

ASPECTOS SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS MODIFICACIONES
DENTALES INTENCIONALES PRACTICADAS POR LA POBLACIÓN DE
GUACHUCAL-NARIÑO ENTRE LOS AÑOS DE 1950 Y 1990.

CLAUDIA FERNANDA IPAZ SABOGAL

UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
PROGRAMA DE ANTROPOLOGÍA
MANIZALES
2023

ASPECTOS SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS MODIFICACIONES
DENTALES INTENCIONALES PRACTICADAS POR LA POBLACIÓN DE
GUACHUCAL-NARIÑO ENTRE LOS AÑOS DE 1950 Y 1990.

CLAUDIA FERNANDA IPAZ SABOGAL

Trabajo de grado para optar al título de antropóloga

Asesora:

Mag. VIVIANA ANDREA YÉPES LÓPEZ

UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
PROGRAMA DE ANTROPOLOGÍA
MANIZALES
2023

Agradecimientos

Mi más sincero agradecimiento a mi asesora Viviana Andrea Yepes y demás docentes que aportaron con sus conocimientos tanto prácticos como teóricos, que hicieron posible este documento. De igual forma, agradezco a mis compañeros y amigos de carrera de la Universidad de Caldas.

A todas las personas que participaron anónimamente y sin obligación alguna en este trabajo, pues sin ellos no podían realizar el trabajo de campo. A Sandra C., Gilberto I., Alicia E., Cristina I. y Esperanza C. por su constante acompañamiento, por acogerme en sus casas y por preocuparse por mí.

A mi familia, por su apoyo emocional, económico, consejos y ánimo durante este proceso, apoyo importante que hizo posible la culminación de mis estudios. A mi hermano por su acompañamiento continuo, ideas y reflexiones. Y, por último, a mi madre por su apoyo incondicional hasta el último minuto, a ti te dedico esta meta cumplida.

CONTENIDO

Introducción	9
Planteamiento del problema	9
Hipótesis.....	12
Capítulo 1: Modificaciones Dentales intencionales en el Tiempo	14
1.1. Prehistoria.....	15
1.2. Edad Antigua (4.000 a.C - 476 d.C).....	16
1.3. Edad Media (476 d.C - 1492 d.C)	19
1.4. Edad Moderna (1492 d.C - 1871 d.C).....	20
1.5. Edad Contemporánea (1871 d.C – Actualidad).....	22
Capítulo 2: De Baberos a Dentistas, cambios dentro del oficio	27
2.1. La odontología en Colombia	31
2.2 Dentistas Guachucalenses	36
Capítulo 3: La modificación dental, una mirada desde la antropología dental	38
3.1. Antropología dental.....	38
3.2. Modificaciones dentales (MD).....	39
3.3. Modificaciones dentales Intencionales (MDI)	39
3.3.1. El prestigio.....	40
3.3.2. La estética	40
3.3.3. La belleza.....	41
3.4. Enfoque Biocultural.....	41
Capítulo 4: Metodología.....	47
4. 1. Tipo de investigación.....	47
4.2. Muestra	47
Contexto.....	48
4.3. Instrumentos y técnicas de investigación.....	50
4.4. Variables del estudio.....	51
4.5. Análisis de datos.....	52
Capítulo 5: Resultados.....	53

o Procedimiento dental: tratamiento de las herramientas y materiales.....	61
o Modificaciones dentales intencionales en Guachucal	63
o Cuidados después de la realización de la modificación	65
o Fármacos usados	66
o Plantas medicinales usadas.....	68
Capítulo 6: Discusión	71
Capítulo 7: Conclusiones.....	74
REFERENCIAS	74
ANEXO	89
Anexo A. Entrevista semi-estructurada para los adultos mayores	89
Anexo B. Entrevista Semi-estructurada para empíricos.....	93
Anexo C. Inventario dentición permanente	96
Anexo D. Formato consentimiento informado	98
Anexo E. Carta de presentación del proyecto.....	101
Anexo F. Comité de Ética para el proyecto de investigación.....	102

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diente de un cazador-recolector.	15
Figura 2. Implante de Foid Souard.	15
Figura 3. Mandíbula Lonche..	16
Figura 4. Puente de El Quatta.....	17
Figura 5. Prótesis con hilo de oro.....	17
Figura 6. Puente de Bacciano.	17
Figura 7. Ennegrecimiento de dientes.	18
Figura 8. Mandíbula encontrada por Popenoe.	18
Figura 9. "El dentista" de Gerrit Van Honthorst.	20
Figura 10. Prótesis con dientes humanos.	21
Figura 11. Prótesis con caucho vulcanizado.....	21
Figura 12. Prótesis dental del siglo XVII.	21
Figura 13. Prótesis postiza parcial.....	22
Figura 14. Prótesis tallada en marfil de hipopótamo.....	22

Figura 15. Prótesis de porcelana siglo XVIII.....	22
Figura 16. Clasificación de las mutilaciones dentarias prehispánicas Saville (1913).	23
Figura 17. Clasificación de las mutilaciones dentarias prehispánicas Romero (1970) ...	24
Figura 18. Clasificación de las mutilaciones dentarias prehispánicas Bambolla (1944)	24
Figura 19. Grillz.....	25
Figura 20. Yae Ba.....	25
Figura 21. Prótesis con base y dientes de oro.....	32
Figura 22. Sillón dental Marca Ritter.....	32
Figura 23. Localización de Guachucal, Nariño – Colombia.....	48
Figura 24. Prótesis dental parcial.....	56
Figura 25. Prótesis dental total superior con chispa de platino en caninos.....	57
Figura 26. Ejecutor de las modificaciones dentales.....	59
Figura 27. Motivaciones para realizarse las modificaciones dentales.....	60
Figura 28. Lugar de realización de modificación.....	60
Figura 29. Municipios o países donde se hizo la a modificación Vs cantidad de casos. .	61
Figura 30. Aviso publicitario de Cumbal.....	61

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Recetas odontológicas	34
Tabla 2. Tratamientos del Colegio Dental de Medellín.....	35
Tabla 3. Distribución de la muestra según sexo y edad al momento de la entrevista.	54
Tabla 4. Trabajo al momento de realización de la modificación dental.....	54
Tabla 5. Distribución de la edad al momento de realizarse la modificación y sexo.....	55
Tabla 6. Modificaciones dentales encontradas en la muestra según el sexo.	56
Tabla 7. Frecuencia de dientes extraídos según la muestra.....	57

Resumen

Las modificaciones dentales intencionales (MDI) han sido utilizadas en distintos contextos histórico-temporales, con motivaciones y significados diversos. Sin embargo, las investigaciones se han olvidado de los tratamientos culturales y las representaciones de estos en los grupos étnicos actuales. Esta investigación, es un estudio exploratorio con método mixto, basado en 24 entrevistas semiestructuradas individuales a sujetos entre 50 y 94 años, la cual se centra en la práctica, técnica y teorización sobre los aspectos identitarios de las MDI realizadas entre 1950 a 1990 en el municipio de Guachucal (Nariño), desde un enfoque biocultural. La investigación trata de responder preguntas como: ¿Cuáles son los aspectos identitarios relacionados con las MDI?, ¿Cuáles son las prácticas y técnicas utilizadas durante los procedimientos de las MDI?, ¿Qué cambios sociales influenciaron el fin de ejercicio de los dentistas y la instalación de la odontología en Guachucal? Se concluyó que los aspectos identitarios como la pertenencia social y el capital económico son relevantes para realizarse las MDI; las prácticas más utilizadas por la muestra fueron la exodoncia dental parcial/total, el casquete de oro y prótesis dental total y, las menos frecuentes son modificaciones como el casquete de platino, chispas de oro/platino, tratamiento de conducto y calzas. Por último, se destaca la importancia de legislación y la presión social en el ejercicio de los profesionales, estudiantes de odontología y especialidades afines, modificando el oficio del dentista.

Palabras claves: Dentista, practica cultural, antropología dental, Guachucal.

Abstract

Intentional dental modifications (IDM) have been used in different historical-temporal contexts, with diverse motivations and meanings; however, research has neglected the cultural treatments and representations of these in current ethnic groups. This research is an exploratory study with a mixed method, based on 24 individual semi-structured interviews to subjects between 50 and 94 years old, which focuses on the practice, technique and theorization on the identity aspects of the IDM carried out between 1950 and 1990 in the municipality of Guachucal (Nariño) from a biocultural approach. The research tries to answer questions such as: What are the identity aspects related to IDM, what are the practices and techniques used during IDM procedures, what are the social changes that influenced the end of dentists' practice and the installation of dentistry in Guachucal, and what are the social changes that influenced the end of dentists' practice and the installation of dentistry in Guachucal? It was concluded that identity aspects such as social belonging and economic capital are relevant to perform IDM; the practices most used by the sample were partial/total dental exodontia, gold cap and total dental prosthesis and, the least frequent are modifications such as platinum cap, gold/platinum sparks, root canal treatment and shims. Finally, the importance of legislation and social pressure on the practice of professionals, students of dentistry and related specialties is highlighted, modifying the profession of the dentist.

Keywords: Dentist, cultural practice, dental anthropology, Guachucal.

Introducción

Planteamiento del problema

Los dientes son estructuras especializadas con funciones simbólicas, biológicas y psicosociales tales como castigos judiciales, rituales de paso, preferencias ideológicas, moda, diferenciador socioeconómico o estado civil, entre otras; la trituración de alimentos, la fonación y la expresión armoniosa de la cara, teniendo gran importancia en casi todas las sociedades y épocas de la historia, comenzándose a valorar la belleza y estética dental (Almagro, Lemus, & León, 2009, pág. 2) como señal de salud nutricional, auto estimación, autopercepción, orgullo higiénico, estado civil, situación económica y relevante en la sexualidad (Otero & Seguí, 2001, pág. 84), aspectos importantes en el ámbito social (Arias & Bernal, 2016, pág. 4), que facilitan la interacción y socialización de las personas dentro de un grupo.

Es por lo anterior, que los seres humanos históricamente han creado tratamientos para no perder los dientes durante la vida o muerte (ejemplo: cambiaron su forma, color, textura, los pegaron, reemplazaron, curaron, entre otros tratamientos), basándose primordialmente en la estética, calidad y duración de la modificación, comodidad y funcionalidad, buscando un aspecto agradable en el mundo social, sexual y económicamente competitivo (Olivares, 2016, pág. 12). Además, dependientes de factores bioculturales como la edad, el sexo, el nivel cultural, las condiciones socioeconómicas, actividades y costumbres corporales (Otero & Seguí, 2001, pág. 84).

La ciencia encargada de estudiarla los tratamientos en los dientes es la antropología dental, rama interdisciplinar de la antropología, biología, odontología, paleontología y paleopatología que estudia la variación morfológica y métrica de la dentición humana originada por factores genéticos, fisiológicos y ambientales en el tiempo-espacio, y sus

relaciones con los procesos adaptativos y los cambios en la alimentación en contextos etnográficos y arqueológicos (Tiesler, 2011, pág. 183). Lo anterior, se puede realizar a través de la caracterización de rasgos marcadores en la taxonomía, información demográfica (edad, sexo, estatura, patrón racial), salud, dieta, patologías, desgaste dental, pérdida dental y modificaciones corporales (Rodríguez, 2003).

Dentro de las modificaciones corporales, se encuentran las modificaciones dentales inintencionales y modificaciones dentales intencionales (MDI). Las primeras se crean por hábitos¹, parafunciones² y estigmas profesionales u ocupaciones³, las cuales se clasifican según la dieta/parafuncionales (abrasión, atrición y erosión dental); la profesión/trauma (diente como herramienta y trauma dental) y, habituales (hábitos higiénicos, marcas dentales personales); y las segundas, son modificaciones como la mutilaciones dentales (afilado, desconchado, decoración dental, ablación, blanqueamiento, teñido, cambio de posición, amputación y germenectomía), la mutilación oral (piercing) y terapéuticas (prótesis, odontología conservadora, cirugía oral y periodoncia) (Alt, Rosing & Teschler, 1998).

Los seres humanos se han realizado las MDI a través del tiempo con fines rituales, estéticos y terapéuticos, las cuales dependen de creencias compartidas y costumbres que rigen la vida individual y colectiva, que ayudan a entender el comportamiento humano reflejando parámetros socioculturales específicos, entre otras. Por tal razón, tienen un valor antropológico y social y, su estudio sirve para entender el comportamiento humano en el pasado y presente desde un punto de vista geográfico, temporal, cultural, religioso y estético aportando datos biológicos y socioculturales que incluso han pervivido en sociedades occidentalizadas (Labajo, 2014, pág. 11).

La historia del estudio de los dientes debe remontarse hasta antes de la mitad del siglo XX, cuando las estructuras dentales eran tratadas por los reconocidos barberos,

¹ Comportamientos repetidos y aprendidos regularmente, que requiere un mínimo o ningún raciocinio.

² Movimientos involuntarios e inadvertidos del sistema masticatorio que no tienen sentido útil o funcional.

