese diente en particular. Sin embargo, hay ocasiones en las cuales el paciente es incapaz de identificar el diente con afectación pulpar, representando este un mayor desafío para el especialista.

Por lo general, cuando un paciente es sintomático, es capaz de recordar cuando comenzaron los síntomas, y en ocasiones el factor desencadenante del dolor. Por otra parte, y además, resulta de mucha utilidad identificar qué factores o hechos producen o disminuyen los síntomas, se habla entonces de un escenario, en el cual la masticación y los cambios térmicos localizados son los principales responsables del dolor.

En cuanto a la duración, es imprescindible identificar si el dolor perdura después de retirado el estímulo que lo desencadena, o si por el contrario, desaparece al retirar dicho factor; es importante registrar la duración de la sensación que percibe el paciente después de un estímulo en términos de segundos o minutos, pues del análisis de dicho reporte dependerá la asociación del dolor con la identificación del diagnóstico y el posterior tratamiento (13).

Finalmente, el último factor asociado con la anamnesis dental, es la intensidad del dolor, para esto resulta muy útil cuantificar el dolor padecido. A menudo es usual, que el

especialista cuantifique de manera subjetiva el dolor por los comentarios referidos por el paciente, sin embargo, existen técnicas más exactas para cuantificar de manera más precisa el dolor.

La cuantificación del dolor de origen pulpar, al igual que de cualquier otro origen, ha reportado múltiples inconvenientes, entre estos el principal, es la subjetividad por parte del individuo, representando esto un obstáculo en el diagnóstico de las diversas patologías, así como su tratamiento y pronóstico. Se ha reportado que la cuantificación del dolor es dependiente de las experiencias previas.

El dolor de origen pulpar, se ha catalogado como un dolor severo, espontáneo, pulsátil, continuo, creciente y decreciente; y dada la importancia de su identificación y caracterización en la práctica endodóntica es fundamental clasificarlo según la severidad de este.

Dentro de las características del dolor de origen odontogénico se encuentran enlistadas (72):

- Hallazgos radiográficos: incluyen caries, restauraciones extensas, lesiones periapicales, y cámaras pulpares calcificadas.
- Síntomas dentales: sensibilidad térmica y dolor durante la masticación o seguida a presión contra el diente.
- Anestesia local alivia el dolor.
- Dolor unilateral.
- Dolor localizado.

El dolor es una respuesta del organismo que se produce como resultado de diversos mecanismos de defensa innatos como lo son la respuesta inmuno-inflamatoria y los niveles de ansiedad, se ha hecho evidente que el dolor es bien tolerado por los pacientes por varias semanas antes de que se produzca una exacerbación (72).

En el texto Dolor Endodóntico de Paul Rosenberg, se afirma sobre el dolor pulpar:

[...] está mediado por fibras C y puede ser descrito como sordo y doloroso. Este es en contraste a la sensación producida por las fibras A-delta que median el dolor dental.

Cuando la prueba de sensibilidad pulpar se realiza, es importante notar no solo si el paciente percibe el estímulo, sino también la naturaleza del estímulo percibido. La inflamación pulpar puede resultar en sensibilización de fibras nerviosas. Cuando nociceptores periféricos (e.j fibras C de la pulpa) son estimuladas, el umbral de la sensación disminuye al reducir el estímulo (temperatura y presión). En estados de sensibilización incrementada estos nociceptores pueden ser evocados con un estímulo de menor intensidad (72).



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Niño Pijao haciendo labores domésticas

Es importante destacar frente al dolor odontogénico -y cuyos síntomas son reportados por un número importante de pacientes-, que en ocasiones la localización del dolor que refieren no es en efecto la zona donde se encuentre ubicada la fuente del dolor. Algunos pacientes pueden percibir que el dolor se origina en un diente en específico, pero este puede ser referido de alguna estructura no odontogénica, ante lo cual se debe precisar una atención particular frente a las pruebas diagnósticas para descartar otros orígenes del dolor.

Frente a las pruebas de sensibilidad que debe realizar el clínico, se puede afirmar que son una parte esencial del diagnóstico en endodoncia, y tienen como objetivo determinar

el estado de la pulpa dental, sin establecer el grado de vitalidad pulpar al no proveer información sobre la oxigenación y flujo sanguíneo; dentro de las pruebas más confiables y exactas, y por tanto más utilizadas y ampliamente estudiadas, están las pruebas de sensibilidad térmicas y la prueba eléctrica. Estas pruebas son llamadas de sensibilidad debido a la imposibilidad de medir la vitalidad del tejido, y únicamente ceñirse a la respuesta subjetiva del paciente frente al factor externo, que en este caso serán el cambio térmico y eléctrico (73).

Referente a la experiencia de dolor dental en la comunidad, ellos consideran al dolor de origen odontogénico como un dolor no incapacitante, pero que si interfiere en sus actividades cotidianas, lo relacionan con procesos cariosos cavitarios, desconociendo las explicaciones científicas de la caries dental, pero reconociéndole un origen biológico.

Frente a esto, al preguntar a Tatiana Quesada, madre de tres niños sobre el por qué duelen los dientes, ella cuenta que: *“El dolor en los dientes se da por las muelas “picadas” que dicen que es caries, pero en la IPS no le explican a uno que es eso”*.

Otra de las personas entrevistadas, Laurita, integrante de la guardia de la comunidad, cuenta que: *“Los dientes duelen cuando se despican, se despican y eso va doliendo, dicen que por la caries pero yo no sé doctora qué será eso”*. Así, el dolor es señalado como una consecuencia de la caries dental, apareciendo ésta como un elemento causal del padecimiento y no como una consecuencia de otros procesos precedentes; por lo tanto, el generador de la actividad terapéutica es el dolor, excluyendo a la caries dental de este asunto, aun cuando ésta también motiva dificultades en la masticación y en la estética.

El dolor dental es igualmente un argumento para el cuidado familiar. Al ser éste un asunto común para los integrantes de estas comunidades, las personas no cuestionan su efecto en los asuntos cotidianos de quienes lo padecen y disponen de todos sus conocimientos y recursos inmediatos para darle solución. Por este motivo, el individuo que lo padece lo socializa de manera que se activen los mecanismos en su entorno micro social para dar inicio al itinerario terapéutico.

Frente a la caries dental se ha podido inferir que para la gente ésta es un proceso biológico progresivo, que es precedente al proceso psicosocial (el dolor en sí mismo), mismo que puede ser detenido con intervención clínica de la consulta odontológica. De

tal forma que al indagar sobre la caries dental, se encontró que: *“La caries es una placa que aparece sobre los dientes, como amarilla y en la odontología la quitan. Pero la caries hace que el diente se dañe, se despique y cuando se despica es que duele”*; comenta Don Olmes Ducuara, jornalero de la zona. Lidia Totena, esposa de Don Olmes, cuenta que previene el dolor con controles periódicos en la consulta odontológica: *“A mí no me han dolido los dientes, a mí no porque yo voy a odontología”*.

De igual forma, existe dentro de su racionalidad propia otras causas tangenciales asociadas al dolor odontogénico, como lo son las mal posiciones dentales y las fracturas coronales. De tal forma que al indagar con Doña Luz Enith Camacho, gobernadora suplente del cabildo y madre de dos adolescentes y una infante, ella refiere que: *“A veces duelen porque están remontados, a veces dañados. Dañado es cuando tiene negro y a veces están despicasadas y eso duele, se despican cuando se pega con algo o muerde piedritas en el arroz o las otras comidas”*.

Frente a la historia o experiencia de dolor de origen dental, Tatiana Quesada relata que: *“Hace como unos tres meses me empezó el dolor en la muela, y en [La EPS] Pijao Salud me la calzaron que porque esa muelita se salvaba, pero eso me la calzaron y me siguió doliendo hasta que me la mandé sacar. Allá me dijeron que se me había caído un pedacito de la muela, y que la caries estaba ya, la verdad ya ni me acuerdo, eso me dijeron que si se podía salvar, y me la calzaron pero no eso no me hizo”*.

