

Ethnography on dental pain in Pijao population in Ortega, Tolima¹

Etnografía sobre el dolor dental en población Pijao de Ortega, Tolima¹

EDSON JAIR OSPINA-LOZANO², YESICA DANIELA LISCANO-PINZÓN³

- ¹ Artículo producto del Proyecto financiado por la Convocatoria Nacional de Proyectos para el Fortalecimiento de la Investigación, Creación e Innovación de la Universidad Nacional de Colombia 2016-2018.
- ² Odontólogo. Especialista en Salud Familiar. Magister en Medicina Social. Doctor en Antropología Social. Universidad Nacional de Colombia.  0000-0002-4040-091X
- ³ Odontóloga. Especialista en Endodoncia. Candidata a Doctora en Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Nacional de Colombia. Profesor Asistente Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Colombia.  0000-0002-0534-9100

Abstract

Introduction: from a biological perspective, dental pain is a symptom that indicates damage to the dental pulp. Nevertheless, from a human-centered perspective, it is considered a process where substantial elements of the health culture are expressed, in this case, the symbolic representations about the mouth and teeth, and the different strategies that the population uses to solve this ailment. The objective was to understand the way in which the Pijao population understands and cares about their dental pain. **Method:** ethnographic study. Use of tools such as documentary analysis, participant observation, semi-structured interviews and field diary. **Results:** this kind of pain is common in the population, and is related to the presence of dental caries, and indicates the appearance of dental loss. Furthermore, the way in which it is understood and cared for is related to the symbolic representations about the mouth and teeth, and about their diseases and their care. Its initial treatment is given to the family through herbal and pharmaceutical resources. Considering its intensity, people turn to dental care for its therapeutic efficacy. This is the main reason to visit the dentist. **Conclusions:** dental pain is a process where subjects establish an awareness of their body. Likewise, it indicates poor oral health conditions, difficulties in the implementation of policies for Primary Oral Health Care, and the existence of economic and cultural barriers to access to health institutions.

Keywords:

toothache, pain, qualitative research, indigenous population, comprehensive dental care

Resumen

Introducción: desde una mirada biológica, el dolor dental es un síntoma que indica daño en la pulpa dental. Sin embargo, desde una perspectiva centrada en el ser humano, se considera un proceso en donde se expresan elementos sustanciales de la cultura de la salud; en particular, las representaciones simbólicas sobre la boca y los dientes, y las diferentes estrategias que utiliza la población para solventar esta dolencia. El objetivo comprender la manera en que la población Pijao entiende y atiende sus dolores dentales. **Método:** estudio etnográfico. Uso de herramientas como análisis documental, observación participante, entrevistas semi-estructuradas y diario de campo. **Resultados:** este dolor es común en la población, y se relaciona con la presencia de caries dental e indica el inicio de la pérdida dental. La manera en que se entiende y atiende se relaciona con las representaciones simbólicas sobre la boca y los dientes, y sobre sus enfermedades y su atención. Su tratamiento inicial se da en el ámbito familiar a través de recursos herbolarios y farmacéuticos. Debido a su intensidad, las personas acuden a la atención odontológica por su eficacia terapéutica. Es el principal motivo de consulta odontológica. **Conclusiones:** el dolor dental es un proceso en donde los sujetos instituyen una conciencia sobre su cuerpo. Igualmente, indica malas condiciones de salud bucal, dificultades en la implementación de políticas de Atención Primaria en Salud Bucal, y la existencia de barreras económicas y culturales de acceso a las instituciones sanitarias.

Palabras claves:

odontalgia, dolor, investigación cualitativa, población indígena, atención odontológica integral

Enviado: abril 24/2020 - Aceptado: noviembre 17/2020



Cómo citar este artículo: Ospina-Lozano EJ, Liscano-Pinzón YD. Ethnography on dental pain in Pijao population in Ortega, Tolima. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2021; 33(1): 45-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfo.v33n1a4>

INTRODUCCIÓN

El dolor dental es un crisol de experiencias humanas. Tiene una dimensión biológica que indica la inflamación de la pulpa y el inicio del deterioro de las estructuras dentarias¹, y un componente psicológico que altera las emociones y genera cambios en la vida cotidiana de quien lo padece². Igualmente expresa elementos sociales relacionados con el acceso a los servicios de atención odontológica³; e ingredientes culturales que consideran este síntoma como contravención o pecado; por lo tanto, un cuerpo en sufrimiento⁴.