³ Son las modificaciones dentales inintencionales producidas por hábitos o parafunciones relacionadas con una determinada profesión.

barberos-cirujanos o coloquialmente llamados “sacamuelas” (Pino, 2018, págs. 101-105), encargados por oficio del arte de sanar el dolor de la cavidad oral en Europa, y consecuentemente, en América desde La Conquista. Los tratamientos más realizados como su nombre lo indica era la extracción dental (Exodoncia), aun teniendo como consecuencias el dolor, hinchazón, sangrado, daño en los nervios de los músculos adyacentes, infección debido a roturas y flacidez (Arias & Bernal, 2016, pág. 5), “mortalidad dental” (Hernández et al., 2013, pág. 142), fuerzas masticatorias aumentadas y desgaste en dientes en oclusión al presentarse pérdida dental, disminución en la calidad de la nutrición (Anzelmo et al., 2011, pág. 65), fracturas o traumatismos y eventualmente la muerte del individuo.

Así como en otros países suramericanos (Honduras, México, Ecuador, Chile), Colombia tiene una diversidad de MDI. En el presente estudio exploratorio realizado en el municipio de Guachucal, Nariño con la colaboración de 24 individuos adultos mayores (>50 años), se hallaron modificaciones poco investigadas debido principalmente a la pérdida de información y la escasa documentación escrita a nivel nacional. Asimismo, falta de recopilación de testimonios de quienes conocieron este tipo de modificaciones. De igual manera, se logró indagar sobre los cuidados, los tratamientos del dolor, la salud-enfermedad, dietas, el cuidado preventivo de patologías, la limpieza dental y su relación con aspectos sociales, económicos y culturales, interconectados con las representaciones y tradiciones compartidas e interiorizadas, y los cambios en las políticas públicas de salud en el país que impactaron las prácticas sociales.

El presente trabajo responderá la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores socioculturales asociados a las modificaciones dentales intencionales practicadas por los pobladores de Guachucal, Nariño entre los años 1950 y 1990?

Objetivo general:

Conocer los factores socioculturales asociados a las modificaciones dentales realizadas por los pobladores de Guachucal, Nariño entre los años 1950 y 1990.

Objetivos específicos:

1. Registrar los aspectos identitarios relacionados con las modificaciones dentales.
2. Describir las prácticas y técnicas utilizadas durante el procedimiento de la modificación dental, así como los cuidados derivados de su ejecución.
3. Identificar los cambios sociales que influenciaron el fin del ejercicio de los dentistas y la instalación de la odontología en Guachucal – Nariño.

El uso de la revisión bibliográfica virtual y física permitió plantear las siguientes hipótesis:

Hipótesis

1. Los aspectos identitarios de las modificaciones dentales dependían de la clase social al que pertenece el individuo y su familia, los cuales se asocian con la obtención económica y una mejor calidad de vida, teniendo la posibilidad de restauración anatómica y funcional, sin olvidar la estética y búsqueda continua de la belleza.
2. Las técnicas y prácticas dentales más usadas por la clase popular eran menos invasivas a largo plazo y menos costosas económicamente, a comparación de las realizadas por la clase dominante y pequeña burguesía.
3. La legislación para regular la práctica odontológica, la creación de centros hospitalarios rurales, la mejor accesibilidad a productos de higiene dental, las acciones de prevención y promoción de salud bucal por medio de campañas en medios de comunicación y el servicio social obligatorio o más conocido como el “ruralito” influenciaron en el fin de los sacamuelas y la instalación de la odontología en Guachucal – Nariño.

Los resultados de esta investigación se presentan en los siguientes seis capítulos. El primero es un breve resumen de los antecedentes bioarqueológicos de la investigación, describiendo las MDI, los conocimientos de patologías y las hipótesis por las cuales se realizaron, con el fin de exponer la evolución de las modificaciones dentales realizadas en espacio-tiempo, demostrando la importancia histórica que han tenido las piezas dentales dentro de los diferentes grupos humanos.

El segundo capítulo, trata sobre los barberos, figura principal en la investigación, relacionada con los inicios de la profesión odontológica y sus diferencias con los charlatanes y los odontólogos, las jerarquías sociales dentro de los oficios y profesión, la organización gremial, procedimientos, herramientas y presentación de lugar de trabajo antes del siglo XX. La legislación creada a partir de la necesidad de reglamentar la práctica, su llegada a Colombia, la creación de las primeras instituciones de odontología en el país y los cursos que dictaban, los tratamientos, sus consecuencias y recetas odontológicas.

En tercer capítulo, presenta temas de la antropología dental, las clasificaciones de las modificaciones dentales más utilizadas y el marco teórico de la investigación. En el capítulo cuarto, trata la metodología, las muestras, los criterios de inclusión utilizados para seleccionar las muestras que hicieron parte de esta investigación. Además, se incluyen las dificultades encontradas para realizar la fase de campo y la bioseguridad frente al Covid-19. El capítulo quinto, contiene los resultados de la investigación y, por último, el capítulo seis se compone de la discusión y conclusiones.

Capítulo 1: Modificaciones Dentales intencionales en el Tiempo

Las modificaciones dentales intencionales (MDI), artificiales o de carácter cultural, han existido en distintas culturas y épocas. Son aquellas modificaciones que no se realizan para cumplir un fin biológico como lo es la trituración de alimentos, ni la función psicosocial como el mejoramiento de la fonación o la expresión armoniosa del rostro (Almagro, Lemus, & León, 2009, pág. 1), por el contrario, son percibidas como símbolo de belleza, pertenencia social, jerarquización, marcador de prestigio, duelo, rito de paso, castigo y/o muestra de buena salud y fertilidad, aspectos que dicen mucho de la persona y de sus hábitos.

Entre la mayoría de las MDI se han destacado los tratamientos contra el dolor bucal, el edentulismo y técnicas de embellecimiento de la sonrisa en la superficie labial de los dientes anteriores tanto superiores como inferiores (Barnes, 2010, pág. 8) que de alguna manera representa el interés en la estética dental, la imagen individual, la aceptación social y el autoestima, mostrando cuerpos sanos y cuidados, según los estándares sociales presentes en los distintos grupos humanos (Arias & Bernal, 2016, pág. 4).

Se puede evidenciar mediante descubrimientos arqueológicos y etnográficos la variedad de MDI a través del tiempo. A continuación, se describirán algunos ejemplos de MDI para observar la evolución de la práctica biomédica basados en los periodos históricos, importantes para desarrollar el trabajo investigativo.

1.1. Prehistoria

Se conocen algunos hallazgos de estructuras dentales en contexto bioarqueológicos, los cuales han aportado información sobre fines terapéuticos, demostrando los conocimientos anatómicos del diente en diferentes épocas de la historia. Los dientes fueron perforados, reemplazados y tratados con sustancias naturales como forma de prevención patológica. Algunos trabajos dan cuenta de dichos tratamientos, por ejemplo, se encontraron dos incisivos en Riparo Fredian; Toscana-Italia, de cazadores-recolectores ubicados en el paleolítico superior, con fechas entre 13.000 y 12.740 años. Estos, fueron perforados antemortem en forma circular hasta la cámara pulpar dental infectada o muerta, procedimiento que debió ser muy doloroso (Figura 1) (Forssmann, 2017). Por otro lado, se halló un implante dental en el poblado de Fahid Suarda-Argelia, datado en el año 700 de nuestra era, que consiste en una falange implantada en el alvéolo del segundo premolar superior derecho en un cráneo femenino (Figura 2) (Arriola, 2018). Asimismo, se encontró una reparación dental realizada antemortem, que refiere a la obturación con cera de abeja en la corona de un canino inferior izquierdo de un individuo en Eslovenia, hace 6.500 años (Figura 3) (Bernardini et al., 2012).

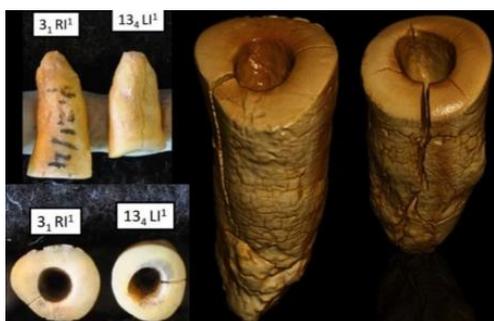


Figura 1. Diente de un cazador-recolector. Diente perforado. **Fuente:** Forssmann, A. (2017) ⁴.



Figura 2. Implante de Foid Suard. Reemplazo de premolar de hace 10.000 años de antigüedad. **Fuente:** Arriola, E. (2018) ⁵.

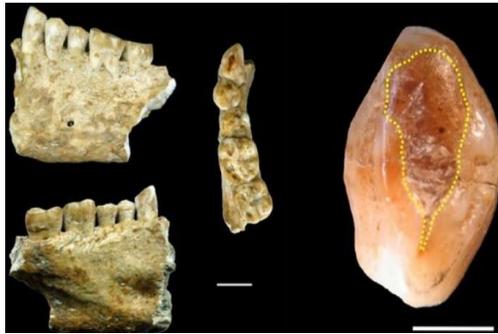


Figura 3. Mandíbula Lonche. Reparación dental. Fuente: Bernardini et al., (2012).

1.2. Edad Antigua (4.000 a.C - 476 d.C)

En el Antiguo Egipto se implantaron tanto en maxilares superiores como inferiores dientes humanos, dientes de animales, piedras y metales preciosos (Almagro, Lemus, & León, 2009, pág. 4). Como ejemplo de lo anterior, se encontró un canino con cálculo unido a un incisivo lateral derecho inferior encerrados por un doble alambre de oro, junto a un incisivo central derecho inferior perteneciente a un individuo de la dinastía IV (Blomstedt, 2013, pág. 135).

Las raíces de los incisivos centrales y lateral derechos inferiores, fueron pulidas produciendo una morfología artificial (Figura 4) (Forshaw, 2009, pág. 483). Por otro lado, una modificación parecida y relacionada por los intercambios socioeconómicos entre sociedades se encontró en el Imperio Romano en Viale della Serenissia del siglo I d.C., pertenecientes a los restos de un individuo femenino adulto parcialmente quemados, en el cual se observa el incisivo central derecho inferior "artificial" perforado en el cuello, en dirección mesio-distal, con raíz limada. Pasan dos hilos de oro a través del agujero, atándola al canino, el incisivo lateral derecho y del incisivo lateral izquierdo (Figura 5) (Minozzi, et al., 2007, pág. 1). También se encontró una modificación dental de tres dientes anterosuperiores, (incisivos lateral y central derecho e incisivo central izquierdo), con una banda de

⁴ La imagen es tomada por Stefano Benazzi.

⁵ Imagen de procedencia dudosa de lo descrito anteriormente. No se encontró publicación fehaciente

oro de 4 mm de ancho, perteneciente a un individuo femenino *Etrusco*⁶ de clase social superior, cerca del lago Bracciano al norte de Roma (Figura 6) (Brandstätter et al., 1998, págs. 57-58). En este periodo empieza a predominar las diferencias entre las modificaciones dentales originadas en los grupos sociales de clase alta, las cuales se extendían a los individuos que no pertenecían a tal clase, en búsqueda de la aceptación social y el prestigio.



Figura 4. Puente de El Quatta. Alambre de oro sujetando dientes. **Fuente:** Forshaw, A. (2009), pág. 483.



Figura 5. Prótesis con hilo de oro. Diente artificial sujetado. **Fuente:** Minozzi, S. et al., (2007), pág. 1.



Figura 6. Puente de Bacciano. Banda de oro. **Fuente:** Brandstätter et al., (1998), pág. 58.

A diferencia de los ejemplos anteriores, en el continente asiático se utilizó los dientes ennegrecidos u Ohaguro, modificación dental intencional no permanente que se obtenía masticando y tomando té de Trau-cau (betel, nuez palma de areca y lima) o con Laca negra (polvo de hierro quemado, disuelto en té y sopa de arroz), que fue utilizado para diferentes fines; es así como en Vietnam desde 2.879 a.C.

⁶ Civilización que se desarrolló en Etruria, en el centro de Italia, entre los siglos VII y I a.C. Tenían avanzada cultura política y militar, gran destreza en la navegación, tecnología y metalurgia (National Geographic, 2013).

eran usados por mujeres mayores, en Tailandia lo practicaban los bailarines de la corte, en Japón desde la Era Heian (794-1185) los hombres nobles lo empleaban como muestra de espiritualidad budista; entre 1000 E.C y 1700 d.C., fue utilizado por mujeres jóvenes para indicar que eran aptas para casarse y verse bellas; en 1400 d.C lo disponían los hombres indicando su madurez (Figura 7) (Matthews, 2012, págs. 76-77) y los samuráis como fidelidad a su señor y diferenciación política (Ortega, 2014, págs. 312-314).

En Mesoamérica se encontraron distintas modificaciones dentales relacionadas con dientes rotulados, limados, afilados, incrustados de jadeíta, hematita, pirita, turquesa, oro, marfil y hueso (Carrión et al., 2007, pág. 9), decapitado coronario, avulsión, teñido, coloreado, modificación de la posición, perforación (Labajo, 2014, pág. 40) basadas en hallazgos de México y Ecuador, donde se visibiliza más de 60 variantes que están organizadas en tablas tipológicas de Saville (1913), De la Borbolla (1944) y Romero (1970; 1986).

Otras MDI en fueron los implantes, el más representativo fue el hallazgo realizado en la playa los Muertos de Honduras, perteneciente a la cultura Maya, donde se identificó una mandíbula que data 400 de nuestra era, con tres fragmentos de concha de sagaamote introducidos en los alvéolos de los incisivos de un individuo durante su vida (Figura 8) (Vázquez, 2018).