Al preguntar sobre la descripción del dolor ella refiere que: *“No eso el dolor, me dolía hasta el oído, por aquí, me dolía todo esto [refiere tocándose la región parietal], cuando me dolía la muela el oído también me dolía, entonces no yo me la mandé sacar porque eso no aguantaba”*. Así, el dolor embarga a una persona de tal manera que la historia individual de un sufrimiento se asume por todo el núcleo parenteral, al ser generador de cuidados y demás mecanismos para solventarlo.

Al conversar con Doña Diva sobre su historia de dolor, ella cuenta que: *“Los dientes me dolían más antes porque estaban coquitos, o sea huecos, yo no me los mandaba arreglar, se vuelven huecos porque ya estaban picados, dañaditos, cuando está coca es que duele de resto no duele, yo más antes tenía el resabio que había cuesco y la machacaba y los antiguos decían que eso era lo que le dañaban a uno, otros dicen que por no cepillarse”*. En su descripción del dolor dental, ella cuenta que: *“eso cuando duele*

uno no quiere ni hablar ni comer, ni tomar nada, eso termina doliendo es hasta la cabeza, a veces se pone que no lo quita nadie y toca ir a donde le ayuden a uno”.



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Servicio Odontológico E.S.E San José, Ortega-Tolima

El dolor de origen dental es temido; sin embargo, es asumido como un proceso natural del ser humano, un trámite en el ciclo de vida de los dientes, un insumo para la construcción del carácter de la persona y un espacio para dinamizar el cuidado del núcleo parenteral hacia el individuo que lo padece.

3.2 Elementos terapéuticos para el manejo y prevención del dolor dental

El trabajo de investigación fue intenso. Se hicieron cuatro temporadas de campo, cada una de una semana de duración, actividad que permitió un amplio desarrollo de las técnicas de investigación etnográfica con las seis familias Pijao de la comunidad del Vergel-Calarma con las cuales se tuvo una amplia interacción. A partir de la información

obtenida por las técnicas señaladas, se puede inferir que para los integrantes de este grupo social indígena la boca representa más que una estructura corporal.

La boca es concebida por esta población como esencial para pervivir mediante dos de sus funciones esenciales: la comunicación con otras personas y la masticación de los alimentos. La boca es así un instrumento de interacción, una maquina corporal irremplazable, un espacio para hacer socializar las palabras, una estructura con función específica.

La gente reconoce la boca como parte fundamental del cuerpo, como una *“partecita para poder comer”*, dice Don Olmes. Allí hay otros componentes, principalmente la lengua, *“para probar las cosas”* y *“hablar, gritar, cantar y también para regañar a los hijos”*, dice entre risas Doña Diva. El paladar, *“el techo de la boca”*; y los dientes, *“para masticar la comida”*, *“para que uno se alimente mejor y saborear las cosas”*, manifiesta Don Olmes. Así, la boca es señalada por sus funciones básicas, tangencial a esa bucalidad manifiesta por otros grupos sociales en donde los sujetos manifiestan su humanización a través de su boca. Hablar, besar, rechazar, saborear, expresar, sonreír, comer, amar, comunicar, interactuar. Ser humanos en tanto la palabra es una expresión verbal es una característica específica y exclusiva del homo sapiens, soporte fundamental para la vida colectiva.

En el PSEA bucal todo pasa por la caries. La caries dental genera el dolor, generalmente el sangrado y también el edentulismo. Esto indica una des-socialización de esta enfermedad, naturalizando asuntos que impactan de manera negativa en la calidad de vida de los integrantes de esta comunidad. Es decir, además de la caries no hay un reconocimiento de enfermedades específicas de la cavidad bucal, no hay un espacio de vulnerabilidad o una zona de riesgo que invite a unas medidas específicas de protección. Pareciera que allí solo existen dientes, un elemento que tiene su propia historia, misma que tiene siempre un final funcional: *“los dientes se dañan siempre”*, menciona un adulto mayor del Vergel.

Es así como los dientes representan un papel que si bien es específico, no es esencial en la cotidianidad de las personas de esta comunidad, siendo rara vez las dolencias relacionadas con el deterioro de estos incapacitantes. *“Una vez me dolió una muela por*

allá donde yo trabajaba raspando coca y pues tocó seguir trabajando, raspando y aguantando”, cuenta Don Olmes.

El primer paso para lograr hacer frente a las enfermedades de la boca, es reconocerlas, aprender a identificarlas en el momento que se presentan y así poder identificar no sólo la enfermedad, sino el tratamiento que se le debe dar para resolverla o por lo menos, disminuir las molestias relacionadas.

Frente al dolor dental, las mujeres/madres de la comunidad, reconocen el dolor como un evento natural en el curso de vida, relacionándolo con el proceso de crecimiento, desarrollo y envejecimiento del cuerpo humano. *“Con el tiempo se aflojan los dientes y se caen, pero no es por lo que uno les eche si no que con el tiempo eso pasa”, cuenta Doña Ana Lidia, esposa de Don Olmes, “a los muchachitos no les ha dolido los dientes, molestan cuando los tienen ya flojos, pero eso se los arrancan ellos mismos y ya”* complementa su suegra.

Para Milena Palma, hija de doña Diva, la causa del dolor dental de su hijo de 7 años de edad es consecuencia de la falta de cepillado y la alta ingesta de caña y dulces, *“harto le digo a Franklin que se lave la boca, por lo menos antes de irse para la escuela y antes de acostarse, pero no hace caso y ahora le duele una muela”*. Para dar solución al dolor del niño, doña Diva cuenta: *“la mamá arranca con barretón o corta el tallito de la dormidera y la chipaca, y las lava y las cocina, y le hace hacer los buchets. Yo tengo mirto, y en los potreros se consigue la chipaca y la dormidera, la coca si no tengo pero por aquí cerca hay palito y esa también se la cocina”; “menos mal las que le duelen son de leche y se le van a caer”, comenta Milena.*

Aunque los dolores dentales son comunes y ampliamente reconocidos por estas mujeres, los servicios de salud bucal son pobremente utilizados por parte de ellas y sus familias. Doña Luz Enith, cuenta que la principal razón por la cual duelen los dientes es la caries. *“Pero no nos gusta ir al hospital ni a [la IPSI] The Wala porque los doctores sí nos quitan la caries, pero nos regañan”*.

A continuación, se presentan los elementos utilizados para hacer frente al dolor dental, información recolectada a través de las diferentes técnicas de investigación etnográfica (Tabla 12).

Todo este arsenal de recursos se dinamiza a través de saberes y prácticas que han sido transmitidos generacionalmente, enseñado por sus madres y abuelas, vecinas y, de manera relativa por personal de los servicios de salud occidentales y tradicionales. Es así, como a lo largo del tiempo y partiendo de experiencias personales y familiares aprendieron el uso de las plantas medicinales y demás elementos de consumo casero, y gracias a la constante interacción con el personal sanitario, apropiaron el consumo de elementos de origen farmacológico, como el Ibuprofeno y el Acetaminofén.

Tabla 12. Recursos botánicos utilizados en el manejo del dolor dental

RECURSO	CONSECUISIÓN	PREPARACIÓN	USO
Mirto (Myrtus)	Jardines caseros	Hojas	Masticado
Chipaca (Bidens pilosa)	Potreros	Cocción de hojas	Colutorio
Dormidera (Papaver somniferum)	Jardines caseros	Cocción de hojas y tallo	Colutorio
Marihuana (Cannabis sativa)	Huertas	Cocción de hojas	Colutorio
Coca (Erythroxylum coca)	Huertas	Hojas/Cocción de hojas	Masticado/Colutorio
Paico (Dysphania ambrosioides)	Potreros	Cocción de hojas	Colutorio
Clavos (Syzygium aromaticum)	Mercado	Clavo entero	Local
Papayo (Carica papaya)	Jardines caseros	Cocción de hojas	Colutorio/local
Ajo (Allium sativum)	Mercado	Pulpa	Local
Guayabo (Psidium guajava)	Jardines caseros	Hojas	Masticado
Agua con sal	Tiendas veredales	Cocción	Colutorio

Fuente: elaboración propia

Debido a que esta comunidad habita las tierras más calientes del Departamento del Tolima, en su territorio coexisten con recursos florísticos específicos. Para el dolor dental, Tatiana, refiere que en su familia utilizan la raíz de la dormidera y hojas del papayo con sal en infusión para hacer enjuagues, hojas del mirto masticada, y la hoja de coca. De esta última cuenta que *“Esa se pone a hervir y se hacen baños calientes, tiene que hacer buchets lo más caliente que aguante”*. El abuelo, el señor Arturo Quesada, enseñó a Tatiana a usar las yerbas, *“Él todavía tiene dientes sanitos y no le duelen”*, manifiesta ella.