En el campo odontológico, el dolor se privilegia. Es el principal motivo de consulta³, se trata con diversos analgésicos y anestésicos⁵, y con terapias especializadas⁶. Igualmente, es objeto de múltiples investigaciones que pretenden analizarlo desde diferentes perspectivas e intereses, reconociéndolo como una experiencia individual, compleja y multidimensional.

Tales investigaciones abordan varios temas. Uno es su medición^{7,8} y su prevalencia por grupo social⁸⁻¹⁰. Otro es la creación de nuevos fármacos para controlarlo¹¹, tarea que también implica el uso de plantas medicinales¹² y de terapias alternativas como la acupuntura¹³. Un tercer tema es el comportamiento de las personas al padecerlo^{8,14,15}, asunto que intenta demostrar diferencias por etnia¹⁴⁻¹⁶, género y estatus social^{8,10,15,16}.

La búsqueda de servicios de salud para la atención del dolor dental es otro tópico^{3,13,16,17}, cuestión relacionada con las barreras de acceso y las estrategias de autoatención que tiene cada grupo social^{9,10,14,15,18}. Un último tema hallado es la utilización de redes sociales para buscar información sobre estrategias terapéuticas para hacerle frente^{19,20}.

Por otra parte, las ciencias sociales no estudian en exclusivo al dolor dental, pero consideran al dolor como un suceso que genera sufrimiento en los sujetos relacionado con el contexto sociocultural, en donde se configuran diferentes estrategias para su atención²¹. Igualmente, es una expresión de la corporeidad humana, en el sentido en que el cuerpo es protagonista de la vida cotidiana, y expresa ideas psicobiológicas y socioculturales construidas como procesos históricos⁴.

Es importante mencionar que ninguno de los estudios revisados se centra en el dolor dental como un proceso multidimensional, obviando diversos elementos relacionales que permiten explicar su complejidad. Por este motivo, se realizó un estudio que reflexione sobre la forma en que los sujetos reconocen su boca, disfrutan su salud oral, asumen esta dolencia y dinamizan estrategias de atención para solventarla.

Para fortalecer la comprensión del dolor dental como proceso, se priorizó una aproximación teórica y metodológica de la antropología médica crítica, corpus disciplinar que permite explicar y comprender el Proceso Salud Enfermedad Atención –PSEA– como un fenómeno individual y colectivo, en donde interactúan elementos simbólicos y estructurales²²; es decir, el sentido y los significados de esta dolencia en determinada población, y el escenario social y económico en que sucede, incluida la realidad de los servicios sanitarios.

El escenario para hacer este estudio fue el Vergel-Calarma, comunidad indígena Pijao ubicada en el municipio de Ortega, departamento de Tolima. En esta población las enfermedades

de la cavidad bucal son comunes, y generan diferentes maneras de sentir y asumir estos padecimientos. Así, el objetivo de esta investigación es comprender la manera en que la población Pijao del Vergel-Calarma entiende y atiende sus dolores dentales.

MÉTODOS

Estudio etnográfico que incluyó el uso de técnicas de investigación como observación participante, diario de campo, entrevistas semi-estructuradas y análisis documental. Este enfoque implicó la prolongada interacción con la comunidad por parte de dos odontólogos investigadores, y una constante reflexión sobre los elementos simbólicos y estructurales relacionados con la forma en que las personas entienden y atienden sus dolores dentales²³.

La observación participante se realizó en varios escenarios, labor centrada en identificar la articulación entre las representaciones y las prácticas de los sujetos alrededor de la odontalgia. El primer espacio fue el ámbito familiar. Para esto se eligieron seis de las 37 familias de esta comunidad, a partir del mecanismo metodológico denominado tipos ideales, que permite elegir sujetos representativos de un colectivo²². Los criterios de selección fueron: vivir permanentemente en la región, tener uno o más hijos viviendo en casa, auto-reconocerse como integrante de este grupo étnico, y la participación voluntaria en el estudio.

El segundo escenario fue la consulta odontológica en una institución sanitaria ubicada en la cabecera municipal. Estas observaciones se sustentan en el uso del diario de campo, técnica de investigación que permitió registrar lo observado y conversado en los diversos escenarios de trabajo etnográfico. Este diario favoreció la reflexión e interpretación de los datos y su posterior organización²³.