Figura 7. Ennegrecimiento de dientes. El Ohaguro. **Fuente:** Kunisada, U. (1823).



Figura 8. Mandíbula encontrada por Popenoe. Diente de concha. **Fuente:** Vázquez, A. (2018).

1.3. Edad Media (476 d.C - 1492 d.C)

En este periodo histórico, las modificaciones dentales eran ejercidas principalmente por los religiosos desde el siglo XII, quienes realizaban actividades como sanadores europeos de todas las dolencias físicas de los nobles (García & Méndez, 2002, pág. 8). Sin embargo, las necesidades de aliviar el dolor de aquellos que se les negaba la atención médica de la iglesia eran cubiertas por el barbero, barbero-cirujano, cirujano-barbero o sacamuelas. Estos personajes fueron enfermeros y odontólogos, pues extraían muelas, hacían sangrías, aplicaban cáusticos, sanguijuelas y ventosas, curaban heridas y llagas, atendían enfermos y heridos de guerras, además cortaban cabello y afeitar barbas en las naves, galerías y casas (Pino, 2018, pág. 101). Es así, como estos personajes fueron importantes debido principalmente a su rol en el tratamiento de necesidades básicas medicas de la sociedad.

Ante las exigencias de los nobles y militares de rango, se creó la moda de los trasplantes dentales, utilizando como donantes a los plebeyos, sirvientes y soldados (Almagro, Lemus, & León, 2009, pág. 4). También, se podían ligar los dientes flojos a las piezas vecinas para estabilizar y sustituirlos por huesos de animales después de perderlos, extirpaban la pulpa dental y la sustituían por goma arábica, nuez moscada, azufre, alcanfor (Clínica Odontológica Artedental, 2016), plomo y hojas de oro (Almagro, Lemus, & León, 2009, pág. 4). La extracción dental siguió presente principalmente debido al dolor, la práctica se realizó en todas las plazas de pueblos y ciudades hasta el siglo XX, como espectáculo de masa para atraer la atención de los presentes y obtener más clientes, exponiendo la destreza, rapidez y poco dolor causando durante el procedimiento (Figura 9) (Laguna, 2017).



Figura 9. "El dentista" de Gerrit Van Honthorst. Pintura de 1622. Fuente: Gemäldgalerie Alte Meister.

1.4. Edad Moderna (1492 d.C - 1871 d.C)

En este periodo se conocen diversas modificaciones dentales debido a la expansión de conocimiento, el cual se propagaba gracias a la invención de la imprenta y la experiencia acumulada sobre teoría y prácticas odontológicas (Almagro, Lemus, & León, 2009, pág. 5). Estos procedimientos fueron realizados por joyeros, químicos, peluqueros, herreros y dentistas, y consistían en reimplantación y blanqueamiento dental con soluciones ácidas. Es así, que se siguieron usando MDI permanentes como la exodoncia parcial y total, las cuales empezaron a realizarse a partir de la introducción de la anestesia general por medio de la inhalación de óxido nitroso desde 1844, con cloroformo desde 1847 y con éter desde 1848 (Macouzet, 2015, págs. 3-4). Al mismo tiempo, se usaron las prótesis con base marfil (de hipopótamo, elefante y morsa), las cuales podían tener dientes del mismo material o de humanos, donados por personas durante su vida (esclavos o pobres) o como resultado de saqueos a tumbas y de soldados muertos en batallas (en Reino Unido de 1780 podía costar más de US\$150). Los dientes, eran sujetos por fijadores (Figura 10) (Kerley, 2015). Asimismo, por muelles incómodos y difícil de usar, con alta probabilidad de caídas. Además las evidencias encontradas, exhiben prótesis con dientes de porcelana, con bases de oro o plata y posteriormente, de caucho vulcanizado (Figura 11) (García & Méndez, 2002, pág. 12).

Ejemplo de lo anterior es la dentadura hallada en el monasterio de San Francesco en Lucca (Toscana, Italia) en una tumba de los Ghinigi, familia poderosa que gobernó desde 1392 a 1429. Esta prótesis, se componía de cinco dientes mandibulares: tres incisivos centrales y dos caninos, que reemplazaron el arco anterior mandibular, cada diente tenía dos pequeños clavos de oro insertados en la raíz, fijados a una banda interna de oro, plata y cobre. Los dientes estaban asociados a diferentes individuos fallecidos a principios XVII (Figura 12) (Giuffra et al., 2017).



Figura 10. Prótesis con dientes humanos. Dientes extraídos de esclavos. **Fuente:** Kerley (2015).

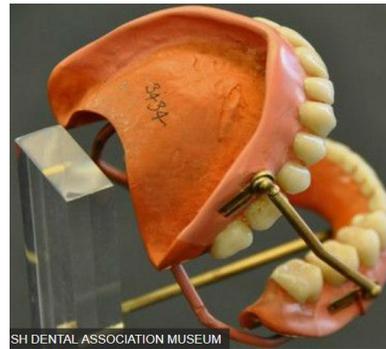


Figura 11. Prótesis con caucho vulcanizado. Diente de porcelana. **Fuente:** Kerley (2015).

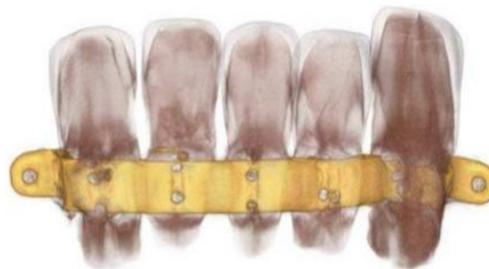


Figura 12. Prótesis dental del siglo XVII. Con clavos de oro. **Fuente:** Giuffra et. Al., (2017).

Por otro lado, se encontró una dentadura postiza parcial, creada por Pierre Fauchard (cirujano dentista francés en 1746), en un individuo masculino de 60 años inhumado en el cementerio protestante del HôtelDieu en Lyon – Francia. La dentadura se componía de dientes incisivos de un cadáver, los cuales fueron cortados a nivel del cuello, perforados lateralmente e insertados en una barra de oro delgada en fila para ser adherido a la mandíbula, a través de los caninos. Este

procedimiento solo podía ser costado por adinerados preocupados por su estética dental (Figura 13) (Archeologie Lyon, 2018). De igual forma, un hallazgo ubicado en el año 1975 en Inglaterra, muestra una prótesis tallada en marfil de hipopótamo, lo cual dificultaba su limpieza, generando su deterioro con el tiempo, además de producir un olor desagradable (Figura 14). También, se tiene indicios que finalizando el siglo XVIII se crearon las primeras prótesis de porcelana como la encontrada en el cementerio de la antigua iglesia de St Pancras perteneciente al arzobispo Arthur Richard Dillon (1721 – 1807), que fue usada con fines estéticos y funcionales (Figura 15) (Vázquez, 2018).



Figura 13. *Prótesis postiza parcial. Con hilo de oro. Fuente: Archeologie Lyon. (2018).*



Figura 14. *Prótesis tallada en marfil de hipopótamo. Base y dientes en marfil. Fuente: Vázquez, A. (2018).*



Figura 15. *Prótesis de porcelana siglo XVIII. Pertenecía al arzobispo Arthur Richard Dillon (1721-1807). Fuente: Vázquez, A. (2018).*

1.5. Edad Contemporánea (1871 d.C – Actualidad)

Las modificaciones dentales en este periodo fueron ampliamente estudiadas al encontrarse variedades en contextos arqueológicos de países como México y

Honduras; dándose la posibilidad de clasificar y ordenar geo-temporalmente, creándose tablas tipológicas que actualmente son utilizadas en estudios de mutilación dental prehispánica. Las tablas de clasificación más conocidas son: la tabla propuesta por Saville, la cual consiste en 16 tipos de modificaciones, identificados por letras que van desde la A hasta la P, según la forma de la corona dental (Saville, 1913)(Figura 16).

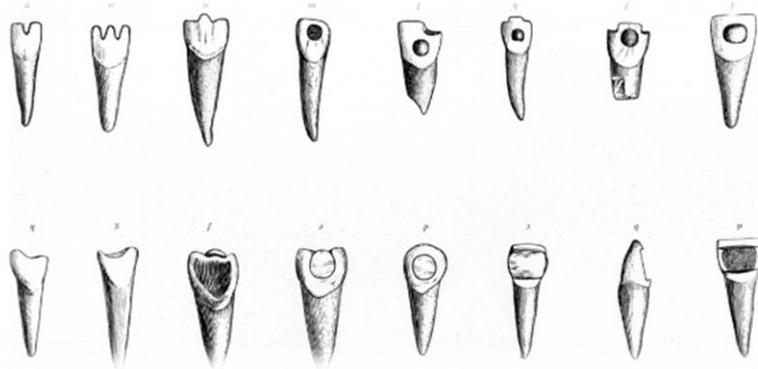


Figura 16. Clasificación de las mutilaciones dentarias prehispánicas de Saville (1913). **Fuente:** Saville M., (1913).

Posteriormente, Daniel Fernando Rubín de la Borbolla en 1944, realiza una clasificación que consiste en 24 tipos diferentes de mutilaciones dentarias prehispánicas basadas en las formas de la corona (Figura 17). Javier Romero Molina (1970 y 1986) investigó las modificaciones dentales prehispánicas mexicanas, creando un sistema de clasificación según el tipo y forma (Suzuki, 2013); determino seis tipos básicos de mutilación dental basada en el estudio de una colección de 1212 dientes del Instituto Nacional de Antropología e Historia de México.

“Cada tipo básico de mutilación dental tiene al menos cinco variantes, que proporcionan un total de 59 tipos diferentes de mutilación dental clasificadas según la naturaleza de la alteración del contorno coronario, la inclusión de detalles decorativos de las superficies vestibulares o la conjunción de ambos” (Figura 18) (Valerio, 2009, pág. 20).

De igual forma, algunas investigaciones se interesaron en la discusión sobre el uso y razones por las cuales los individuos se realizaban las MDI, encontrándose que pueden obedecer prácticas ritualísticas (duelo, iniciaciones, ritos de paso),

tribales, religiosas o cosmológica, estéticas, sociales (estatus o jerarquía) y judiciales (castigos) (Carrión et al., 2007, pág. 10).

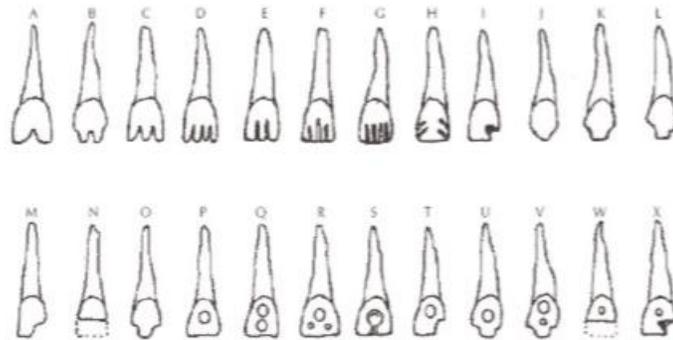


Figura 17. Clasificación de las mutilaciones dentarias prehispánicas de Romero (1970). **Fuente:** Carrión et al., (2007).

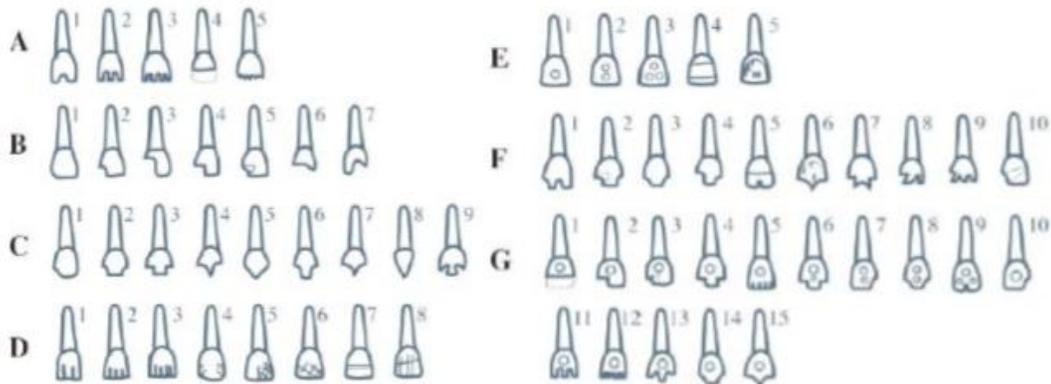


Figura 18. Clasificación de las mutilaciones dentarias prehispánicas de Bambolla (1944). **Fuente:** Carrión et al., (2007).