Doña Luz Enith cuenta que para dar manejo a sus dolores en los dientes utiliza *“Los cogollos de guayabo cimarrón masticado, y eso alivia el dolor”*. El Paico, masticado es

utilizado por la mayoría de los habitantes de la zona cuenta Doña Nelly, gobernadora del cabildo.

Además del uso de elementos herbolarios para el manejo del dolor de origen pulpar, las personas de esta comunidad utilizan medicamentos de origen farmacéutico en grandes dosis y altas frecuencias (Tabla 13). Igualmente hacen uso de diversos elementos de manejo y consumo casero en diversas formas de utilización (alcohol, linimento, aguardiente, entre otros) como complemento terapéutico (Tabla 14).

Tabla 13. Recursos farmacéuticos utilizados en el manejo del dolor dental

RECURSO	CONSECUISIÓN	PREPARACIÓN	USO
Acetaminofén	Farmacia	Tabletas	Ingerido
Ibuprofeno	Farmacia	Tabletas	Ingerido

Fuente: elaboración propia

Después de dar a luz a María Nela, Tatiana comenzó a padecer dolor dental, un dolor agudo, pulsátil, constante y perturbador, *“Cuando me dolió esa muela, hice buchets de agua con sal, y tomé ibuprofeno de 800mg cada 6 horas, a los días vino un señor que anda por las veredas y me sacó la muela, eso fue hace cinco meses”...“Otras veces que me ha dolido algún diente utilicé yerbas pero ahora el dolor era muy fuerte y el Ibuprofeno me hacía más rápido”.*

Tabla 14. Recursos de consumo casero utilizados en el manejo del dolor dental

RECURSO	CONSECUISIÓN	PREPARACIÓN	USO
Alcohol antiséptico	Farmacia	Solución	Local
Calza eléctrica	Farmacia	Solución	Local
Linimento	Tiendas veredales	Emplasto	Local
Esmalte para uñas	Tiendas veredales	Solución	Local
Aguardiente	Tiendas veredales	Solución	Colutorio

Fuente: elaboración propia

Mientras Don Olmes trabajaba cortando la caña, para la última molienda comenzó a sentir un dolor insoportable en uno de sus dientes, acompañado de inflamación, ardor y enrojecimiento de la cara. Al terminar la jornada laboral, ya en casa, la madre le prepara agua de Papayo con sal para disminuir la inflamación, y mastica hojas de coca para aliviar el dolor. Al día siguiente el dolor continúa y recurren al uso de la calza eléctrica,

elemento que fue recomendado por una de sus vecinas. Don Olmes cuenta que “En la droguería venden el linimento veneciano o el número 9, eso se unta en un algodoncito y se coloca, es como un isodine, y se lo pone en el diente. Pero también hay un tubito que es como menta, ese fue el que me tocó usar, es como un agüita y se lo meten con algodón ahí, pero eso casi no lo usamos nosotros, sólo cuando ya no se sabe que más hacer, en el campo lo que más usamos es lo nuestro, las yerbas”.



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Trapiche El Topacio, Vereda El Vergel, Ortega-Tolima

Este relato indica claramente la búsqueda de eficacia terapéutica en un escenario de pluralismo médico. Es decir, según la magnitud del dolor se hace uso de los diferentes recursos disponibles para solventarlo; asimismo, se interacciona de manera complementaria con los diferentes modelos de atención a la salud que existen en esta zona del Departamento del Tolima.

Las prácticas de autoatención no son exclusivas para curar la enfermedad. Una parte de éstas se encaminan a la prevención de la aparición de la caries dental, la cual es considerada por los pobladores como el origen del dolor pulpar y principal enfermedad de la boca, así como a conservar las estructuras dentales (Tabla 15).

Tabla 15. Recursos destinados al autocuidado y prevención de enfermedades bucales

RECURSO	CONSECUCIÓN	PREPARACIÓN	USO
Sábila (Aloe vera)	Huerta	Cristal/pulpa	Frotado
Limón	Huerta	Cáscara	Frotado
Crema y cepillo dental	Mercado	Crema sobre cepillo	Cepillado
Carbón	Mercado	Molido	Frotado
Sal y agua	Mercado	Emplasto	Frotado

Fuente: elaboración propia

El recurso preventivo más utilizado es la crema y el cepillo dental, principalmente entre los niños y jóvenes, esto gracias a las abundantes campañas de educación y prevención realizadas por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud [IPS] en las escuelas, colegios y veredas. Aunque se pudo evidenciar que la mayoría de las familias cuentan con estos elementos, se hace notable que también existen dificultades en su implementación debido a los pocos espacios destinados para la higiene bucal. En algunos lugares desafortunadamente no existen estos elementos de higiene bucal, en otros los cepillos no son cambiados con frecuencia, se encuentran en mal estado, en algunas ocasiones son compartidos y las técnicas de cepillado son deficientes.

En una parte de las familias, principalmente en aquellas que viven más adentradas en el campo, se reemplaza el uso de la crema y el cepillo dental por el cristal de la sábila, una pasta realizada de manera artesanal con sal y agua o la cáscara de limón.

Frente a esto, Doña Diva cuenta *“Como más antes los antiguos no le compraban a uno cepillo, yo chiquita no me cepillaba porque el papá no le traía a uno cepillo, ni crema, pero usaba lo que tuviera, carbón o la sábila, ahora sí me los lavo bien, tres cepilladas, pero el mío ya está viejito”*. La señora Ana Lidia cuenta que en su casa se utiliza la crema y el cepillo dental, *“cada añito o cada seis meses se cambian los cepillos, pero cada vez que puedo se cambian los de los niños. Los niños son más bien juiciosos con eso, se cepillan hartos, yo creo que es por la crema que se los lavan, se la chupan”*. Don Olmes complementa *“otra gente usa sal o limón”*.

En general, es amplio el arsenal de recursos terapéuticos utilizado por el pueblo Pijao de la comunidad del Vergel-Calarma, en su proceso de autoatención del dolor de origen pulpar.



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Curso Salud Colectiva, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia en tierras Pijaos, Ortega-Tolima

4. Discusión

A continuación vamos a discutir los resultados a partir de nuestros referentes teóricos y de los hallazgos de otros trabajos de investigación. Esta tarea se hará en el marco de tres apartados principales, los cuales son propósitos parciales para dar respuesta al interrogante principal: la autoatención del dolor de origen pulpar.

Así, para el pueblo indígena Pijao del Vergel-Calarma, su proceso S/E/A referido a la cavidad bucal tiene una connotación particular debido a la manera en que entienden su corporalidad y la relacionan con las formas en que deben ser atendidos sus malestares, soporte para permitirles una dinámica estable entre su condición de sujeto de reproducción social y cultural, y su estado de salud (6-9).

1. Una discusión inicial se dará en el marco de las condiciones de salud bucal, asunto analizado a partir de hallazgos del examen clínico. Frente a las condiciones de salud bucal de la comunidad del Vergel-Calarma se ha hecho evidente la escasa atención gubernamental en cuestiones de salud, además de la ausencia de un enfoque diferencial. Es central señalar que las minorías étnicas del país son quienes reportan las peores condiciones de salud, según en el último estudio nacional de salud bucal –ENSAB IV- (2). Este estudio reporta un índice COP de 10.54, cop de 1.62 y COP-cop de 2.29 en la población general, lo cual dista de los hallazgos encontrados en la presente investigación, donde se reportan indicadores preocupantes: índice COP de 13.35, cop de 2.5 y COP-cop de 5.0.