Las entrevistas se hicieron a las cuidadoras de las familias indicadas (madres y abuelas), y a personas reconocidas en la comunidad por su labor en salud. En este caso, una Mohana o “médica tradicional”, una lideresa comunitaria y la odontóloga de la institución sanitaria. De esta manera se accedió a información específica generada desde una conversación formal orientada por un guion construido previamente.

El análisis documental incluyó la revisión de literatura sociosanitaria sobre los Pijao. Igualmente, se examinaron documentos institucionales sobre los programas de salud que implementa el gobierno local en las comunidades indígenas.

Los datos colectados se ordenaron en un cuadro analítico. Allí se organizaron a partir de tres categorías preestablecidas²³. La primera son las representaciones sociales de la boca y los dientes, para la comprensión de los saberes específicos que tiene la población sobre su cuerpo, su salud y su cuidado. La segunda son las afectaciones del dolor dental en la vida cotidiana de los sujetos, para la interpretación de su impacto social. La tercera son los recursos y las estrategias terapéuticas utilizadas en la odontalgia, para la caracterización de los modelos de atención existentes en el territorio. Dichas categorías son jerárquicas, y a partir de éstas se subordinaron y sistematizaron los datos obtenidos, luego analizados

desde premisas teóricas direccionadas a la comprensión del dolor dental, y a los elementos específicos y estructurales relacionados con su atención²².

Sobre los aspectos éticos, este estudio se soportó en la Resolución 8430 de 1993 sobre normas colombianas de investigación en salud, y en la Declaración de Helsinki sobre Principios Éticos de Investigación en Seres Humanos. Igualmente, se tuvo aval del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia (Acta 13-16), y el permiso de las autoridades tradicionales de esta comunidad indígena.

RESULTADOS

El Vergel-Calarma es una de las 114 comunidades pertenecientes al pueblo Pijao, grupo indígena integrado por 70.000 personas que principalmente habita el departamento de Tolima²⁴. Según una lideresa, “esta comunidad tiene 189 habitantes, agrupados en 37 familias”. Viven en minifundios donde producen alimentos de pancoger, cultivan caña para elaborar panela, y crían ganado vacuno y especies menores a pequeña escala.

Se organizan políticamente en un Cabildo y hacen parte del Consejo Regional Indígena del Tolima²⁴. “El proceso organizativo se dio con otros pueblos indígenas del país y nos permitió construir una estrategia de salud intercultural. Por eso los Pijao tenemos desde hace 15 años nuestra IPS *The´ Wala*”; indica la lideresa al referirse a su propia Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena.

De manera particular, la etnografía permitió comprender el dolor dental como un proceso que se manifiesta en diferentes dimensiones sociales, y que expresa elementos simbólicos y estructurales. Se destacan tres categorías principales: las representaciones sociales de la boca y los dientes; el impacto de esta dolencia en la vida cotidiana de los sujetos; y los recursos y las estrategias terapéuticas utilizadas en la odontalgia.

Sobre la primera categoría, la interacción con las familias evidenció que conciben la boca como esencial para pervivir mediante dos de sus funciones: la comunicación verbal y la masticación alimentaria. La boca es instrumento de interacción y máquina corporal. Por este motivo, “la lengua, los labios y los dientes son partes importantes para cuidar” y, en consecuencia, “evitar la aparición de enfermedades”, relata un joven padre.

Los dientes son artefactos especializados para procesar alimentos. Asimismo, permiten caracterizar las condiciones sociales y las necesidades de atención a lo largo de la vida: infantes con temporales, adultos con permanentes, abuelos con postizos. Un hombre mayor subraya que estos son referente colectivo de fortaleza y temeridad que antaño calificó a los Pijao como antropófagos, calificativo que permanece latente. Estas personas reconocen la dureza de los dientes, pero difícilmente explican su facilidad para “pudrirse”.

La segunda categoría se materializa una vez que se “pican los dientes”. Las cuidadoras reconocen que la caries es causada por “la mala limpieza dental y el hartado consumo de dulces”. En consecuencia, ellas consideran que las medidas de prevención son “responsabilidad

individual en los adultos” y “responsabilidad materna en los infantes”. La presencia de caries no tiene sentido hasta que aparece el dolor, un síntoma inequívoco de daño e inicio de destrucción dentaria.