Dentro de las MDI usadas por los grupos humanos actuales, se encuentran las prótesis dentales, las incrustaciones y recubrimientos de metales y piedras preciosas en dientes anteriores (Carrión et al., 2007, pág. 7); los dentistas y odontólogos aconsejaban la extracción dental como tratamiento contra el dolor, la cual fue de fácil realización desde la creación del anestésico local, el cual era aplicado directamente en la zona afectada antes o después del procedimiento (Macouzet, 2015; Martínez, 2018). Se crearon los *brackets* desde 1970 para corregir el arco dental y la mordida, los implantes quirúrgicos para reemplazar los dientes perdidos teniendo en cuenta el color, la forma y necesidad de cada individuo. Los *Grillz* o *parrillas* han sido utilizados para exhibir estatus y riqueza en la subcultural del hip-hop desde la década de los años 80, estos consisten en prótesis removibles o

permanentes de oro, plata o platino en los dientes anteriores realizados por joyeros y colocados por dentistas (Figura 19); las coronas de oro en dientes anteriores como signo de orgullo y riqueza entre los afroamericanos (Benedix, 1998, pág. 48); los *brackets* de lujo, usados para mostrar alto estatus, capital económico y moda, sin cumplir con el objetivo de corregir el arco dental (Romero, 2020); los tatuajes (*Tateeth*) y joyas dentales (Carrión et al., 2007, pág. 7); el blanqueamiento dental. Además, desde el año 2011 las mujeres jóvenes japonesas usan el *Yaeba o dientes dobles*, que consiste en colocar un diente postizo no quirúrgico de cerámica permanente o removible que sobresale del canino superior natural con el fin de parecer jóvenes al semejar los dientes temporales, inocentes y atractivas (Figura 20) (BBC, 2018).



Figura 19. Grillz. Fuente: Comunicación Cimev, (2016).



Figura 20. Yae Ba. Fuente: BBC, (2018).

Los ejemplos mencionados dan cuenta de la importancia de los dientes en los grupos humanos en todos los tiempos, en donde la mayoría de las investigaciones concluyen que el origen de las modificantes dentales radica en una necesidad que puede ser realizada especialmente por individuos con un estatus social alto (Archeologie Lyon, 2018), lo cual conlleva a pensar estas modificaciones en las diferentes sociedades en espacios geográficos y temporales como diferenciador socioeconómico. Las MDI más utilizadas como diferenciador socioeconómico son el teñido, incrustación de bandas, el reemplazo de piezas dentales perdidas, extracción dental total, prótesis dental total o parcial, incrustaciones de metales o piedras preciosas, afilado, decapitado coronario,

mutilaciones y limado dentario (Carrión et al., 2007, pág. 5) sobre todo en dientes anteriores para su fácil exhibición.

Capítulo 2: De Baberos a Dentistas, cambios dentro del oficio

Los odontólogos, son conocidos por estudiar los dientes, tratamiento de sus dolencias (REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, s.f), prevención de patologías y rehabilitación. Esta profesión ha pasado por distintos cambios durante la práctica, tanto teórica como legislativa, incluyendo cambios de nombre y los deberes-obligaciones en el arte de curar. Lo anterior contribuyó a la creación de jerarquizaciones dentro de los practicantes, entre los que estudiaron y se organizaron en gremios⁷ y cofradías⁸ en contra de los charlatanes y aquellos sin licencia o diploma que aprendieron el oficio de manera empírica.

En algunas sociedades como en el Antiguo Egipto y el continente asiático eran los sacerdotes o médicos los encargados de todas las dolencias, incluyendo las relacionadas con la dentición y por ende, se les atribuye el origen de las MDI con fin terapéutico o estéticos antemortem y postmortem de las clases adineradas, ya que contaban con los recursos necesarios para solventar los costos de los tratamientos, incluyendo el tiempo, los materiales y los conocimientos del sacerdote necesarios para ejecutar dichas modificaciones (Otero & Seguí, 2001, pág. 83). Por el contrario, los esclavos y otras clases sociales eran atendidos por herreros (Perez & Méndez, 2002, pág. 5).

En la edad media los tratamientos médicos y dentales continuaron a cargo de los “monjes dedicados a la medicina” (Roa, 2018, pág. 5), “físicos”, “cirujano de toga larga o latinista” (Pino, 2018, págs. 101-102), los cuales se encargaban de las extracciones dentales a través de la cirugía, con la ayuda de fórceps, elevador y cauterización como técnica de

⁷ Organización de artesanos por oficios respecto a producción, calidad de productos, normas, horas de trabajo, materiales y precio final (Facultad de Medicina de la UAQ, 2017).

⁸ Organización de artesanos de distintos oficios, alentados por la iglesia y consagradas a un santo o virgen, se reglamentaron por estatus y regularon la obtención de licencias para ejercer (Facultad de Medicina de la UAQ, 2017).

curación al dolor dental (Perez & Méndez, pág. 8). Estos médicos, ofrecían sus servicios en un lugar fijo y atendían a nobles y militares, haciendo que los tratamientos fueran costosos, razón por la cual, las personas con pocos recursos económicos buscaban los servicios de los barberos, barberos laicos (Aguilar & Esponda, 2011, pág. 12), “cirujanos-sangradores” (Expósito, 2011, pág. 44), barberos-cirujanos o barberos-sacamuelas responsables de cortar el cabello, afeitar barbas, extraer muelas, hacer sangrías, aplicar cáusticos, sanguijuelas y ventosas, curar heridas y llagas. La atención a los enfermos se realizaba a bordo de las naves mercantiles, galerías o en visitas domiciliarias. Estos personajes cargaron por mucho tiempo con la impureza de tocar, cortar o derramar sangre, actividades consideradas impropias, pecaminosas y prohibidas por la religión católica en el siglo XII, la cual juzgaba todo tipo de cambio corporal, dado que, según sus preceptos, Dios creó al Hombre a su imagen y semejanza, haciendo del oficio una actividad despreciable, pero necesaria para muchos (Pino, 2018).

Por otro lado, los llamados coloquialmente “Idóneos” (Ministerio de salud pública y bienestar social de Paraguay, 2016, pág. 7) o “sacamuelas” eran artesanos practicantes del oficio ligado directamente al arte de sanar el dolor de la cavidad oral (Pino, 2018, págs. 101-105) llegaban a las plazas públicas de pueblos y ciudades a ofrecer sus servicios donde fueron pioneros en actividades publicitarias y la propagandas que tenían como fin traer clientes a partir de la demostración de sus habilidades manuales para extraer dientes. Lo anterior fue rechazado por médicos y farmacéutas, quienes consideraban a estas personas como charlatanes por no tener títulos que acrediten sus conocimientos. Además, eran confundidos con los charlatanes o también conocidos como saltaembanchi, saltaembancos o montambancos por subirse encima de las mesas (Nuñez & Peguero, 2012, pág. 234), quienes eran vendedores ambulantes, embaucadores que engañaban a sus clientes con espectáculos dramatizados por actores, realizando curaciones, vendiendo remedios milagrosos (Laguna, 2017, pág. 84), con un estilo desenvuelto de palabrería y trucos (Nuñez & Peguero, 2012, pág. 233)

En esta época la práctica dental fue difícil de controlar y catalogar por la poca oferta de médicos y de escuelas de medicina, las cuales eran para los individuos de clase alta que no tocaban a los enfermos y no curaban a los extraños (Aguilar & Esponda, 2011, pág. 12),

y la cantidad de artesanos que ejercían los tratamientos (Roa, 2018, pág. 6) a pesar de las medidas de control en los siglos XII y XIV en los cuales se dictaron ordenanzas, leyes y decretos para evitar su trabajo, exiliándolos de la comunidad científica, jerarquizando las actividades (Ardila, 2016, pág. 14) y monopolizando el mercado por medio de “articulaciones entre la posesión de un conocimiento específico legitimado por el Estado, la eficacia de la invocación a la ética ligada a un ideal del servicio, los recursos simbólicos y el interés por el prestigio social” (Perdomo, 2017, pág. 4)

En 1308 los barberos, barberos-cirujanos, sacamuelas, entre otros, se agruparon en Londres para conformar el gremio de cirujanos-barberos con el fin de acreditar sus conocimientos, trabajar contra la charlatanería (Ardila, 2016, pág. 14), impulsar la actividad científica, exigir derechos profesionales y proteger a los miembros de la censura (Perdomo, 2017). De igual forma, conformaron en el siglo XIV “las primeras cofradías de barberos y cirujanos bajo la advocación de los Santos Patronos san Cosme y San Damián que eran instituciones de carácter religioso y benéfico” (Expósito, 2011, pág. 34). Es así que los barberos en el siglo XV encargados de las heridas, entre otros menesteres en época de guerra debían realizar un examen teórico – práctico ante el protomédico (Mateo, 2014, pág. 4). El protomedicato se responsabilizó de combatir el empirismo y fiscalizar el ejercicio de la salud, examinar y autorizar su ejercicio legal y hacer cumplir las disposiciones legales establecidas (Ardila, 2016, pág. 16); como la ordenanza dictada por el rey de Francia en 1404 en la cual nadie podía ejercer sin título. En Alemania, en la ciudad de Fráncfort se creó una ordenanza que obligaba a los médicos a instruir a los barberos y en España los Reyes Católicos el 9 de julio de 1500 crearon la Pragmática de Segovia, en la cual se exigía a los individuos práctica y examen para ejercer legalmente tanto en el reino español como en sus colonias.

En el siglo XVIII en el Reino Unido creó el nombre de “operadores dentales” para los profesionales de la salud como resultado de la unión de los cirujanos y barberos en 1540. Al darse la separación entre los cirujanos y barberos dejaron su identidad colectiva, hasta la creación del término Dentistas que proviene del francés Dentiste en 1728, separando la odontología de la cirugía y del oficio, aunque convivieron por bastante tiempo, fue solo el denominado dentista el cual se estableció como profesión que podía

ejecutar tratamientos dentales a partir de finales del siglo XVIII, estos terminaron siendo los encargados de hacer drenajes de abscesos periodontales y extracciones dentales (Roa, 2018).

Al comenzar las navegaciones transoceánicas (tanto comercial como de guerra) era normal llevar personal sanitario (médico o barbero) a bordo desde la ordenanza de 1359. Los barberos eran jóvenes de bajos recursos que recién terminaban sus prácticas con el maestro y que debían tener la certificación del protomédico de la armada. Lo anterior, sumando al poco interés de los médicos para embarcar debido al salario reducido, las dificultades de espacio e incomodidades del viaje provocó que este oficio fuera reconocido en otros continentes. Además, se reguló el sueldo de los barberos que viajaban en los navíos y se les permitió realizar sus trabajos en tierra, distinguiéndose por tener el rótulo de la marina, lo cual aportaba prestigio (Mateo, 2014; Pino, 2018, pág. 102).

En el nuevo mundo, los barberos siguieron siendo artesanos de servicios valorados socialmente, los cuales se encargaban de cortar cabello, afeitar barbas, atender enfermos con heridas, dolores dentales, entre otras actividades. Los barberos se formaron en mayor cantidad que los médicos (Pino, 2018) y se convirtieron en los únicos individuos al que recurrían en caso de dolor o enfermedad (Expósito, 2011). Durante el periodo colonial, los reyes españoles crearon la ordenanza que impuso el protomedicato en América, pero los barberos que querían realizar el examen teórico-práctico no podían por la cantidad de requisitos y sus costos, haciendo imposible mantener la institución, de tal manera, que en algunas zonas nunca se estableció y los profesionales que ejercían en su mayoría no eran certificados (Pino, 2018, pág. 103).

Los requisitos para certificación eran, (Pino, 2018, pág. 103; Expósito, 2011, pág. 35)

Formalizar un contrato llamado conciertos, asiento de aprendiz, carta de aprendiz, contrato de aprendiz, carta de asiento o asientos de oficios en presencia de un escribano, en el cual se concretaba el tiempo, deberes y compromisos del maestro, del aprendiz y el padre del aprendiz. El maestro, debía enseñar buenas costumbres, alimentarlo, darle cama, vestirlo, cuidar de enfermedad por ocho días, adoctrinar en la fé católica y entregarle las herramientas. El padre, se comprometía a

pagarle por las enseñanzas y el aprendiz, se comprometía a aprender el arte por cuatro años, a servir a su maestro y no abandonar el lugar de trabajo

Al cumplir con lo anterior, se debía presentar el examen teórico práctico para ejercer y obtener la carta examen y licencia para poner la tienda. Expósito (2011) indica que se debía comprobar la limpieza de su sangre, certificado de buena conducta alusiva a la moral y el certificado de prácticas indicando el lugar, maestro y duración. Además, el examen teórico consistía en conocimientos de venas, ventosas, sanguijuelas y extracción dental y el examen práctico debía ser realizado en un hospital público ante notario y testigos (Pág. 35).

Las tiendas comúnmente tenían bancos de madera para quienes esperaban su turno de atención, silla de oficio en la cual se afeitaba y un cajón de tienda en la cual se encontraban todos los implementos necesarios para el quehacer como: navajas, tijeras, peines, vasijas para mojar la barba, paños, jeringas, jeringuillas, agujas, ventosas, sajadores, medicamentos (tópicos, ungüentos, hierbas), pinzas, apostemeros, embudos y sondas; y herramientas para la extracción dental como el pulicán (para muelas muy dañadas), alicates (dientes sueltos y raíces), dentuza (extracción de caninos e incisivos), gatilla/o (extracción de muelas pequeñas), descarnador (separador de dientes de encía), cauterios de fuego y oro (para conservar muelas y dientes) (Expósito, 2011).