En la dentición permanente, se resalta el índice COP en adolescentes y jóvenes de edades entre los 12 y 18 años, siendo este de 5.0, lo cual es relevantemente mayor que los reportes del ENSAB IV, donde para este grupo etario, corresponde a 3.18; este índice continúa aumentando de manera progresiva con el edad, es así como para nuestro estudio a los 44 años llega a ser de 7.7, mientras que en el ENSAB se reporta un 11.05, frente a los reportes con adultos mayores, al llegar al grupo etario de los 65 a 79 años, en nuestros hallazgos se reporta un COP de 26.4, mientras en el ENSAB indican un índice

de 20.55, siendo este dato inferior a lo encontrado en la comunidad del Vergel-Calarma.

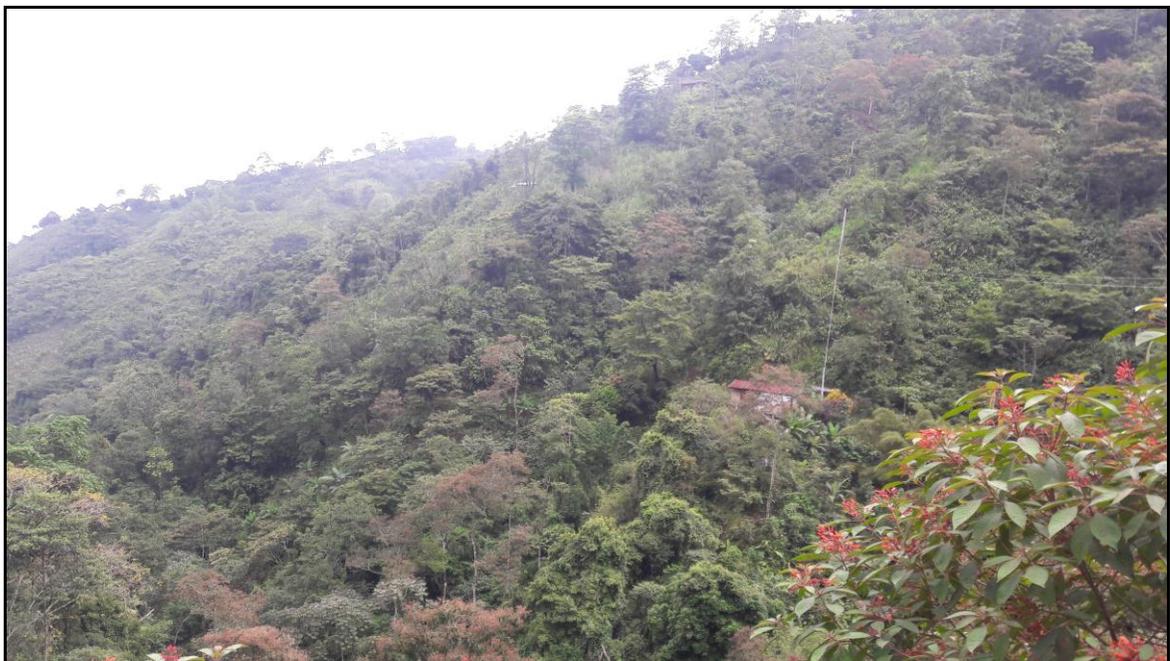
Los anteriores datos del ENSAB IV son reportados teniendo como referente la población general; sin embargo, al discriminar los índices por procedencia, se hace evidente que estos datos se incrementan en la población que habita el territorio rural disperso, como lo es la comunidad del Vergel-Calarma. Por tanto, en el ENSAB IV el índice cop es de 2.09 siendo este índice más cercano al reportado en esta investigación, para el ENSAB el COP es de 10.81, y COP-cop es de 2.80, mientras para este estudio es de COP 13.35 y COP-cop 5.0 siendo significativamente mayores que los datos del mencionado estudio de salud bucal.

Frente a la condición de diente sano, el ENSAB IV indica que las cabeceras municipales reportan los mayores promedios de dientes sanos para los tres tipos de denticiones, y en lo rural disperso, los peores índices. Para la dentición temporal el índice es de 15.33, para dentición mixta es 21.13 y para dentición permanente es de 16.35, según el estudio nacional, mientras que, en nuestro estudio se reportan índices de 10.06 para dentición permanente, 1.8 para dentición temporal y 8.7 para dentición mixta, lo cual es significativamente menor en la población del Vergel-Calarma en comparación con los datos generales del ENSAB IV, indicando unas condiciones predominantemente negativas para la comunidad indígena.

Frente a las lesiones asociadas al uso de prótesis dentales, en nuestros hallazgos se reporta una experiencia de aumento tisular del 20%, identificando este tipo de lesión en 1 persona de las 5 que utilizan prótesis removible; en cuanto a la estomatitis sub prótesis, la experiencia corresponde a un 80%, siendo identificada en 4 de 5 personas; finalmente, frente a la queilitis angular, la presencia de este tipo de lesión se identifica en 1 de las 5 personas examinadas, correspondiendo a un 20%. Los anteriores datos son equiparables a los datos encontrados en el ENSAB IV, donde se reporta una experiencia mucho mayor de estomatitis sub prótesis que de aumento tisular, y donde no se reporta el hallazgo de la queilitis angular.

Finalmente, con relación a las anomalías del desarrollo, fueron evaluadas en nuestra investigación la fluorosis dental, opacidades demarcadas e hipoplasias en el esmalte. Frente a esto encontramos que para la comunidad del Vergel-Calarma estas anomalías se reportan con una ocurrencia de 20% en niños, 36% en adolescentes y jóvenes y 22% en adultos jóvenes para opacidades demarcadas, siendo el comportamiento de este tipo de anomalía similar a lo reportado en el ENSAB IV donde los valores indican que la mayor prevalencia de opacidades demarcadas se encuentran en el grupo de adolescentes siendo éste de 33.35%, seguido de los adultos jóvenes con una prevalencia de 30.41% y niños con un índice de 29.20%.

En cuanto a la fluorosis dental, en el estudio nacional, se reporta una prevalencia de 8.43% en niños, y de 62.15% para adolescentes y jóvenes. Al compararlo con los hallazgos encontrados en nuestra investigación, se evidencia que la prevalencia en niños de la comunidad del Vergel-Calarma es de 25% y para adolescentes del 90%, comportamiento que concuerda con lo reportado en el estudio nacional donde se hace evidente que el mayor índice de prevalencia está representado por este grupo etario.



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Montañas en tierras Pijaos, Ortega-Tolima

2. De manera consecuente, el primer nivel de atención de esta población son sus propios saberes y prácticas, estrategia soportada en sus recursos terapéuticos más cercanos. Este nivel de atención tiene un fuerte soporte sociocultural, pero es además una muestra de la precaria situación sanitaria por la que atraviesa el país, donde es evidente la falta de políticas equitativas en salud destinadas a estas comunidades. En este sentido, la autoatención opera como la forma cardinal de atender los padecimientos, siendo un recurso representativo para hacer frente a las restricciones del sector salud en el campo de la odontología, y más aun de la odontología especializada, como lo es la endodoncia (4).

Al referirnos a los sistemas de atención a la salud bucal destinada a atender a la comunidad, es claro que la IPS-I The Wala ha adoptado un modelo de salud fundamentado en el enfoque diferencial, teniendo como base el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural –SISPI- lo cual ha permitido un acercamiento con la comunidad al fortalecer las prácticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (74, 75,76). Aún bajo estas consideraciones normativas, el SISPI no tiene la capacidad operativa para hacer frente a la inequidades sociales que padecen estas comunidades y no tiene la capacidad para solventar el gerencialismo que lidera el sistema de salud del país (74, 75,76). Otro obstáculo en esta apuesta intercultural son las barreras ideológicas de los profesionales de la salud que laboran en la IPS-I, profesionales en quienes el racismo y el biologicismo orientan sus prácticas de atención a la salud en estos territorios.

Además de contar con la atención odontológica de la IPS-I, esta población también cuenta con los servicios de la ESE San José, odontólogos empíricos y consultorios particulares del municipio, servicios que son escasamente utilizados por la comunidad del Vergel-Calarma, debido a los altos costos de la atención, ya que esto resulta en ser un gasto excesivo para las familias, descompensando así los gastos de las necesidades básicas.