Las entrevistas a personas de diversas edades permitieron reconocer que una vez se percibe el dolor, se expresa sufrimiento: llanto, silencio, lamento, quietud o retraimiento; cambios comportamentales orientados por la intensidad del malestar y la personalidad individual. “Es que un dolor de muela no se lo deseo ni a mi peor enemiga”, relata una joven mujer. Estos cambios motivan la socialización del dolor en el ámbito doméstico y la búsqueda de soluciones. Para las cuidadoras, esta dolencia genera sentimientos de culpa, por el “abandono” de la salud bucal de su parentela; y de “rabia”, por la distancia sociocultural de la familia con los servicios de atención odontológica.

La observación participante evidenció la discontinuidad de las actividades cotidianas ante la aparición del dolor dental “intenso”: los infantes no van a la escuela y los hombres ralentizan sus labores agrícolas. No obstante, las mujeres continúan sus tareas domésticas. En pocas ocasiones se sufre estoicamente porque la gente sabe que existen diversas estrategias para atender esta dolencia.

La tercera categoría se dinamiza una vez un individuo socializa este malestar en su ámbito doméstico. En consecuencia, las cuidadoras dinamizan su experiencia para solventarlo. A través de las entrevistas a varias madres se identificó que este proceso incluye la tipificación del origen y la ubicación del síntoma; por ende, utilizan diversos insumos y técnicas terapéuticas disponibles en el entorno doméstico y comunitario (Tabla 1).

Tabla 1. Elementos para tratar el dolor dental. El Vergel-Calarma

	Elemento	Fuente	Método
Planta medicinal	Dormidera Coca Marihuana	Huertas Jardines Bosques	Cocción de hojas y tallo. Colutorio
Planta alimenticia	Clavo Ajo	Tienda vereda Mercado	Macerado. En cavidad cariada
Farmacéutico	Ibuprofeno Acetaminofén	Tienda vereda Farmacia.	Tabletas, cápsulas
Insumo médico	Alcohol antiséptico	Tienda vereda Farmacia	En mota de algodón. En cavidad cariada.
Uso específico	Calza eléctrica, Linimento negro	Farmacia	En mota de algodón. En cavidad cariada
Otros elementos	Esmalte uñas	Tienda vereda	En mota de algodón. En cavidad cariada

Fuente: por los autores

Dichos insumos y técnicas se reconocen por su eficacia terapéutica, advertida por experiencias previas en el manejo del dolor. En las caminatas por el campo junto a dos mujeres mayores, se identificó que las plantas son un recurso inmediato. Se colectan en jardines, huertas y bosques, y se emplean sus hojas y tallos. Así, destacan la coca—*Erythroxilon cocca*, marihuana—*Cannabis sativa*—y dormidera—*Mimosa pudica*—. También ajo—*Allium sativum*— y clavo de olor—*Syzygium aromaticum*—.

Estos recursos son una medida inicial, y si el dolor persiste o se incrementa, se recurre a medicamentos farmacéuticos porque se reconoce su mayor eficacia terapéutica. En la entrevista a un droguista local y a varias cuidadoras, se conoció que los fármacos más utilizados son Acetaminofén e Ibuprofeno, comúnmente usados para el dolor de cabeza y de oído, adquiridos fácilmente en tiendas y farmacias, y de costo relativamente bajo. Su empleo se orienta de acuerdo con la edad del paciente y la magnitud del dolor, y a medida que éste aumenta o disminuye, se cambian dosis y frecuencias de consumo.

En las entrevistas resaltan otros elementos. La “calza eléctrica”, mezcla líquida de benzocaína y antipirina adquirida en farmacias, que se empapa en una mota de algodón y se ubica en la cavidad cariada. Este mismo método se realiza con linimento negro, alcohol antiséptico y esmalte para uñas; así se reconoce que el dolor proviene del interior del diente, y que éste es un lugar adecuado para su tratamiento.

Si esta dolencia persiste o se vuelve “intolerable”, se busca ayuda en otros sistemas de atención existentes en el territorio. Uno de éstos es la medicina tradicional, cuya cabeza en los Pijao es una Mohana. Esta médica ancestral es reconocida por sus conocimientos terapéuticos y, en ocasiones, es consultada para tratar la odontalgia. En la interacción con ella se conoció la manera en que utiliza las plantas medicinales como un elemento curativo. Esta mujer reconoce la limitación curativa de los recursos herbolarios y apunta que la opción más eficaz es la atención odontológica.