2.1. La odontología en Colombia

Durante el período Republicano, la influencia de médicos y cirujanos dentales franceses y norteamericanos llegó a Santa Fe de Bogotá, enfocándose en el tratamiento de patologías, terapéutica bucal y en los hallazgos de tipo técnico para facilitar su labor (Perdomo, 2017, pág. 29), dándose grandes avances con respecto a la práctica con el apoyo de libros europeos. Eso ayudó a la implementación del oro en las bases de las dentaduras (Figura 21) (Ardila, 2016, pág. 59) por su resistencia a la corrosión y el fácil manejo (Gladwin & Bagby, 2001, pág. 5), colocación de paladares y dientes de oro (Ministerio de salud pública y bienestar social de Paraguay, 2016, pág. 7), el reemplazo de dientes perdidos con fines estéticos haciendo uso de materiales como el marfil, porcelana,

cera. Asimismo, mejoraron los tratamientos dentales con la llegada de la anestesia (Martinez, 2018, pág. 3) y yeso usado para fabricar impresiones y modelos y el Eugenol con óxido de zinc y fosfato de zinc utilizados para realizar obturaciones durante la restauración (Gladwin & Bagby, 2001, pág. 5).

En la segunda mitad del siglo XIX, viajaron colombianos a Estados Unidos y Francia para estudiar odontología, regresando al país como profesores las primeras escuelas de odontología, las cuales eran privadas. El Colegio Dental de Bogotá se fundó el 2 de enero de 1888, en el cual se enseñaba a fabricar prótesis dentales, el tratamiento a la patología dental, anatomía y fisiología. Este aprendizaje tenía una durabilidad de dos años, titulando a doctores en odontología y cirugía dental. La Escuela Dental de Cartagena de Indias fundada en 1891, en la cual, enseñaban de cirugía dental, metalurgia, anatomía especial de la cabeza, fisiología, patología, material médico, entregando títulos de Cirujano Dentista, proceso que tardaba dos años (Correa et al., 2003, pág. 8). La Escuela Nacional fundada en 1912 (Ardila, 2016), y el Colegio Dental de Medellín creado en 1918 en donde se impartían clases de metalurgia, química, bacteriología, cirugía oral, anatomía, patología, clínica dental, coronas, puentes y ortodoncia, prótesis, operatoria, materia médica, anestesia e histología, morfología, anatomía e histología dental, con un plan de estudios de cuatro años y estaban dotados con sillones marca Ritter (Figura 22), bomba hidráulica y máquina de pedal, fresas de acero, piedras montadas y discos de carburundum. (Calle, 1991, pág. 148).



Figura 21. Prótesis con base y dientes de oro.
Fuente: Dental Tribute (2018).



Figura 22. Sillón dental Marca Ritter.
Consultorio odontológico Texas, 1881.
Fuente: Dental Tribute (2018).

Pasados los años, existieron nuevos decretos relacionados con los aspirantes de odontología, los cuales debían haber culminado los estudios de bachillerato y por tanto tener el diploma (Decreto 203 de 1927) y el aumento de años estudiados para ser profesionales, pasando de cursar dos a seis años (Decreto 1906 de 1932) (Caicedo et al., 2018, pág. 49). También, se conformaron las primeras facultades de odontología en la Universidad de Cartagena, Universidad Nacional de Colombia y la Universidad de Antioquia (Estrada, 2012, pág. 2).

En el siglo XX, entre 1914 y 1929 los odontólogos obtuvieron licencias o la revalidación de estas por medio de la gobernación departamental del lugar de trabajo. Debían tener cinco declaraciones que afirmaran que son decentes e idóneos y que habían ejercido por más de cinco años antes de la promulgación de la Ley 38 de 1914, por lo cual se intentó regular el ejercicio de la medicina y profesiones auxiliares o afines. Estas revalidaciones de licencia siguieron vigentes en los años 1928 y 2000 frente a la Junta Central de Títulos Odontológicos (JCTO) ubicada en Bogotá y asociadas al Ministerio de Educación Nacional (Márquez, 2016, págs. 3-4). Pese a lo anterior, existía la posibilidad de trabajar sin licencia de forma exclusiva en lugares en donde no existiera la institución, lo cual podía realizarse a partir de la presentación de un certificado de sanidad, examen teórico - práctico y consignación de \$50 pesos a la Administración General de Higiene (Caicedo et al., 2018).

Además, se crearon leyes como la Ley 51 de 1937 *“por lo cual se reglamenta el ejercicio de la odontología*, la Ley 10 de 1962 *“por lo cual se dictan normas relativas al ejercicio de la odontología”* referentes al servicio social obligatorio, Decreto 491 de 1990 **“código de ética del odontólogo colombiano y su decreto reglamentario”** que todavía están vigentes y marcan los derroteros legales del actuar idóneo del odontólogo, especialmente en lo referente a su relación con el paciente, sus colegas, el personal auxiliar, las instituciones, la sociedad y el estado, el secreto profesional, la historia clínica, y los derechos, deberes y obligaciones de los pacientes.

Tanto los odontólogos como los dentistas (aquellos sin diploma o licencia) conocidos también a nivel nacional como sacamuelas, saca-dientes o teguas, prescribían o vendían medicamentos como antibióticos, sulfonamidas y sustancias antienzimáticas para aliviar el dolor, evitar las infecciones y prevenir patologías (Cipes, 1955) (Tabla 1).

Tabla 1. Recetas odontológicas

Para	Prescripción
Gingivitis necrosante	Enjuague cada dos horas de solución de permanganato potásico diluido en agua.
Sensibilidad	Solución de Hartman: Timol 5g, Alcohol etílico 4g, Éter sulfúrico 8g. Quince gramos bastan para doscientas aplicaciones. Fórmula de Kuder: Alcohol bencílico 50g, Cloroformo 30g, Alcohol 20g. Formula de Hill: Eter 20g, alcohol 10g, acetone 10g.
Gotas para el dolo dental	Fenol 2.5g, mentol 2g, Eugenol 1 c.c., alcanfor 0.5g. Hidrato de cloral 8g, alcanfor 2g, eugenol 16g. Cloroformo 90g, alcanfor 30g, esencia de clavo 12g, tintura de benjuí compuesta 16g. Creosota de haya 20g, cloroformo 20g, esencia de clavo 20g, esencia de menta piperita 20g, esencia de alcanfor 24g, fenol 24g.
Limpiar dentaduras	Carbonato cálcico precipitado 160g, carbonato magnésico pesado 40g, carbonato magnésico ligero 20g, jabón en polvo 10g. Humedézcase el cepillo dental cuando se use este polvo Fosfato trisódico 60g. Una cucharadita en un vaso de agua. Dejar sumergida en el líquido toda la noche
Limpiar dientes	Timol 0.15g, mentol 0.25g, carbonato cálcico precipitado 30.00g, polvo de jabón U.S.P. 15.00g,

esencia de menta piperita 0.50g, subgalato de bismuto 25.00g, bicarbonato sódico, c.s.p 120.00 g. Mézclase en polvo homogéneo y despáchese en frasco ingles de polvos dentífricos. Dos veces al día.

Tomado de Arte de recetar y formulario para dentistas (Cipes, 1955, págs. 362, 394, 395, 404).

Las confecciones de prótesis totales, cajas de dientes o chapas, tenían base de caucho vulcanizado y los dientes eran de bloque (dos o tres juntos en porcelana), luego se usaron materiales termoplásticos (celulosa y vinil), resina acrílica y las dentaduras magnéticas. Las impresiones para las prótesis eran realizadas con yeso soluble en cuberas lisas, el cual debía fracturarse con un cuchillo especial para extraerse, poniendo en riesgo al paciente debido a que algunos residuos podrían llegar a su garganta. La anestesia era de cocaína al 2% que se inyectaba con jeringa y agujas especiales o también se podía perforar hasta la cámara pulpar y se procedía a colocar cocaína cristalina a presión (Calle, 1991, págs. 148-149). De igual forma, varios tratamientos dentales que se ejecutaban en la época (Tabla 2) utilizaban los materiales antes descritos.

Tabla 2. *Tratamientos del Colegio Dental de Medellín*

Patología	Tratamiento	Consecuencia
Pulpitis	Sellado por 24 horas con cemento de oxiosfato de zinc, trióxido de arsénico, timol y eugenato.	Puede causar necrosis gingival u ósea, dolor, muerte.
Alveolitis	Enjugues de yerbas como Tomatera, yerbabuena o yerbamora. Enjuagues de agua bicarbonatada o solución de sal inglesa.	
Odontalgia por caries	Gota eléctrica: Mezcla de cressota de La Haya, fenol y eugenol. Desinfectaban con alcohol, creosota, fenol o timol antes de	Puede dañar otras piezas dentales.

	poner el empaste dental.	
Enfermedad Periodontal	Enjuagues de yodo, cloroformo, extracto líquido de acónito, alcohol y agua destilada.	Quemadura de los tejidos.
	Cauterización	
	Topicaciones de violeta de genciana o azul de metileno	
Periodontitis (Piorrea)	Exodoncia total	Fracturas de maxilares o de dientes, pérdida de piezas dentales, dislocación de mandíbula, infección, dolor, muerte.

Adaptado de Anotaciones acerca del Colegio Dental de Medellín y del Dr. Abel Uribe Jaramillo (Calle R., 1991, págs. 149, 150).

Otro tratamiento realizado por odontólogos consistía en la restauración de dientes afectados por caries con amalgama, compuesta de 52% de mercurio y el resto de cobre, estaño, plata y zinc. Posteriormente, varias investigaciones presentadas ante la OMS (Organización Mundial de la Salud) indicaron que su uso es negativo, pues el mercurio se desprende continuamente del empaste y los metales se oxidan por contacto con el calor, la saliva, el flúor y el oro, siendo fuente potencial de afectaciones en el sistema inmunológico, problemas neurológicos y del sistema nervioso central originando enfermedades como el Alzheimer, pérdida de destreza manual y concentración, y afectando algunos órganos pertenecientes a los sistemas circulatorio y excretor (Hubbard, 2006). Por tal motivo, comenzaron a realizarse restauraciones dentales con cerámica, la cual se moldea fácilmente al igual que la amalgama y no tiene desprendimiento por contacto.

2.2 Dentistas Guachucalenses

Los dentistas en Guachucal fueron los grandes protagonistas de las MDI de la mayoría de los adultos mayores entre los años 1950 a 1990, puesto que existían

distintas barreras que impedían a las personas el acceso a la salud. Entre ellas, se encontraba las barreras geográficas; como la distancia entre lugares, el relieve montañoso, limitaciones de transporte por el estado o ausencia de vías; barreras económicas; como los pocos ingresos para acceder a la salud oral, las barreras culturales como la percepción de las personas hacía los odontólogos o especialistas de la salud oral; las barreras administrativas como la baja disponibilidad del servicio; la centralización de los centros de salud en el área urbana y la barrera del conflicto armado; que conllevaba a distintas actividades como cierre de vías por parte de grupos armados ilegales o toques de queda (Caicedo & Estrada, 2016). Como consecuencia de lo anterior, la única opción para mejorar la incomodidad del individuo de manera instantánea y disminuir el dolor dental, fue a través del dentista, el cual trabajaba desde su casa, atendiendo a las personas por orden de llegada y de igual forma, por medio de domicilios cuando la persona no podía desplazarse, sin importar la hora cuando el cliente le daba el medio de transporte (normalmente era un caballo). Lo anterior, contribuyo a que el dentista se volviera indispensable para la población que habitó Guachucal a principios del siglo XIX.

Capítulo 3: La modificación dental, una mirada desde la antropología dental

A continuación, se realizarán definiciones y descripciones de la Antropología dental, modificaciones dentales (MD), modificaciones dentales intencionales (MDI); teniendo en cuenta conceptos como el prestigio, la estética y la belleza, asociados al tema principal de la presente investigación, con el fin de servir como un preámbulo al enfoque biocultural.

3.1. Antropología dental

Es una disciplina de la antropología biológica que integra la antropología, odontología, biología, paleontología y paleopatología (Rodríguez, 2005) encargándose del estudio de los dientes (deciduos o permanentes). Las estructuras dentales presentan propiedades químicas en sus tejidos, haciendo que presenten cualidades idóneas para la investigación: 1. preservables; 2. observables y 3. variables al ser producto de factores genéticos, ambientales y culturales (Scott, 1997, pág. 176). Es así, como cobran importancia en estudios de carácter arqueológico, etnográfico y forense, debido a su valor biocultural, revelando aspectos asociados a la adaptabilidad y la variación que permiten “conocer relaciones sociales e históricos en los individuos y los grupos como actividades culturales, condiciones biológicas y calidad de vida” (Rodríguez, 2003, pág. 17).

La disciplina se encarga de “registrar, analizar, explicar y comprender todo aquello que la morfología de los dientes puede indicar de los grupos humanos en cuanto a su condición biológica asociada a sistemas culturales (genes y costumbres)” (Rodríguez, 2005, págs. 52, 53) y se han estudiado aspectos “de la morfología dental por medio de la observación como los rasgos fenotípicos especiales, dimensiones dentales, patologías, procesos de crecimiento (maduración

dental) y degeneración (desgaste) y modificaciones dentales” (Rodríguez, 2003, pág. 18)

3.2. Modificaciones dentales (MD)

Las modificaciones corporales dentales han sido realizadas por los seres humanos en distintos tiempos y espacios. Son divididas en modificación dental no intencionales (accidentales) e intencionales (artificiales o culturales). Las modificaciones se encuentran relacionadas con los tratamientos y prácticas culturales que dependen de elementos como la ancestralidad, el dimorfismo sexual, la edad, el estado civil, trabajo, nivel cultural o condiciones socioeconómicas, el comportamiento dietético, patologías dentales; el uso de la dentición como tercera mano y/o herramienta (alicate, polea) (Alt, Rösing, & Teschler Nicola, 1998)g & Teschler, 1998), algunas poseen representaciones simbólicas diferentes y variables dentro de los distintos grupos sociales existentes; y son estudiadas con el objetivo de “conocer los aspectos sociales e históricos en los individuos y sus grupos” (Rodríguez, 2005).