3. Es claro que esta forma de atender sus padecimientos bucales, no es simplemente una manera de atender la enfermedad –en este caso el dolor de origen pulpar-, sino un núcleo difuso donde convergen los saberes de otras formas de atención, para a partir de ellas asumir algunos como propios y ejecutarlas. El dolor pulpar es una realidad que la totalidad de esta población ha

padecido, y tiene un componente psicosocial que denota un cuerpo en crisis social y que la gente lo relaciona con experiencias personales y comunitarias íntimamente relacionadas.

Del dolor, se sabe que debe ser entendido como una experiencia humana, reconocida como un círculo de percepciones individuales y colectivas, y de dimensiones tanto fisiológicas, psicológicas y culturales que hacen parte de las experiencias de vida (23,33). Frente a esto, la comunidad del Vergel-Calarma reconoce el dolor como una experiencia que es racionalizada como parte de su ciclo vital y que por tanto, es inevitable y debe ser soportado sin interrumpir esto en su cotidianidad, por tanto para ellos el dolor dental resulta no ser incapacitante. El dolor ha sido comprendido como “*compañero de vida*”, formando parte de lo humano, ante lo cual no se puede negar su íntima relación con aspectos socioculturales que permiten su materialización a través de las distintas creencias y prácticas de los grupos sociales (34,35). Frente a esto, el dolor de origen pulpar para los indígenas de esta comunidad, es un argumento para el cuidado familiar, siendo socializado al interior de su núcleo familiar y de vecindad más cercano para activar las redes de apoyo y todo el arsenal de saberes dispuesto para dar solución a este tipo de padecimientos.

Por su inmensa relación con lo rural los Pijaos del Vergel-Calarma coexisten con un sinnúmero de elementos florísticos que proveen a la gente de recursos alimenticios y medicinales de fácil consecución. Tal y como es reportado en otras investigaciones (4), el uso de las plantas proviene de conocimientos especializados, particularmente de médicos ancestrales y yerbateros, difundidos involuntariamente a la comunidad a través de encuentros terapéuticos. Así, la gente asimila y dinamiza la ubicación de la flora medicinal –jardines, huertas, potreros-, su preparación –emplastos, colutorios- y su manejo para la contención de los malestares y padecimientos (4, 15,16).

Para la gente de esta comunidad indígena, el uso de las plantas medicinales ha sido aprehendido dentro de su racionalidad y sus dinámicas personales y sociales convirtiéndolo en su primer mecanismo de soporte para hacer frente a los dolores provenientes de la cavidad bucal, principalmente los de tipo odontogénico. En el

texto Medicina y magia en el sur del Tolima, se relata como el jugo de limón y las hojas del mirto son utilizadas para el manejo del dolor dental; relatos que fueron confirmados en el trabajo de campo donde se evidenció la manera en la cual hacen uso de plantas como la dormidera y el mirto para aliviar el dolor dental (77).

Además del uso de plantas medicinales, la interacción con los servicios y personal de salud occidental, ha adicionado al conjunto de recursos terapéuticos los medicamentos, principalmente los de carácter analgésico, sin desconocer el uso excesivo de antimicrobianos, como terapia para el manejo de las enfermedades. Es por tanto como el uso de medicamentos se convierte en una actividad de la cotidianidad de los grupos familiares, aunque restringida al uso de los fármacos de venta libre y de más fácil consecución. Frente a esto se ha descrito en la literatura disponible sobre autoatención que los recursos de origen farmacéutico se incorporan aceleradamente en estas prácticas de autoatención (4).

Dicha investigación (4) resalta que aunque es claro que el mecanismo de acción de cualquiera de estos elementos terapéuticos es desconocido por la gente, su eficacia terapéutica es otorgada a su uso y se fundamenta en la experiencia personal y/o colectiva, esto es corroborado en la presente investigación, donde se atribuye una eficacia terapéutica fundamentada en el arraigo cultural y socialmente legitimado a este tipo de prácticas curativas.

La autoatención aparece como una racionalidad particular generada a partir de un crisol entre los distintos modelos de atención a la salud -medicina occidental y tradicional-, lo cual permite que la forma de contención de los dolores resulte en un soporte material e inmaterial para todo el núcleo familiar, una solvencia humana de esta comunidad, una respuesta social con un fuerte arraigo histórico y cultural, un mecanismo identitario frente al sistema de salud, y un sustrato ideológico para la lucha y la organización.

Una última esencia de este modelo es que es operado por las mujeres, reproductoras biológicas y culturales de su progenie. Su responsabilidad en la carrera curativa es evidente en este territorio Pijao, en donde son las madres y

demás cuidadoras las encargadas de atender a sus familias ante todo tipo de inconvenientes en el PSEA (10-14).



Trabajo de Campo Daniela Liscano. Gobernadora del Cabildo indígena Pijao del Vergel-Calarma

La autoatención del dolor de origen pulpar en esta comunidad indígena es también una expresión autonómica en el territorio, misma en donde se expresa que el disfrute de la salud y la atención de la enfermedad se convierten en un eje transversal de la pervivencia.

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

Esta investigación permitió dilucidar los saberes populares en salud y, en específico, las prácticas de autoatención para la contención y prevención del dolor dental en la comunidad Pijao de Vergel-Calarma, municipio de Ortega, departamento de Tolima.

Para esta comunidad, la boca representa más que una estructura biológica; forma parte de su perpetuación social, biológica y cultural. A través de ésta, se realizan las formas de socialización más simples y necesarias para la consolidación de los grupos sociales; se interactúa con sus pares mediante el habla, se generan dinámicas sociales como las asambleas y los almuerzos comunitarios; se acerca al otro mediante el acto de besar y sonreír. Es así como la boca forma parte de la construcción de este pueblo indígena como comunidad con lazos de fraternidad y redes de apoyo. De esta manera el PSEA bucal de este colectivo aparece ligado a su ciclo vital, y además está confinado a las estructuras dentales, generando malestar a quien padece y copadece. Aún esta situación, el dolor dental no es un asunto incapacitante.

De manera más específica, el dolor de origen pulpar no es diferenciado como específico en la cavidad bucal por parte de los integrantes de esta comunidad, sin embargo, éste es asociado a la que reconocen como la principal enfermedad de la cavidad bucal, la caries dental, reconociendo un origen biológico a ésta y una necesidad de tratamiento clínico.

Respecto a la respuesta sociales para hacerle frente, la autoatención se soporta en la utilización de elementos que provienen de la medicina occidental –hegemónica- debido a la interacción de esta población con los servicios de salud occidentales, reconociendo la eficacia y eficiencia de los medicamentos y tratamientos clínicos y farmacológicos para solucionar este tipo de malestar. Este recurso se complementa con elementos herbolarios que pertenecen al arsenal curativo de la medicina tradicional, y que las familias y grupos comunales han apropiado en sus propios espacios y racionalidades.

Aun cuando los integrantes de esta comunidad desconocen el mecanismo de acción de dichos elementos terapéuticos –medicamentos farmacéuticos, elementos herbolarios y

de uso y consumo casero-, éstos son utilizados con alta frecuencia, debido a que su eficacia terapéutica, estrategia también fundamentada en la experiencia personal y/o colectiva.

En esta terapéutica, el uso de yerbas como recurso para la contención del dolor dental es un elemento esencial en el modelo médico de autoatención. Esto es debido a que son insumos que no generan un coste económico -o si lo generan es mínimo-, y en la actualidad son reconocidos por ellos mismos por su arraigo cultural sobre el cual se está fortaleciendo la identidad y la autonomía.

Para esta comunidad Pijaos, el dolor dental es prevenible en la medida que se evite la aparición de la caries dental, por lo cual recurren al otro componente de la autoatención, el autocuidado. Para hacer frente a ésta, recurren como principal forma de autocuidado al cepillado con crema y cepillo dental; aun cuando reconocen y han utilizado otras formas y elementos de higiene bucal, ésta es la más aceptada por la comunidad debido al impacto que han generado los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad por parte del sector salud liderado por las instituciones gubernamentales.

En todo este tipo de acciones de autocuidado y automedicación la familia es el eje de reproducción de dichos conocimientos y prácticas. Son las mujeres/cuidadoras de la parentela extensa en donde se dinamizan las racionalidades respecto al PSEA y de allí se distribuyen todo tipo de decisiones en la atención de los integrantes de las familias, mismas que tienen un fuerte lazo de interacción con vecinos, con quienes igualmente intercambian estos conocimientos.