En este contexto, la gobernadora del Cabildo señala que ante el “dolor de muelas” le sugiere a su comunidad acudir a la IPSI *The´ Wala*, para que materialicen su derecho a la salud como sujetos indígenas. Dicha institución está ubicada en la cabecera municipal, a 10 kilómetros de distancia a través de una carretera en pésimas condiciones. Además de esta barrera geográfica, acudir a este servicio demanda gastos en transporte y alimentación.

Según la odontóloga de esta institución, el dolor dental es la primera causa de consulta entre la población del Vergel-Calarma y uno de los mecanismos para vincular a los pacientes a actividades de educación en salud y prevención de la enfermedad. Ella también subraya que en las comunidades indígenas los programas de Atención Primaria en Salud tienen poco desarrollo por dificultades institucionales, y que las familias no tienen los conocimientos, ni la “cultura” necesaria para el cuidado de su salud bucal.

Finalmente, algunas familias acuden a un consultorio privado, atendido por un odontólogo empírico y de bajo costo. Allí la atención es inmediata y se puede exigir la extracción del diente y, de esta forma: “quitar el dolor de raíz”.

DISCUSIÓN

Los resultados visibilizan dos tópicos centrales a discutir: La forma en que se entiende el dolor dental y la manera en que se atiende esta dolencia. Estos dos tópicos no son dicotómicos, son parte de un mismo proceso²⁵ y se relacionan en la matriz territorial en donde pervive esta comunidad desde hace centurias²⁶. El territorio no solo es un espacio de reproducción

socioeconómica^{8,9}, allí se configura el entramado de expresiones materiales e inmateriales sobre la vida y la salud, y la enfermedad y su atención^{22,26}; por lo tanto, es sustrato necesario para el análisis del PSEA.

En relación con el primer tópico, se reconoce que el cuerpo es un instrumento del ser humano para interactuar y experimentar en el mundo^{26,27}. En este organismo ataviado de prendas, los dientes permanecen desnudos y se convierten en un cartel de fácil lectura que indica el trasegar de cada sujeto por la vida. En los Pijao del Vergel-Calarma, como en todos los grupos humanos, la boca trasciende la óptica mecanicista³ y contiene diversas representaciones simbólicas^{28,29}, tema que no debe ocultar las inequidades sociales^{26,27} en este pueblo indígena que se reflejan en su precaria salud bucal.

Con los recursos disponibles, esta población cuida su boca para evitar la caries y conservar sus dientes, recursos relacionados con discursos y prácticas biomédicas llevadas a esta comunidad sin una mediación intercultural. Allí existe una institución sanitaria indígena; sin embargo, su modelo de atención se soporta en la participación subordinada del paciente y en la exclusión de sus saberes^{25,26}. En este sentido, la presencia de enfermedades bucales es señalada por la odontología como producto de la indisciplina³⁰ frente a una indicación doctrinaria como la higiene oral³¹. Esto indica que dicha profesión asume la prevención como inherente a la naturaleza humana y la presencia de caries dental como una anomia social determinada por las características culturales de cada colectivo.

El dolor surge polifacéticamente, y revela avance de la caries dental^{1,3,30,20}, inicio de la pérdida de un diente¹, insuficiente autocuidado^{9,10,14,15,18} y distancia con los servicios de salud^{8,10,14-16}. Genera cambios comportamentales^{2,8,14,15}, subjetivándose de varias formas^{4,21,22,25,27-29}: Sufrimiento, por la molestia corporal y espiritual; y vergüenza, por el detrimento funcional y estético. No obstante, esta dolencia también expresa la realidad socioeconómica: Culpa, porque se conocen estrategias para evitarla y no se implementan; y desconsuelo, al normatizarse como característica material de la vida indígena y rural.