3.3. Modificaciones dentales Intencionales (MDI)

Las modificaciones dentales intencionales (MDI), artificiales o culturales se dividen en mutilaciones dentales y modificaciones terapéuticas dentales. Los primeros, se componen por modificaciones como el afilado, desconchado, ablación, decoración dental, blanqueamiento, teñido, cambio de posición, amputación y germenectomía: La segunda, incluye la prótesis (dentadura artificial, puentes, coronas), cirugía oral (extracción dental, trepanación dental, reimplantación dental, tratamiento de las fracturas), periodoncia (ligaduras de oro), y odontología conservadora (obturaciones metálicas y no metálicas) (Alt, Rösing, & Teschler, 1998).

Las modificaciones dentales son estudiadas como reflejo de representación simbólica de la cultura, siendo parte de la interiorización de las costumbres, conocimientos, creencias y experiencias, que muestran una evolución o mejoramiento de las técnicas y tratamientos para evitar secuelas posteriores en la

calidad de vida, como el alto riesgo de patologías, pérdida de piezas dentales, cambio dietario con déficit en proteínas, minerales y vitaminas, incremento del dolor o la muerte; y realizadas por motivaciones ritualistas (duelo, iniciaciones, ritos de paso), tribales, religiosos o cosmológicos, estéticos, sociales (estatus social o jerarquía) y judiciales (castigos) (Carrión et al., 2007, pág. 10), siendo rasgos bioculturales intencionales que ayudan a resolver “problemas históricos relacionados con la evolución y la adaptación, aislamiento, contactos y desplazamientos humanos, condiciones y hábitos alimenticios, convivencia y manejo de las patologías, identificación étnica y forense, entre otras” (Rodríguez, 2005, pág. 19); al ser “costumbre que rige la vida cotidiana, mecanismo de interacción y reproducción social” (Tiesler, 2001, pág. 18)

Los conceptos importantes asociados a la modificación dental intencional que se utilizarán en la investigación serán tres:

3.3.1. El prestigio

Es el resultado de las valoraciones humanas, que se encuentra dentro de la lucha de poder, donde se expresa la dominación o la superioridad y que se deriva generalmente de la reputación familiar (Boucek, 1957, págs. 83-84). Puede ser observado en la indumentaria u ornamentos que el agente portador de prestigio puede tener o por su rol dentro de la comunidad, por tanto, el cuerpo se vuelve una construcción simbólica, resultado de una construcción social y cultural que depende de la posición en el campo (Le Breton, 1990, pág.13). Cada grupo construye nociones diferentes de cuerpo, su valor estético y la belleza que influye en la construcción de identidad.

3.3.2. La estética

Según Rosenkranz (1992) la estética es subjetiva, ya que no hay una regla universal objetiva que determine lo que es bello. Por tanto, se juzga bajo modelos arquetípicos que dependen del lugar, el tiempo y la cultura. Sin embargo, en todas las sociedades hay un reflejo de la búsqueda estética a menudo subconsciente de la perfección que alegoriza la experiencia visual placentera, necesaria para la

reproducción y la satisfacción individual. Las modificaciones dentales se centran en parte en la estética aceptada por cada grupo social aun implicando la pérdida funcional de las piezas.

3.3.3. La belleza

La belleza surge de los esfuerzos exitosos de adaptación a las condiciones ambientales, las necesidades funcionales y las relaciones privilegiadas, que acompañan al individuo hasta después de su muerte biológica. Se encuentra asociada a la tradición, las creencias y ritualidad, en la ornamentación que expresa constantemente la identidad cultural de un grupo y genera reacciones positivas o negativas, por ello en todas las sociedades hay un reflejo de la búsqueda estética a menudo subconsciente de la perfección que alegoriza la experiencia visual placentera necesaria para obtener una reproducción exitosa y la satisfacción individual, observada principalmente en los dientes, pues es el primer órgano del cuerpo visible al interactuar con otra persona (Rufenacht, 2001). Algunas veces la búsqueda de la belleza es tan importante para el individuo que se esfuerza económicamente para modificar la rigidez social que la domina y en ocasiones puede terminar en la exclusión social tanto del grupo al que pertenece como al que desea pertenecer.

3.4. Enfoque Biocultural

Diversos autores están de acuerdo en que este concepto se fundamenta en la unión de la biología y la cultura, buscando respuesta al ¿Por qué los comportamientos culturales son importantes para diferentes poblaciones y cómo afectan de forma positiva y negativa? (Benedix, 1998, pág. 3). Por ejemplo, Maffi (2010), dice que lo biocultural es la interrelación de la vida en todas sus manifestaciones biológicas, culturales y lingüísticas que han co-evolucionado en complejos sistemas adaptativos sociales y ecológicos que ayudan a la conservación lingüística o ambiental de los territorios.

Además, autores como Rodríguez (2005), indican que se basa en las relaciones y dependencias entre la información biológica y cultural, llevando

consigo una variedad de significados, análisis (Hruschka et al., 2005, pág. 3) e investigaciones en contextos arqueológicos o sociales, respecto al estatus o estratificación social, modificaciones dentales, pertenencia social, estética, moda, el uso de las plantas medicinales y su conocimiento tradicional en distintos grupos humanos (Dunn, 2017), la adaptación estratégica frente a las patologías, los cambios de dieta, el estrés y el acceso diferencial a los recursos causante de diferentes estados de salud y la calidad de vida de las personas (Martin et al., 2013), entre otros.

El enfoque biocultural desde la antropología biológica, explica las relaciones entre el proceso evolutivo, la variación, susceptibilidad y resistencia biológica a las enfermedades e influencias ambientales y la relación con la cultura y el medio ambiente, en cuanto a sentidos y costumbres sobre el individuo-grupo-especie, individuo-medio-grupo y persona-sociedad-cultura, que interactúan en conjunto sobre el proceso biocultural. Por tanto, enfatiza explícitamente la interacción dinámica entre humanos y sus entornos sociales, culturales y físicos más amplios (Armelagos & Zuckermanand, 2011).

Las modificaciones dentales intencionales (MDI) son un proceso biocultural al ser un “producto visible de una práctica compartida a nivel familiar, local y regional en la cual influyen diversas técnicas que tienen como objetivo modificar la forma externa de las piezas dentales en el individuo vivo” (Tiesler, 2001, pág. 17). Lo anterior, permite interpretar características ornamentales que organizan la realidad; las cuales pueden generar un riesgo o deterioro a la salud o mejorar la calidad de vida de los individuos que alteran definitiva o temporal los dientes, modificando así las funciones básicas para satisfacer necesidades sociales; como lo son las modificaciones de las funciones biológicas (el comer), generando padecimientos que afectan el cuerpo como: presiones sociales (como el estrés), transformado las necesidades biológicas por los productos sociales (como la tecnología e institucionalización de la odontología), modificando las condiciones

corporales y funcionales por situaciones extremas (la muerte del individuo) (Univerisdad Nacional Autónoma de México, 2018).

Así mismo, Muños (2010, como se citó en Hurtado & Pabón, 2016) afirma: que las modificaciones son “sistemas dinámicos y complejos de agentes, de acciones, de representaciones del mundo y de creencias que tiene esos agentes, quienes actúan cotidianamente e interactúan con los objetos y con otros agentes que constituyen el mundo” (pág. 41-42). Esas representaciones de la realidad son muy diversas dentro del mismo grupo social, creando brechas y divisiones sociales, configurando distintos significados y estéticas socialmente aceptadas, que conllevan a una organización social y modifican las interacciones y dinámicas sociales aprendidas como capital heredado, ya sea simbólico, cultural, económico o social. Lo anterior, da como resultado estilos de vida y representaciones sociales que otorgan legitimidad, dominación, poder, reconocimiento, autoridad, prestigio social o exclusión, donde los individuos están constantemente dentro de una lucha de posiciones y de capital simbólico, generando la clasificación o identificador entre los agentes (Bourdieu, 1988).

Desde las anteriores perspectivas, se afirma que los individuos son agentes bioculturales (Dunn, 2017) que dependen de tres procesos generales: su herencia (genes), desarrollo (nacimiento, vida sociocultural y la muerte) y las particularidades del grupo al que pertenecen. Su clasificación no es universal, al contener un sistema de significados desarrolladas por procesos biológicos, cognitivos, sociales y culturales basados en la interpretación, representación, interacción y significación adquiridos, desarrollados e integrados (Zavala, 2020), “que funcionan en la práctica y para la práctica” (Bourdieu, 1988, pág. 478) por medio de la socialización, siendo este un proceso de desarrollo personal, basado en el aprendizaje que se transmite por generaciones (Ramírez, 2015) y que reproduce estilos de vida influenciando a los individuos por medio del capital heredado y el campo social, entendidos dentro de la teoría de la reproducción social como *habitus*.

El *habitus* participa en la definición de las identidades individuales y colectivas, donde “se juzga el atractivo, la salud, la nutrición, la autoestima, el orgullo higiénico, la situación económica y la sexualidad” (Otero & Seguí, 2001, pág. 84) por medio de la indumentaria u ornamentos que los agentes portadores de prestigio pueden tener al buscar continuamente la belleza y preocupándose sobre la percepción del cuerpo percibido como atributo, creado por la influencia del medio ambiente o la moda y la necesidad de que sean observadas por otros individuos para su reconocimiento dentro del grupo social. Para lo anteriormente mencionado se crean una serie de prácticas de diferenciación social dando cavidad a la pertenencia y exclusión social (Restrepo, 2006).

Según Boucek (1957) una de las practicas más comunes utilizadas por los agentes para crear diferenciadores sociales y la pertenencia a un grupo son rasgos bioculturales como las modificaciones dentales intencionales, consideradas como un comportamiento adaptativo y desadaptativo. Para Logan & Qirko (1996) y Benedix (1998), son un rasgo de mala adaptación, ya que interfiere con la capacidad de los individuos de transferir los genes a las siguientes generaciones implicando un alto porcentaje de muerte de individuos jóvenes, con capacidad de reproducción, afecta la dieta al comprometer la masticación, la atención médica, la calidad de vida a largo plazo, entre otras. Para otros autores, como Tiesles (2011), las modificaciones dentales son una manifestación de la adaptación, siendo un marcador de identidad y/o de estatus, al asociarse el tipo de decoración y la tradición decorativa de efecto visible, exhibiendo su capital económico acorde a la técnica decorativa más lujosa. Por tanto, cuanto más modificada es la dentición de una persona más estatus tiene (Barnes, 2010).

Cada cultura tiene *habitus* que se relacionan con el tipo de modificaciones que se realizan las personas. Teniendo como base la idea de que las modificaciones dentales juegan un papel fundamental en las prácticas sociales y la alteración de los dientes pueden ser un atractivo para el sexo opuesto, señalando parejas potenciales, realzando la belleza y mejorando el estado personal, lo cual genera una ventaja social a pesar del dolor ocasionado durante y después del

procediendo (Van Reenen, 1978).

Cabe resaltar que el dolor puede disiparse en días posteriores de la realización de la modificación (Mata, 1994). Además, pueden originarse infecciones que desencadenan en inflamación, caries, pulpitis, abscesos, gangrena, necrosis de tejidos blandos, pérdida de piezas dentales y reabsorción alveolar, implicando una frecuencia mayor de patologías que pueden producir graves peligros que atenta contra la salud de los individuos (Barnes, 2010, pág. 29). Las consecuencias anteriormente mencionadas, dependen de los cuidados posquirúrgicos que los pacientes realicen, las técnicas empleadas por los odontólogos, dentistas o el encargado socialmente de curar y modificar la cavidad oral, el acceso a medicamentos y a instituciones de salud que puedan brindar un servicio de emergencia y de alta calidad. También dependerán del capital económico y social que le facilita cubrir estas necesidades médicas, dependientes del acceso a los recursos materiales que revelan las distribuciones desiguales de adaptaciones biológicas y necesidades sociales, producto de la acción humana e interés individual o grupal (Armelaños & Zuckermanand, 2011).

Es así, como la clase dominante tiene mayor probabilidad de disminuir los riesgos posquirúrgicos, ya que cuentan con condiciones favorables para mejorar la salud bucal, el dolor dental, encontrar un tratamiento ajustado a cada necesidad y tener la higiene necesaria para evitar infecciones. Aunque tienen gustos ostentosos y de lujo frente a las modificaciones dentales, son los únicos que cuentan con el capital económico, cultural, social y simbólico, prestigioso y de herencia social que les permite acceder fácilmente a estos tratamientos, además, de contar con redes de influencia que los hace responsables de ser el ejemplo a seguir de la pequeña burguesía. Por el contrario, la pequeña burguesía no cuenta con el capital económico y social para tener los privilegios de la clase dominante, pero hace todo lo posible para difundir y seguir las modas y cánones de belleza impuestas por la clase alta, accediendo a modificaciones similares, pero con una calidad menor y, enfrentarse a un mayor peligro de tener consecuencias en la salud.