La mujer, en su rol principal en la comunidad como madre y cuidadora, es quien debe hacerse responsable del cuidado de la familia, por tanto es ella quien debe tener una apropiación de la mayoría de saberes para diagnosticar y tratar los padecimientos; identificando no sólo los signos y síntomas cuando aparecen, sino cuando éstos desaparecen, para lo cual es ella quien debe comprender no solo las enfermedades, sino los tratamientos y los recursos utilizados para tal fin.

Referente a las condiciones de salud bucal de la comunidad del Vergel-Calarma, los indicadores son alarmantes, presentando índices COP, cop, COP-cop mucho mayores a los reportados por el último Estudio Nacional de Salud Bucal –ENSAB IV-; corroborando

que son las minorías étnicas del país, quienes en su mayoría habitan las zonas llamadas rurales dispersas, el grupo que presenta los peores índices de salud bucal, lo anterior debido a una escasa atención gubernamental y a servicios de salud inapropiados y carentes de personal capacitado en enfoque diferencial e intercultural.

Frente a los sistemas de atención a la salud bucal destinados a atender a la comunidad del Vergel-Calarma, se ha hecho evidente que aun cuando IPS-I The Wala opera bajo la dirección del SISPI, no ha logrado la capacidad operativa para hacer frente a las problemáticas en salud bucal de la comunidad debido a las abrumadoras inequidades sociales por las que atraviesa este grupo social, las cuales en definitiva serán representadas en su mayoría en barreras de acceso a los servicios de salud.

Finalmente, la autoatención en salud bucal es un núcleo de conexión entre diversas estrategias de atención que le permite a esta comunidad indígena dar solución parcial a los dolores relacionados con las estructuras dentales.

5.2 Recomendaciones

Las recomendaciones en este trabajo se hacen a la luz de propuestas para fortalecer este campo temático específico. Mismo en donde surgen diferentes preguntas de investigación que precisan además de conocimientos de otras profesiones y disciplinas.

- Este tipo de investigaciones en el campo de las especialidades odontológicas son importantes para motivar la discusión alrededor de los sujetos/objeto de estudio de las mismas; en el caso particular de esta investigación, la discusión se da en torno a las complejas y dinámicas particularidades de la especialidad en endodoncia y tal vez su principal motivo de consulta, el dolor odontogénico.
- Es central el fortalecimiento del trabajo entre las especialidades odontológicas y de éstas con otras profesiones, para de esta manera y a través de la complementariedad de saberes abordar las problemáticas concernientes a la cavidad bucal acompañado de explicaciones biológicas, sociales y culturales, con todo lo que esto implica para el ejercicio profesional y social.

- Es necesario la exploración y el fortalecimiento de temáticas sociales en el campo de las especialidades odontológicas para lograr entender las particularidades de los grupos sociales que acuden a los servicios odontológicos, y así abordar los problemas de salud de manera integral con enfoque diferencial.
- Se deben orientar nuevas preguntas de investigación relacionadas con la gestión de estrategias de atención odontológica para esta población. Es una obligación solventar el problema de salud bucal de la población colombiana.
- Esta gestión sanitaria debe incluir la capacitación de personal sanitario del nivel primario de atención a la salud y la búsqueda de tecnologías costo efectivas y de amplio impacto.
- Finalmente, es evidente que se debe hacer un llamado a las escuelas formadoras de profesionales y especialistas de la salud bucal para generar discusiones propositivas frente a la manera en que se abordan los paradigmas sobre la atención odontológica en la sociedad colombiana, la cual atraviesa por un momento coyuntural e histórico de reparación y reconciliación, siendo éste una oportunidad para reivindicar el ejercicio profesional, recordando que toda la sociedad merece atención odontológica de calidad.

ANEXO 1

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ORDEN INDIVIDUAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA INVESTGACIÓN.
AUTOATENCIÓN DEL DOLOR DE ORIGEN PULPAR EN LA
COMUNIDAD INDÍGENA PIJAO DEL VERGEL-CALARMA,
SUR DEL TOLIMA**

Lugar: _____,

Fecha: _____ de 2016

Yo _____, persona mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. _____, obrando en nombre propio o siendo representante del menor () de nombre _____.

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

1. Que la investigación "AUTOATENCIÓN DEL DOLOR DE ORIGEN PULPAR EN LA COMUNIDAD INDÍGENA PIJAO DEL VERGEL-CALARMA, SUR DEL TOLIMA" liderada por la odontóloga Yesica Daniela Liscano Pinzón, y regulada por la Universidad Nacional de Colombia con acta de aprobación del comité de ética en investigación No. _____ de la facultad de Odontología, tiene como objeto evaluar las prácticas de autoatención para el manejo del dolor pulpar, así como preguntar por algunos aspectos que se relacionan con el cuidado y la salud bucal, con el fin de contar con información actualizada y veraz.
2. Que para este fin, ella como odontóloga capacitada me practicará a mí o a la persona que legalmente represento, una entrevista que indague sobre aspectos que influyen en mis condiciones de salud oral, así como de las prácticas para atender mis padecimientos de la cavidad bucal, esto en mi residencia o sitio dispuesto para tal fin. La entrevista y el acompañamiento no tendrá un tiempo establecido, será realizado durante el lapso que la odontóloga y yo, o mi representado de común acuerdo establezcan.
3. Que al consentir participar en esta investigación, mi representado y/o yo damos permiso para que se realice la entrevista. Es claro que tenemos el derecho de retirarnos de la investigación en el momento que queramos, o consideremos que ha sido vulnerada nuestra intimidad, y/o afectados nuestros derechos culturales.
4. Comprendo que el hacer parte del presente estudio no implica costo y/o beneficio económico para mí o para mi representado.
5. Comprendo también que el beneficio que ofrece el estudio para quien participe se limita a conocer de manera verbal el estado de mi salud bucal, o de mi representado, y las diferentes prácticas que puedo utilizar para mi cuidado y manejo del dolor de origen

pulpar. En caso de que mis condiciones, o las de mí representado, requieran de intervención urgente seré remitido al puesto de salud del municipio de Ortega-Tolima, o a la Institución de salud a la que me encuentre afiliado, para ser atendido. Entendiendo que, esta remisión no implica compromiso alguno por parte de la Odontóloga Yesica Daniela Liscano Pinzón para realizar el tratamiento requerido.

6. Se me ha informado que si durante el desarrollo de la investigación tengo alguna inquietud podré comunicarme con el profesor Dr. Edson Jair Ospina al número 3165000 ext. 16019, o al correo electrónico ejospinal@unal.edu.co.

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENTREVISTAD HUELLA, PARA PERSONAS QUE NO SABEN FIRMAR

FIRMA DEL ENTREVISTADO NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE Legal HUELLA, PARA PERSONAS QUE NO SABEN FIRMAR

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE COMPLETO Y REGISTRO DE LA ODONTÓLOGA

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE UN TESTIGO

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ORDEN COMUNITARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA INVESTGACIÓN. AUTOATENCIÓN DEL DOLOR DE ORIGEN PULPAR EN LA COMUNIDAD INDÍGENA PIJAO DEL VERGEL-CALARMA, SUR DEL TOLIMA.

Lugar: _____,

Fecha: _____ de 2016

Yo _____, persona mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. _____, obrando en representación legal, como Gobernadora del cabildo Indígena Vergel-calarma, de Ortega-Tolima.