Varios autores subrayan diferencias socioculturales entre el dolor crónico y el agudo. Del primero resaltan su caracterización social como enfermedad^{4,7,21}, su disposición como vehículo para comunicar religiosidad y sociabilidad^{4,21,27}, y la generación de sufrimiento individual y familiar prolongado^{4,21,27}. Sobre el otro, mencionan su presencia sintomática¹⁻²¹, su utilidad para conocer condiciones médicas subyacentes²⁷, y su relativa presencia en zonas corporales —cabeza, oído, espalda—¹⁹, que producen experiencias de autorreconocimiento^{14,27}. En esta categorización, el dolor dental matiza su ubicación porque anuncia el deterioro de funciones corporales y sociales; su intensidad y constancia hacen sufrir a la persona y su parentela; e indica la necesidad de atención y rehabilitación, afectando la economía familiar.

La manera en que se atiende el dolor es el segundo tópico para discutir. Se reconoce que su repentina y violenta aparición invade la vida cotidiana del individuo; impidiéndole realizar con plenitud sus actividades y, en consecuencia, lo lleva a socializar su malestar en el ámbito familiar^{27,32}. Este es un hecho sociocultural importante porque su identificación como síntoma, su ubicación corporal, su evaluación como daño y la existencia de tratamiento da seguridad

al paciente para disponerse a recibir la atención necesaria^{4,27,32}. Aun así, este proceso se relaciona con el acceso a los servicios odontológicos.

La aparición de este dolor activa los mecanismos de atención existentes en la comunidad. Las plantas son el recurso terapéutico inicial^{8,10,12,14-19,33-35}, y expresan conocimiento y responsabilidad por parte de las mujeres dedicadas al cuidado^{25,26}, y acentúan la identidad étnica al recrear una relación ideológica entre lo indígena y lo natural. Cabe señalar que estos mecanismos no son estáticos, se transforman de acuerdo con la posición política de las plantas de uso medicinal en el contexto sanitario.

Si este síntoma persiste, se intensifica o es insoportable, se emplean medicamentos farmacéuticos¹⁴⁻²⁰, decisión orientada por la cuidadora. Su utilización se debe a su fácil obtención y, sobre todo, porque la población reconoce su eficacia terapéutica²². Además de estas referencias, la racionalidad para su utilización se orienta por la experiencia de los sujetos en el tratamiento de sus dolores, y por la representación simbólica de los medicamentos como expresión científica de la biomedicina.

La automedicación es frecuente^{10,14,18}; asunto que la odontología elude comúnmente de sus responsabilidades¹⁰. No obstante, esta etnografía encontró que las personas reconocen la capacidad de los medicamentos en su interacción con los servicios de salud bucal, en donde un medicamento como el ibuprofeno es comúnmente recetado. Así, se reconoce y socializa su eficacia, capacidad analgésica que se robustece a través de los medios de comunicación.

El dolor dental intenso no se controla con estos analgésicos; en consecuencia, se busca la seguridad de la atención odontológica^{14,16,17}, siendo la odontalgia la primera causa de urgencias en salud bucal^{3,14-18}. En este proceso, los líderes indígenas motivan a la comunidad para acudir a su propia entidad sanitaria, en un desafío a las barreras culturales que tienen los grupos étnicos para acceder a los servicios de salud³³⁻³⁵. Este accionar político promueve la utilización de esta institución como una reivindicación étnica centrada en el derecho a la salud bucal; empero, este derecho debe comenzar a materializarse en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, responsabilidades del sector sanitario subordinadas a la atención a la enfermedad y a la rehabilitación estética.

CONCLUSIONES

El dolor dental es un proceso en donde los sujetos instituyen conciencia corporal. Esto implica que, a través de este síntoma las personas exponen sus representaciones simbólicas sobre la boca y los dientes, y sobre la enfermedad y la pérdida dental. Así, el dolor es conocido, temido y sufrido; y, asimismo, prevenido, tratado y superado a través de mecanismos construidos y reproducidos colectivamente en un territorio concreto.

En su tratamiento es escasa la participación de la medicina tradicional. El modelo de autoatención tiene más dinámica; sin embargo, la automedicación tiene una eficacia terapéutica insuficiente para evitar el sufrimiento y detener el deterioro. En consecuencia, los sujetos buscan soluciones efectivas y duraderas en los servicios odontológicos porque

reconocen su capacidad para eliminar el síntoma y rehabilitar la función dental. Por este motivo, es importante que el derecho a la salud sea el fundamento de la relación entre dichos servicios y la población, y que en las instituciones sanitarias se identifiquen y eliminen las barreras de acceso a la atención en salud bucal.