Lo anterior, se relaciona con la necesidad de encajar en clases superiores y

ser aceptados por estos. Retomando el ejemplo anterior, se puede inferir que las personas de nivel socioeconómico más bajo tratan de nivelarse con la clase alta, ya que realizan esfuerzos para obtener el prestigio social de la clase dominante sin contar con el capital económico y social necesario. Por último, se encuentra la clase popular, que son más propensos a perder todos los dientes (desdentados) o tener menos de 15 piezas dentales en la boca (Arnetzl, Arnetzl, Gluhak, Jakse, & Kirmeier, 2010) como consecuencia de una mala higiene, por lo que recurren a usar la exodoncia como primera alternativa para erradicar el dolor dental causado por patologías bucodentales (Navarro viadero, Navarro Viadero, & Palacio Gonzáles, 2016, pág. 7).

Y es que el no contar con el capital económico y social para tener atención odontológica de calidad, la posibilidad realizarse rehabilitación oral por medio de las prótesis o tener acceso a tratamientos menos invasivos, hace que las personas elijan tratamientos irreversibles, la automedicación farmacológica contra el dolor dental y el uso de plantas medicinales, debido a su bajo costo y fácil acceso. Además, de generarse una idea de satisfacer únicamente las necesidades funcionales, aceptando la condición de dominados y excluidos por las personas que pertenecen a las otras clases sociales más altas.

Capítulo 4: Metodología

En este apartado se darán detalles de la muestra y los criterios de inclusión, así como de los métodos utilizados para responder los objetivos planteados durante esta investigación.

4. 1. Tipo de investigación

La investigación se dirigió hacia un método mixto, involucrando la recolección, análisis e integración de los datos cuantitativos y cualitativos por medio de entrevistas semiestructuradas individuales a través de narraciones sobre las modificaciones dentales intencionales en el municipio de Guachucal, Nariño. Los datos cualitativos fueron obtenidos a partir de la revisión bibliográfica general de los temas incluidos en este trabajo: modificaciones dentales intencionales historia de la odontología, los dentistas y sacamuelas, patologías dentales, materiales y herramientas para las MDI, consecuencias y beneficios de las MDI; mientras los datos cuantitativos fueron sustraídos de las entrevistas semiestructuradas individuales y el inventario de dentición permanente usando la nomenclatura de la Federación Dental Internacional (FDA) (Anexo C), realizadas a sujetos entre 50 y 94 años de edad que residen en el municipio de Guachucal – Nariño entre los años 1950 y 1990.

4.2. Muestra

Se llevó a cabo el contacto, la búsqueda y selección de los individuos con modificaciones dentales intencionales o conocimientos de estas en el Resguardo de Muellamués, ubicado en el municipio de Guachucal, departamento de Nariño. El individuo es la unidad y eje del enfoque biocultural al ser un elemento singular,

sistema orgánico y fenoménico, pensante, que refleja, socializa y se reproduce que componente el sistema social del que participa.

Contexto

Guachucal es un municipio colombiano ubicado al sur del Departamento de Nariño. Limita al norte con el municipio de Sapuyes, al sur con Cumbal y Cuaspud, al oriente con Aldana y Pupiales y al occidente con Mallama (Figura 23). Es principalmente zona rural y tiene una extensión total de 150.2 Km², una altura de 3.180 m.s.n.m, con presencia topografía montañosa y temperatura promedio de 10 °C, caracterizada por tres áreas: el piedemonte, las cadenas de montañas volcánico sedimentarias, el macizo y cuellos volcánicos con suelos tipo andisoles desarrollados a partir de cenizas volcánicas, andesitas, lópilli y materiales piroclásticos (Consejo Municipal de Guachucal, 2015).

La mayoría de la actividad económica se basa en la ganadería principalmente utilizada para la producción de leche. Además, se da la piscicultura de trucha y la agricultura de pasto, papa, trigo, cebada, haba, oca, ulluco, quinua, coliflor, zanahoria, cebolla y frijol; utilizados para el consumo, venta y en menor medida el trueque. También crían conejillos de indias (*Cavia Porcellus*, también conocido como cuy o curí), cerdos y pollos (Kloosterman, 1997).



Figura 23. Localización de Guachucal, Nariño – Colombia. **Fuente:** Wikipedia (2012).

En el territorio existen tres resguardos indígenas reconocidos por el Ministerio del Interior, el Resguardo de Guachucal, Muellamués y Colimba. Según la proyección del DANE para el año 2015, Guachucal tiene una población total de 28.292,012, de los cuales el 71% es población indígena y, cuenta con 3.613 personas mayores de 50 años, 1.914 son mujeres y 1.699 hombres (Consejo Municipal de Guachucal, 2015, pág. 13).

Para esta investigación, fueron seleccionadas 24 personas que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión.

1. La participación voluntaria.
2. La firma del consentimiento informado de forma escrita o con huella en los casos en donde el adulto no supiera leer y escribir (Anexo D).
3. Ser adulto mayor: >50 años.
4. No sufrir de demencia senil o problemas de salud que dificulten la comunicación o ponga en riesgo su vida.
5. Tener conocimiento o haberse realizado modificaciones dentales intencionales.

Se debe mencionar que algunas personas que cumplían con los criterios de inclusión no quisieron participar en la investigación por miedo a que se volviera pública su información, aunque se aseguró el anonimato en todos los casos. Para asegurar lo anterior, a cada participante se le asignó un código que permitió encriptar la información y los datos recolectados fueron tratados bajo la política de protección de datos (Ley 1581 de 2012). Asimismo, el proyecto fue avalado por el comité de ética de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Caldas (Anexo F), lo cual asegura que este trabajo cumplió con los principios éticos propuestos para trabajos de este tipo (Art. 2. Protección de los derechos, seguridad y bienestar de los sujetos que participan en el proyecto; Art. 4. El respeto de los derechos de los individuos, específicamente en los que se refiere a la libre participación en la investigación y a una buena comunicación plena y clara con el investigador, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales). Todo lo anterior, sin dejar de lado el protocolo de bioseguridad para el Sars-Cov-2 (Covid-19), tales como el distanciamiento social de al menos un metro, lavado de manos constante, el uso continuo de tapabocas, alcohol y gel anti bacterial para el cuidando de las personas involucradas.

4.3. Instrumentos y técnicas de investigación

Como fuente primaria de información se diseñó una entrevista semiestructurada de 46 preguntas (Anexo A), que incluyera tanto respuestas múltiples como preguntas abiertas, divididas en cinco categorías:

1. *Información sociodemográfica*: sexo, lugar y fecha de nacimiento, edad de intervención, edad actual, estado civil, etnia, resguardo al que pertenece, nivel de escolaridad, trabajo al momento de realizarse la modificación dental intencional y actualmente, lugar y zona de residencia.
2. *Información de cuidados dentales antes de realizarse la modificación dental intencional*: la higiene bucal, mambeo, primera cita odontológica, creencias familiares sobre la higiene bucal.
3. *Información relacionada con la modificación dental intencional*: conocimiento de las modificaciones dentales, dientes modificados, cantidad y tipo de modificaciones dentales realizadas, motivación, costos y consecuencias de la modificación, edad al realizarse las modificaciones, herramientas y materiales que fueron usados para realizar la modificación, cuidados posquirúrgicos, uso de plantas medicinales y automedicación de fármacos para limpiar y contrarrestar el dolor, prevenir inflamación, evitar infecciones, sangrados o la pérdida de piezas dentales.
4. *Información sobre el lugar y personal responsable de realizar las modificaciones*: lugar físico donde le realizaron la modificación, persona encargada de realizar la modificación, parafernalia y función de las personas que los atendió.
5. *Percepción del entrevistado sobre las modificaciones*: percepción del portado de modificaciones sobre ellas, la importancia de la labor empírica, profesional y tratamientos que realizaban, preferencia de las personas para dirigirse a odontólogos, o dentistas, preferencias por determinados tratamientos o modificaciones dentales intencionales.

Por otro lado, se realizó una entrevista semiestructurada de 37 preguntas de respuesta múltiple y abiertas a un dentista (Anexo B), centrándose en los

conocimientos, el proceso de aprendizaje y cambios con el pasar de las décadas de su oficio, dando cuenta de su experiencia y al mismo tiempo, en caso de presentar modificación dental intencional se realizó la entrevista de 46 preguntas.

En la investigación no se incluyeron fuentes documentales como las colecciones fotográficas, datos de historiadores locales, archivos históricos relacionados con noticias y publicidad, ya que, en la zona estudiada y sus alrededores, no se encontró ninguno de los archivos antes mencionados, pues no fueron utilizados en la época. Por lo tanto, se indagaron otras fuentes de información como búsqueda bibliográfica manual en la Biblioteca Departamental Jorge Garcés Borrero de la ciudad de Cali y de manera digital gratuita de libros, artículos científicos y páginas web relacionados con el tema de interés.

4.4. Variables del estudio

Las variables que se manejaron en este estudio se basan en las dimensiones económicas, sociales, técnicas, simbólicas, histórico-normativas, relacionadas con la salud y fueron cuantitativas y cualitativas:

- *Las variables cuantitativas* son los datos demográficos de las 24 personas entrevistadas, tales como: el sexo, la edad actual, la edad que tenían al realizarse la modificación dental, el estado civil, nivel educativo, el resguardo al que pertenecen.
- *Las variables cualitativas* son los tratamientos realizados por dentistas u odontólogos, pertenencia social de los pacientes, materiales, procedimientos y ejecutantes de las modificaciones, higiene dental, la accesibilidad a medicamentos o plantas medicinales, representaciones y concepciones de las modificaciones dentales, ciudad y lugar de la realización de la modificación, trabajo que tenía en el momento de realizarse la modificación⁹.

⁹ Incluye la categoría campesino; la cual se refiere a las personas encargadas de los oficios varios del campo como el pastoreo, la recolección del café, cortar leña, lavado de las tinas de leche, el ordeños de las vacas, el recorrido del terreno, el cuidado del pasto, entre otros y de cargador, que refiere a la persona que carga bultos de materia prima para los tejedores (lana, fibras vegetales, hilo de crochet).

4.5. Análisis de datos

Los datos obtenidos de las fuentes documentales y las entrevistas semiestructuradas fueron relacionados con los factores biológicos y socioculturales, considerando las influencias que intervienen en la variabilidad de los procedimientos, las motivaciones, cuidados, cambios dietarios, la automedicación, preferencias y percepciones que engloban las modificaciones dentales intencionales. Es así, como se dio la posibilidad de analizar desde la construcción histórica y las experiencias de los entrevistados las modificaciones dentales intencionales en Guachucal – Nariño entre los años 1950 y 1990.

La interpretación y organización de datos se realizó por medio de categorías selectivas que permitieron identificar como una colectividad se integra con sentido de totalidad significativa (Cisterna, 2005). Se tuvo presente los límites de las técnicas usadas como los errores de muestreo originados por el tamaño de la muestra que estuvo determinada en gran parte por el Sars-Cov-2 (Covid-19), momento histórico en que se realizó el trabajo de campo de esta investigación y que, provocó el fallecimiento de individuos que podían ser incluidos en el trabajo. Asimismo, el tipo de muestreo, la heterogeneidad de la población, errores por cobertura y la no respuesta de las personas (Marban, 2015).

Los datos obtenidos, fueron incluidos y analizados en una base de datos en Microsoft Excel para Windows®.

Capítulo 5: Resultados

Esta investigación es un estudio de tipo exploratorio sobre las modificaciones dentales intencionales (MDI) de la población de Guachucal – Nariño entre los años 1950 y 1990. Es así, como 24 personas (14 femeninas y 10 masculinos) entre los 50 y 94 años (Tabla 3) que residen tanto en la zona urbana como rural participaron de forma desinteresada en este trabajo, en el cual desea aportar al conocimiento y la historia de la población. De esta manera, fue posible rescatar información etnográfica por medio de entrevistas semiestructuradas, obteniendo los siguientes resultados.

Por sexo, los individuos femeninos fueron mayoría en la muestra (N=14; 58,3%) con respecto de los individuos masculinos (N=10; 41,7%). Teniendo un total de 24 encuestados.

Respecto a la edad en individuos femeninos, se encontró que en el rango 1 (50 y 60 años) (N=1; 7,1%), en el rango 2 (61 y 70 años) (N= 8; 57,2%), en el rango 3 (71 y 80) (N=2; 14,3%), en el rango 4 (81 y 90) (N=7,1%) y en el rango 5 (≥ 91) (N=2; 14,3%). En los individuos de sexo masculino se encuentran: En el rango 2 (61 y 70 años) (N=4; 40%), en el rango 3 (71 y 80) (N=5; 50%) y en el rango 4 (81 y 90) (N=1; 10%).

Según la distribución de edad, en su mayoría se encuentran entre los 61 y 70 años; 50% de la muestra, 8 femeninos y 4 masculinos. Por el contrario, la edad menos representativa en el estudio corresponde al rango entre 50-60 años (1 individuo femenino). Las personas con 91 o más años corresponden con el 8,33%, asociado a 2 individuos femeninos.

Tabla 3. Distribución de la muestra según sexo y edad al momento de la entrevista.