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

1. Que la investigación "AUTOATENCIÓN DEL DOLOR DE ORIGEN PULPAR EN LA COMUNIDAD INDÍGENA PIJAO DEL VERGEL-CALARMA, SUR DEL TOLIMA" liderada por la odontóloga Yesica Daniela Liscano Pinzón, y regulada por la Universidad Nacional de Colombia con acta de aprobación del comité de ética en investigación No. _____ de la facultad de Odontología, tiene como objeto evaluar las prácticas de autoatención para el manejo del dolor pulpar, así como preguntar por algunos aspectos que se relacionan con el cuidado y la salud bucal, con el fin de contar con información actualizada y veraz.
2. Que para este fin, ella como odontóloga capacitada le practicará a la comunidad, una entrevista que indague sobre aspectos que influyen en las condiciones de salud oral, así como de las prácticas para atender los padecimientos de la cavidad bucal, esto en las residencias familiares o sitio dispuesto para tal fin. La entrevista y el acompañamiento no tendrá un tiempo establecido, será realizado durante el lapso que la odontóloga y el entrevistado y/o su familia de común acuerdo establezcan.
3. Que al consentir participar en esta investigación, yo como representante legal del resguardo doy permiso para que se realice el trabajo investigativo. Es claro que tenemos el derecho de retirarnos de la investigación en el momento que queramos, o consideremos que ha sido vulnerada nuestra intimidad, y/o afectados nuestros derechos culturales.
4. Comprendo que el hacer parte del presente estudio no implica costo y/o beneficio económico para la comunidad.

5. Comprendo también que el beneficio que ofrece el estudio para quien participe se limita a conocer de manera verbal el estado de salud bucal, y las diferentes prácticas que podemos utilizar para el cuidado y manejo del dolor de origen pulpar. En caso de que existan condiciones que requieran de intervención urgente el participante será remitido al puesto de salud del municipio de Ortega-Tolima, o a la Institución de salud a la que se encuentre afiliado, para ser atendido. Entendiendo que, esta remisión no implica compromiso alguno por parte de la Odontóloga Yesica Daniela Liscano Pinzón para realizar el tratamiento requerido.
6. Se me ha informado que si durante el desarrollo de la investigación tengo alguna inquietud podré comunicarme con el profesor Dr. Edson Jair Ospina al número 3165000 ext. 16019, o al correo electrónico ejospinal@unal.edu.co.

Me permito informar que he leído y comprendido el presente documento, tuve la oportunidad de indagar por las inquietudes que me surgieron y estas fueron respondidas de manera oportuna. Por todo lo anterior, doy mi consentimiento de manera libre y sin ser coaccionado por parte de la investigadora, para que realicen la investigación en la comunidad indígena a la cual represento.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL
QUE NO SABEN FIRMAR

HUELLA, PARA PERSONAS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
REPRESENTANTE LEGAL

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL

NOMBRE COMPLETO Y REGISTRO DE LA ODONTÓLOGA

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE UN TESTIGO

ANEXO 3

AUTOATENCIÓN DEL DOLOR DE ORIGEN PULPAR EN LA COMUNIDAD INDÍGENA PIJAO DEL VERGEL-CALARMA, SUR DEL TOLIMA ODONTOGRAMA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: _____

NÚMERO DE DOCUMENTO: _____

EDAD: _____

The dental chart is divided into four quadrants: BUCALES (upper and lower) and LINGUALES (upper and lower). Each quadrant contains a set of tooth icons numbered 11-18, 21-28, 31-38, 41-48, 51-58, and 61-68. A legend titled 'CONVENCIONES' defines symbols for: EXCESO MARGINAL, ROTACION, EXTRUSION, INTRUSION, INCLINACION, AUSENTE, SELLANTE, ROJO AFECTADO, AZUL OBTURADO, EXTRACCION INDICADA, EXTRAIDO, SIN ERUPCIONAR, ENDODONCIA, and CORONA.

DIENTE		DESCRIPCIÓN
18		
17		
16		
15	55	
14	54	
13	53	
12	52	
11	51	
21	61	
22	62	
23	63	
24	64	
25	65	
26		
27		
28		
38		

37				
36				
35	75			
34	74			
33	73			
32	72			
31	71			
41	81			
42	82			
43	83			
44	84			
45	85			
46				
47				
48				
SANOS	CARIADOS	OBTURADOS	PERDIDOS	COP(d)

OTROS

LABIOS	
MUCOSA YUGAL	
LENGUA	
PISO DE BOCA	
ENCÍAS	

EXPERIENCIA (HISTORIA) DE DOLOR PULPAR: SI () NO ()

MANEJO:

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL:

Bibliografía

1. WHO.int. La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales (internet). WHO.int. 2004 (consultado el 13 de mayo de 2016). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
2. Minsalud. IV estudio nacional de salud bucal ENSAB IV (internet) .2015 (consultado el 15 de marzo de 2016). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>
3. WHO.int. Salud bucodental (internet). WHO.int. 2012 (consultado el 13 de mayo de 2016). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
4. EJ Ospina, CB Ortiz. Autoatención en salud oral en el pueblo Yanacona de los andes del sur de Colombia. *Acta Odontológica Colombiana*; 2011. 1(2): 85-101.
5. Osorio RM 1994. La cultura médica materna y la salud infantil. Tesis de maestría, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
6. Aguirre Beltrán, G. Los programas de salud interpretados en la situación intercultural, INI, México, 1965.
7. Menéndez EL 1978. El modelo médico y la salud de los trabajadores, pp. 11-53. In F Basaglia et al. La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud. Editorial Nueva Imagen, México.
8. Menéndez EL1979. Cura y control. Editorial Nueva Imagen, México.
Menéndez EL 1981. Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán. Ediciones de la Casa Chata, México.

9. Menéndez EL 1982. Autoatención y automedicación, un sistema de transacciones sociales permanentes, pp. 4-52. In EL Menéndez (edit.). Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina popular. Casa Chata/CIESAS, México.
- 10.Th, Litman. La familia, la salud y la atención de la salud: un estudio socioconductista, en E. J. Jaco, 1982. 146.
- 11.Sehnet, K, Eisemberg H. Cómo ser su propio médico. Grijalbo, México. 1980
12. Soberón, G. El cambio estructural en la salud, en Salud Pública, vol. XXIX (2), 1987: 123.
13. Collado, R. Médicos y estructura social, FCE. México, 1976.
- 14.Zola, I.K. Medicine as an institution of social control, en J. Ehrenreich (comp). The cultural crisis of modern medicine, Monthly Review Press, 1978: 80-100
- 15.Menéndez EL1992a. Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del teoricismo al movimiento continuo. Cuadernos Médico-Sociales; 59:3-18.
- 16.Kleinman A 1988a. The illness narratives. Sufferings, healing and the human condition. Basic Books, New York.
- 17.Kleinman A 1988b. Rethinking psychiatry: from cultural categorie to personal experience. The Free Press, New York.
- 18.Young, A. The anthropologies of illness and sickness, Ann Rev. Anthropol., 1982. 11, 257.
- 19.Foucault, M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina, en educación médica y salud, 10 (2): 152-170
- 20.Menéndez EL.1983. Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. Casa Chata-Ciesas, México.

21. Menéndez EL. 1984. Descripción y análisis de las representaciones y prácticas de grupos domésticos sobre la mortalidad en niños menores de cinco años en una comunidad de Guanajuato. Ministerio de Salud, México.
22. Menéndez EL 1990a. Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. Alianza Editorial Mexicana, México.
23. Menéndez EL 1990b. Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. Casa Chata-Ciesas, México.
24. Menéndez EL 1994. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades 4 (7):71-83.
25. Menéndez EL 1997. El punto de vista del actor. Homogeneidad, diferencia e historicidad. Relaciones 69:237-271.
26. Menéndez EL & Di Pardo R 1996. De algunos alcoholismos y algunos saberes. Colecc. M. Othon de Mendizabal, Ciesas, México.
27. Menéndez EL & Ramírez S 1980. Producción social y reproducción ideológica de los procesos de salud/ enfermedad en una comunidad yucateca. Ministerio de Salud, México.
28. Menéndez EL 2000. Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos, pp. 163-88. In E Perdiguerro & JM Comelles (eds.). Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Edición Bellaterra, Barcelona.
29. Menéndez EL 2002. La parte negada de la cultura. Edición Bellaterra, Barcelona.
30. Menéndez EL (edit.) 1982. Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina popular. Casa Chata-Ciesas, México.
31. Menéndez EL & Di Pardo R 1999. Modelo médico hegemónico y alcoholismo: psiquiatras, epidemiólogos y educadores. Ministerio de Salud, México.