Este tipo de dolor es un recurso metodológico para conocer el estado de salud bucal de una comunidad. Dicha condición de salud permite caracterizar el desarrollo e implementación de políticas sanitarias y, de manera específica, analizar las estrategias interculturales de promoción de la salud bucal y prevención de las enfermedades orales que se implementan en las comunidades indígenas.

Finalmente, se subraya que el enfoque etnográfico permitió un complejo análisis del proceso salud enfermedad atención. Esto permitió que el interés no se centrara en el dolor dental como objeto de estudio, sino como un proceso psicobiológico y sociocultural que se presenta en unos sujetos que lo sienten y lo enfrentan en su vida cotidiana.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen el apoyo del Cabildo Indígena Pijao del Vergel-Calarma.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Edson Jair Ospina Lozano
ejospinal@unal.edu.co
3142663045
Calle 63 N°75-35, torre 2 apto 802
Bogotá, Colombia

REFERENCIAS

1. Rasera-Zotelli V, Grillo CM, De Sousa MLR. Etiología del dolor dental agudo en pacientes que aceptan procedimientos de acupuntura. *Rev Int Acupunt.* 2017; 11(3): 71-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.acu.2017.09.001>
2. Moix J, Casado MI. Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clín salud.* 2011; 22(1): 41-50. DOI: <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n1a3>
3. Duncan RP, Gilbert GH, Peek CW, Heft MW. The dynamics of toothache pain and dental services utilization: 24-month incidence. *J Public Health Dent.* 2007; 63(4): 227-34. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2003.tb03504.x>

4. Moscoso J. Historia cultural del dolor. Madrid: Taurus; 2011
5. Bobbio-Abad S, Ghersi-Miranda HD, Hernández-Añaños JF. Manejo farmacológico coadyuvante al tratamiento endodóntico. *Rev Estomatol Herediana*. 2011; 21(2): 110-15.
6. Khan AA, Maixner W, Lim PF. Persistent pain after endodontic therapy. *J Am Dent Assoc*. 2014; 145(3): 270-72. DOI: <https://doi.org/10.14219/jada.2013.1>
7. Ong KS, Seymour RA. Pain measurement in humans. *Surgeon*. 2004; 2(1): 15-27. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1479-666X\(04\)80133-1](https://doi.org/10.1016/S1479-666X(04)80133-1)
8. Constante HM, Bastos JL, Peres KG, Peres MA. Socio-demographic and behavioural inequalities in the impact of dental pain among adults: a population-based study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013; 40(6): 498-506. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2012.00701.x>
9. Bastos JL, Gigante DP, Peres KG. Toothache prevalence and associated factors: a population-based study in southern Brazil. *Oral dis*. 2008; 14(4): 320-26. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2007.01379.x>
10. Jaiswal AK, Pachava S, Sanikommu S, Rawlani SS, Pydi S, Ghanta B. Dental pain and self-care: a cross-sectional study of people with low socio-economic status residing in rural India. *Int Dent J*. 2015; 65(5): 256-60. DOI: <https://doi.org/10.1111/idj.12180>
11. Tsunozaki M, Lennertz RC, Vilceanu D, Katta S, Stucky CL, Bautista DM. A 'toothache tree' alkylamide inhibits A δ mechanonociceptors to alleviate mechanical pain. *J Physiol*. 2013; 591(13): 3325-40. DOI: <https://dx.doi.org/10.1113%2Fjphysiol.2013.252106>
12. Delfan B, Bahmani M, Rafieian-Kopaei M, Delfan M, Saki K. A review study on ethnobotanical study of medicinal plants used in relief of toothache in Lorestan Province, Iran. *Asian Pac J Trop. Dis*. 2014; 4(Suppl 2): 879-84. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2222-1808\(14\)60751-9](https://doi.org/10.1016/S2222-1808(14)60751-9)
13. Grillo CM, Wada RS, De Sousa MDL. Acupuncture in the management of acute dental pain. *J Acupunct Meridian Stud*. 2014; 7(2): 65-70. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jams.2013.03.005>
14. Cohen LA, Bonito AJ, Akin DR, Manski RJ, Macek MD, Edwards RR et al. Toothache pain: behavioral impact and self-care strategies. *Spec Care Dentis*. 2009; 29(2): 85-95. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2008.00068.x>
15. Azodo CC, Ololo O. Toothache among dental patients attending a Nigerian secondary healthcare setting. *Stomatologija*. 2013; 15(4): 135-40.
16. Cohen LA, Harris SL, Bonito AJ, Manski RJ, Macek MD, Edwards RR et al. Coping with toothache pain: a qualitative study of low-income persons and minorities. *J Public Health Dent*. 2007; 67(1): 28-35. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2007.00005.x>
17. Cohen LA, Bonito AJ, Akin DR, Manski RJ, Macek MD, Edwards RR, Cornelius LJ. Toothache pain: a comparison of visits to physicians, emergency departments and dentists. *J Am Dent Assoc*. 2008; 139(9): 1205-16. DOI: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2008.0336>
18. Agbor MA, Azodo CC. Self medication for oral health problems in Cameroon. *Int J Dent*. 2011; 61(4): 204-09. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2011.00058.x>
19. Ahlwardt K, Heavilin N, Gibbs J, Page J, Gerbert B, Tsoh, JY. Tweeting about pain: comparing self-reported toothache experiences with those of backaches, earaches and headaches. *J Am Dent Assoc*. 2014; 145(7): 737-43. DOI: <https://doi.org/10.14219/jada.2014.30>
20. Heavilin N, Gerbert B, Page JE, Gibbs JL. Public health surveillance of dental pain via Twitter. *J Dent Res*. 2011; 90(9): 1047-51. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022034511415273>

21. Barragán-Solis A. *Vivir con dolor crónico*. Buenos Aires: Libros de la Araucaria; 2008.
22. Menéndez E. Antropología médica en América Latina 1990-2015: una revisión estrictamente provisional. *Salud Colect*. 2018; 14(3): 461-81. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1838>
23. Restrepo E. *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*. Bogotá: Envión Editores; 2016.
24. Tolima. Consejo Regional Indígena. Resguardos indígenas [Internet]. Ibagué: CRI; [Revisado marzo 29 de 2020]. Available in <https://crit.com.co/resguardos-indigenas/>
25. Menéndez EL. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(1): 109-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>
26. Ospina-Lozano EJ. Epidemiología sociocultural de los padecimientos gastrointestinales en niños y niñas del pueblo Nasa, Colombia. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2018; 50(4): 328-40. DOI: <https://doi.org/10.18273/revsal.v50n4-2018006>
27. Good B. El cuerpo, la experiencia de la enfermedad y el mundo vital: una exposición fenomenológica del dolor crónico. En: *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. Barcelona: Ediciones Bellatera; 1994. pp. 215-246.
28. Malagón R. La boca como representación. Segunda parte: los límites y las negociaciones. En: *Viveros M, Garay A. Cuerpos, diferencias y desigualdades*. Bogotá: Facultad Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia; 1999. pp.95-109.
29. Bulgarelli AF, Lorenzi CG, Da Silva RC, Mestriner SF, Villa TCS, Pinto IC. Primary healthcare and the construction of meanings for oral health: a social constructionist interpretation of discourses by the elderly. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(8): 2053-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800016>
30. Gomes D, Da Ros MA, Martínez CM. Etiología de la caries: la construcción de un estilo de pensamiento. *CES Odont*. 2010; 23(1): 71-80. DOI: <https://doi.org/10.21615/1010>
31. Cury JA, Tenuta LMA. Evidence-based recommendation on toothpaste use. *Braz Oral Res*. 2014; 28(SPE): 1-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-83242014.50000001>
32. Le Breton D. *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral; 1999.
33. Godoy-Macias A, Navas-Perozo R, Fox-Delgado M, Quintero-de la Hoz T. Prevención en salud bucal: revisión de las acciones con enfoque intercultural para los pueblos indígenas. *Cienc odontol*. 2014; 11(1): 39-49.
34. Medina L. Dificultad comunicacional entre los profesionales de odontología y los pacientes indígenas. *Cienc odontol*. 2011; 8(2): 132-40.
35. Albarrán-Paredes Y, Berbesí-Jerez Y, Hernández-Rondón I, Marín E, Rodríguez-González M, Uzcátegui-Montes M et al. Salud bucal en indígenas latinoamericanos: una revisión sistemática. *Rev Venez Invest Odonto*. 2017; 5(2): 238-62.