32. Barragán Solís A. (2005) La experiencia del dolor crónico. Tesis de doctorado en antropología. México: INAH-ENAH. .
33. Menéndez EL 1998. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. Estudios Sociológicos46:37-67.
34. Morris D (1993). La cultura del dolor. Santiago de Chile: Ed. Andrés Bello.
35. Guercy, A, Consingliere S (2000). Il dolore trabiología e cultura. Il dolore, la doluleur, pain. Genova: SOMA, 5-19.
36. Barragán Solís A (1999). Las múltiples representaciones del dolor: representaciones y prácticas sobre el dolor crónico, en un grupo de pacientes y de médicos algólogos. Tesis de maestría en antropología social. México: ENAH, p.49.
37. Barragán Solís A, Sánchez R, Ramírez De La Roche OF (2004). La experiencia en el saber médico. Toluca, México: UAEM. Antropofomas, 9, 13-19.
38. Barragán Solís A. (2001). Representaciones del dolor crónico en un grupo de enfermos u sus médicos. México: Cuicuilco, 8 (23): 171-190.
39. Barragán Solís A. (2003). El cuerpo en la experiencia del dolor crónico: avances. En: Sánchez Díaz S, Prado Camacho SA (coords.). Primer Foro de Investigación Científica en la ENAH. México: ENAH: 267-275.
40. Berio A, Piazzzi A (2000). Aspetti clinici e antropologici del dolore nelle malattie metaboliche infantili. Il dolore, la doluleur, pain. Genova: SOMA: 26-39.
41. Kunzle D (1992). El arte de sacar muelas en los siglos XVII y XIX: de martirio público a pesadilla privada y lucha política? En: Feher M et al. Fragmentos para una historia del cuerpo humano. Barcelona: Taurus: 29-89.

42. Kleinman A (1994). Pain and resistance: the deligitimation and religitimation of local worlds. En: Del Vecchio Mary-Jo *et al.* (eds). Pain as human experience. *An anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press: 169-197.
43. Menéndez EL 2000. Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos, pp. 163-88. In E Perdigüero & JM Comelles (eds.). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Edición Bellaterra, Barcelona.
44. Williams SD, Parker EJ, Jamieson LM. Oral health-related quality of life among rural dwelling indigenous Australians. *Australian Dental Journal*. 2010; 55: 170-176.
45. Tze-Fang Wang, Chyuan Chou, Yu Shu. Assessing the effects of oral health-related variables on quality of life in Taiwanese adults. *Qual Life Res*. 2013; 22: 811-825.
46. Arcury T, Bell R, et al. Oral health self care behaviors of rural older adults. *J Public Health Dent*. 2009; 69(3): 182-189.
47. Favero A, Guanás C, et al. Primary healthcare and the construction of meanings for oral health: a social constructionist interpretation of discourses by the elderly. *Ciencias / saude colectiva*. 2012; 17(8): 2053-2062.
48. Franco A, Jiménez J, et al. Conocimientos y prácticas de cuidado bucal de las madres de niños menores de seis años. *Revista CES Odontología*. 2003; 16(1): 27-33.
49. Esan A, Oluwatoyin M, et al. Effect of a school based oral health education programme on use of recommended oral self care for reducing the risk of caries by children in Nigeria. *International journal of pediatric dentistry*. 2015; 25: 282-290.
50. Hull P. Reece M, et al. A community. Based oral health self care intervention for Hispanic families. *Int Public Health*. 2014; 59(1): 61-66.

51. Mariño RJ. Cultural aspects of ageing and health promotion. *Australian dental journal*. 2015; 60 (1): 131-143.
52. Nair BG, Singh S. Parental perspectives on self care practices and dental sealants as preventive measures for dental caries. *SADJ*. 2016; 71 (4): 154-158.
53. Miltiades H. Early childhood experiences, cultural beliefs, and oral health of Mexican American women. *Hispanic health care international*. 2013; 11(2): 87-94.
54. Mariño RJ, Albala C, Sanchez H, et al. Prevalence of diseases and conditions which impact on oral health and oral health self care among older Chilean. *Journal of aging and health*. 2015; 27(1): 3-16.
55. Triana F, et al. Estudio de morbilidad oral en niños escolares de una población de indígenas amazónicos. *Colomb Med*. 2005; 36 (3): 26-30.
56. Godoy A, et al. Prevención en salud bucal: revisión de las acciones con enfoque intercultural para los pueblos indígenas. *Ciencia odontológica*. 2014; 11 (1): 39-49.
57. Medina L. Dificultad comunicacional entre los profesionales de odontología y los pacientes indígenas. *Ciencia odontológica*. 2011; 8 (2): 132-140.
58. Albarrán Y, et al. Salud bucal en indígenas latinoamericanos: una revisión sistemática. *Rev Venez Invest Odonto*. 2017; 5(2): 238-262.
59. Polanco H, et al. Prevalencia de caries dental en una comunidad escolar de la etnia wayúu en la guajira colombiana y su manejo con su medicina ancestral. *Acta odontológica colombiana*. 2011; 1(1): 25-52.
60. Carrillo T, Moreno G. Importancia de las plantas medicinales en el autocuidado de la salud en tres caseríos de Santa Ana Trujillo, Venezuela. *Rev. de la Fac. de Farmacia*. 2007.
61. Jaramillo G, et al. El expendedor de plantas de la ciudad de Medellín: su caracterización social y su saber en salud bucal. *Rev Fac Odontol Antioq*.

- 2007; 19 (1): 100-112.
62. De Paula K, et al. Patient automedication and professional prescription pattern in an urgency service in Brazil. *Braz Oral Res.* 2014; 28(1): 1-6.
63. Tamiatti M, et al. Factors associated with self medication in a Brazilian emergency dental service. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2012; 12(1): 65-69.
64. Nusstein J, et al. Comparison of preoperative pain and medication use in emergency patients presenting with irreversible pulpitis or teeth with necrotic pulps. *Oral surg oral med oral pathol pral radiol endod.* 2003; 96: 207-14.
65. Mininterior. Plan de salvaguardia étnica del pueblo pijao. Mininterior. Visitado el 01 de julio de 2017. Disponible en: <http://www.mininterior.gov.co/content/planes-de-salvaguarda-0>
66. Alcaldía municipal de Ortega. Ortega Tolima (en línea). Alcaldía municipal de Ortega (consultado el 23 de marzo de 2016); 2012. Disponible en: <http://www.ortega-tolima.gov.co>
67. Instituto Colombiano de desarrollo rural (INCODER). Acuerdo no. 363 de 2015. 05 de mayo de 2015.
68. Pijaos salud EPS. Entidad Promotora de salud indígena. Pijaos salud EPS /consultado 12 de julio de 2017). Disponible en: <https://www.pijaossalud.com/>
69. Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS, dolor iatrogénico. *Oncología (Barc)*. 2005; 28(3): 33-37.
70. Cohen S, Hargreaves K. Diagnóstico. En: *Vías de la pulpa*. 10ª. Ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
71. Velayutham G, Pradeep G, Venkateshbabu N. Assesment of pulp vitality: a review. *International Journal of Pediatric Dentistry.* 2009; 19:3-15.

72. Rosenberg P. Endodontic Pain. 2014. Ed. Springer
73. Jespersen J. Evaluation of dental pulp sensibility tests in a clinical setting. JOE. 2014; 40(3): 351-354.
74. Minsalud. Decreto número 1973 de 2013. (internet). 2013. (consultado el 17 de agosto de 2017). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201973%20de%202013.pdf
75. Minsalud. Pueblos indígenas avanzan en la estructuración del sistema indígena de salud propia e intercultural (SISPI). (internet). 2014. (consultado el 17 de agosto de 2017). Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Pueblos%20Ind%C3%ADgenas%20avanzan%20en%20la%20estructuraci%C3%B3n%20del%20sistema%20ind%C3%ADgena%20de%20salud%20propia%20e%20intercultural%20\(sisp i\).aspx](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Pueblos%20Ind%C3%ADgenas%20avanzan%20en%20la%20estructuraci%C3%B3n%20del%20sistema%20ind%C3%ADgena%20de%20salud%20propia%20e%20intercultural%20(sisp i).aspx)
76. Minsalud. Pueblos indígenas-Ministerio de Salud y Protección Social. (internet). 2013. (consultado el 17 de agosto de 2017). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Paginas/Pueblos-indigenas.aspx>
77. Estrada Ramírez H. Magia en el sur del Tolima. 2014. Instituto Caro y Cuervo