Rango	Edad/años	Sexo		Total/N	Porcentaje
		F/n	M/n		
1	50 – 60	1	0	1	4,17%
2	61 – 70	8	4	12	50%
3	71 – 80	2	5	7	29,17%
4	81 – 90	1	1	2	8,33%
5	≥91	2	0	2	8,33%
Total		14	10	24	100%

Fuente: Entrevista semiestructurada. Autora.

De acuerdo al trabajo realizado en el momento de la modificación (Tabla 4), la mayoría de los individuos femeninos realizaban actividades de ama de casa (N=12; 50%). Por el contrario, los individuos masculinos realizaban actividades principalmente en el campo (N=5; 20,8%). Al oficio de campesino, solo individuo femenino indico ejercer dicha labor (16,7%). Asimismo, los individuos masculinos indicaron realizar trabajos como zapatero (16,7%), cargador (16,7%), empleado en fábrica de aceite (16,7%) y aprendiz de dentista (16,7%). Cabe resaltar, que aunque los individuos femeninos indicaron el oficio de ama de casa como actividad principal, podían realizar otras labores como: modistería, artesanía, tejer croché, venta de alimentos, ama de llaves y oficios varios del campo (como alimentar animales pequeños como gallinas, conejos y/o conejillos de indias, limpiar la maleza, ordeñar vacas y cultivar alimentos) con los cuales podían tener un ingreso extra que permitía mejorar la economía del hogar, aunque no fuera un ingreso constante.

Tabla 4. Trabajo al momento de realización de la modificación dental.

Trabajo en el momento de la modificación	Sexo		Total/N
	F/n	M/n	
Ama de casa	12	0	12
Campesino/a	1	5	6
No aplica	1	1	2
Zapatero	0	1	1
Cargador	0	1	1
Trabajador en fábrica de aceite	0	1	1
Aprendiz de dentista	0	1	1

Total	14	10	24
--------------	----	----	----

Fuente: Entrevista semiestructurada. Autora.

En esta investigación, es importante resaltar que, de los entrevistados, un importante número de individuos (14 individuos de los 24 entrevistados) se realizaron modificaciones dentales entre los 21 y 30 años ((N=14; 58%), edad en que los individuos eran considerados como independientes de sus padres o ya tenían una relación sentimental estable (compañera/o permanente que vivían bajo el mismo techo). Lo anterior obligaba a que fueran personas productivas económicamente. Por otro lado, la edad menos frecuente para dicho procedimiento fue entre los 31 y 40 años (N=3; 12%), seguido del rango de edad entre los 10 y 20 años (N=4; 17%) (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de la edad al momento de realizarse la modificación y sexo.

Rango de edad/años	Sexo		Total/N	Porcentaje
	F/n	M/n		
10 – 20	3	1	4	17%
21 – 30	7	7	14	58%
31 – 40	3	0	3	12%
No aplica	1	2	3	12%
Total	14	10	24	100%

Fuente: Entrevista semiestructurada. Autora.

Según el tipo de modificación dental intencional realizada en los pobladores de Guachucal entre los años 1950 y 1990, la exodoncia parcial fue el procedimiento más frecuente con el 27,5% (N=11) correspondiendo a 6 individuos femeninos y 5 masculinos. Este procedimiento era utilizado para aliviar el dolor instantáneamente y la pieza extraída era reemplazada por medio de una prótesis dental parcial con posibilidad de añadirle metales como oro o platino como mejora estética o moda (Figura 24).

Seguido, se presentó la exodoncia total con un 22,5% (N=9), realizada en 7 mujeres y 2 hombres. Esta actividad, fue usada por dos motivos:1) para reemplazar los dientes por

una prótesis dental total que permitía mejorar la calidad de vida de los pacientes, ya que recobraban la función de trituración de alimentos (Figura 25A-25B); y 2) para aumentarla estética dental (dientes del mismo color, lineales) o moda al añadirle metales como el oro o platino a algunas piezas anterosuperiores (Figura 25A1 – 25B1) (Tabla 6).

Tabla 6. Modificaciones dentales encontradas en la muestra según el sexo.

Modificaciones dentales	Sexo		Total/N	Porcentaje
	F/n	M/n		
Exodoncia parcial	6	5	11	27.5%
Exodoncia total	7	2	9	22.5%
Casquete de oro	2	4	6	15%
Casquete de platino	0	1	1	2,5%
Chispas de oro	1	0	1	2,5%
Chispas de platino	1	0	1	2,5%
Prótesis dental total	5	2	7	17,5%
Ninguno	1	1	2	5%
Tratamiento de conductos	1	0	1	2,5%
Calza	1	0	1	2,5%
Total	25	15	40	100%

Fuente: Entrevista semiestructurada, Autora.

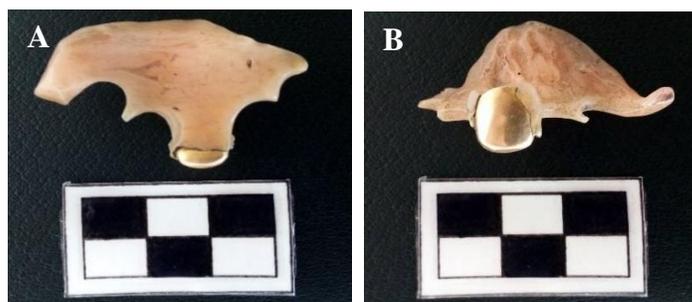


Figura 24. Prótesis dental parcial. A. prótesis superior con casquete de oro en incisivo central izquierdo (Vista posterior); B. vista anterior. **Fuente:** Trabajo de campo, Autora.

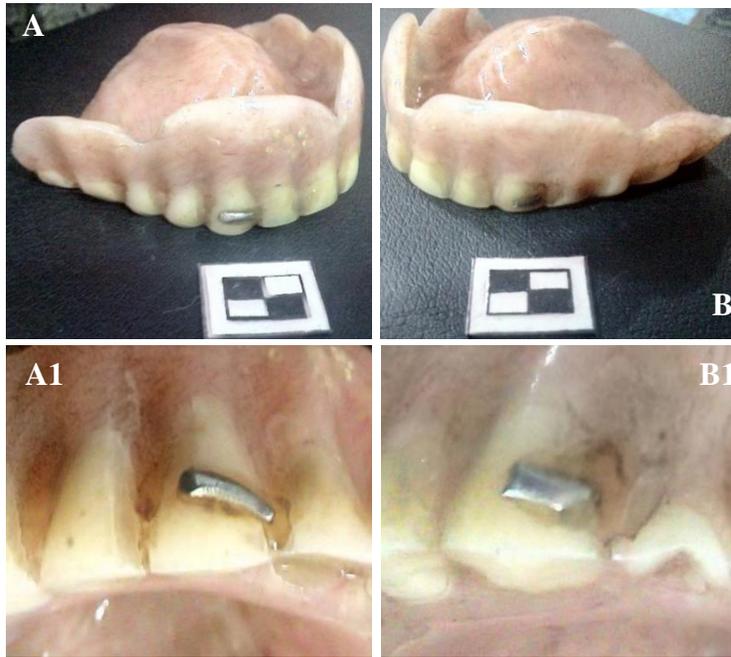


Figura 25. Prótesis dental total superior con chispa de platino en caninos. A. Lado derecho; A1. Ampliación lado derecho B. Lado izquierdo. B1. Ampliación lado izquierdo
Fuente: Trabajo de campo, Autora.

Otro punto a resaltar es que la extracción dental, se practicó en mayor frecuencia en participante del género femenino y los dientes más extraídos fueron el 12¹⁰ (Incisivo lateral derecho), 21 (Incisivo central superior izquierdo), 18 (Molar 3 superior derecho), 36, 37, 38 (Molares inferiores izquierdos), 27, 28, 47 y 48 (Molar 2 y 3 superiores izquierdo e inferiores derechos) (Tabla 7).

Tabla 7. Frecuencia de dientes extraídos según la muestra.

FDI	MAXILAR	Nº. DE PERSONAS
11	Incisivo Central Derecho	7
12	Incisivo Lateral Derecho	9
13	Canino Derecho	8
14	Premolar 1 Derecho	6
15	Premolar 2 Derecho	6

¹⁰ Referencia de la nomenclatura FDI o Código Internacional de Nomenclatura Dentaria, se caracteriza por dividir la cavidad oral en 4 cuadrantes, comenzando a enumerar desde los incisivos centrales hasta atrás con una línea divisoria imaginaria. Cuenta con dos dígitos: el primero indica el cuadrante al que pertenece la pieza y el segundo indica el tipo de diente que es y el orden en que se encuentra.

16	Molar 1 Derecho	8
17	Molar 2 Derecho	8
18	Molar 3 Derecho	10
21	Incisivo Central Izquierdo	9
22	Incisivo Lateral Izquierdo	8
23	Canino Izquierdo	8
24	Premolar 1 Izquierdo	7
25	Premolar 2 Izquierdo	6
26	Molar 1 Izquierdo	6
27	Molar 2 Izquierdo	9
28	Molar 3 Izquierdo	10
FDI	MANDÍBULA	N°. DE PERSONAS
41	Incisivo Central	7
42	Incisivo Lateral	5
43	Canino Derecho	4
44	Premolar 1 Derecho	5
45	Premolar 2 Derecho	5
46	Molar 1 Derecho	8
47	Molar 2 Derecho	11
48	Molar 3 Derecho	9
31	Incisivo Central Izquierdo	6
32	Incisivo Lateral Izquierdo	6
33	Canino Izquierdo	6
34	Premolar 1 Izquierdo	7
35	Premolar 2 Izquierdo	7
36	Molar 1 Izquierdo	10
37	Molar 2 Izquierdo	9
38	Molar 3 Izquierdo	9

Fuente: Entrevista semiestructurada, Autora.

Respecto a las personas encargadas de realizar los procedimientos dentales, los entrevistados refieren a que en la mayoría de los casos estaba bajo la responsabilidad del dentista (58%) algunos indicaron que el proceso podía estar a cargo del dentista y odontólogos, sin diferencias ambos (17%) y en menor medida odontólogos (8%) y técnicos dentales (8%) (Figura 26). Los dos casos de modificaciones dentales en donde se indicó que el procedimiento fue realizado por un odontólogo corresponden con los casos 05 y 16, tratándose de individuos femeninos con la misma edad, 67 años, los cuales fueron atendidas

en ciudades diferentes, fuera del municipio de Guachucal en Cali e Ipiales respectivamente en donde fueron motivadas para realizarse la exodoncia dental parcial por dolor dental.

De igual manera, los informantes se refirieron a un dentista que hizo parte de esta investigación y que fue denominado como caso 25, única persona que realizaba extracciones, prótesis parciales y totales, limpieza de abscesos periodontales, casquetes de oro y platino en Guachucal. Esta persona, atendía a los pacientes en su casa por orden de llegada. Tenía conocimientos de anatomía dental, patologías, anestesia tanto en forma de inyección como en pomada, higiene, bioseguridad y cuidados después de la extracción (postquirúrgicos).

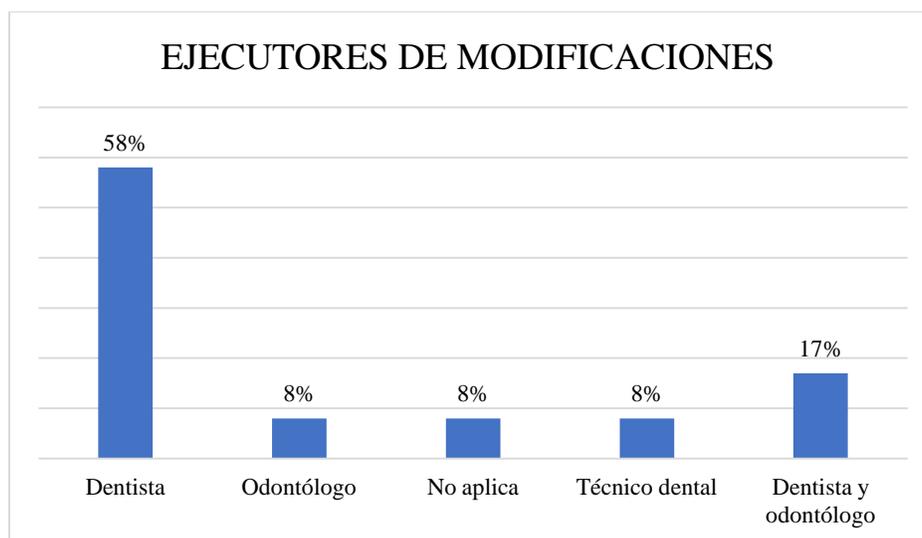


Figura 26. Ejecutor de las modificaciones dentales.
Fuente: Entrevista semiestructurada. Autora.

De acuerdo a las motivaciones que tenían las personas para realizarse dicha modificación, los entrevistados indican que en la mayoría de los casos el procedimiento era ejecutado con fines terapéuticos, es decir, aliviar el dolor (13 casos). Seguido de tratamientos estéticos, es decir, buscando encajar en socialmente en los grupos humanos (8 casos). Por último, un individuo indicó que se realizó dicha modificación para prevenir futuros dolores ocasionados por enfermedades bucodentales (Figura 27).

MOTIVACIONES PARA REALIZARSE LAS MODIFICACIONES

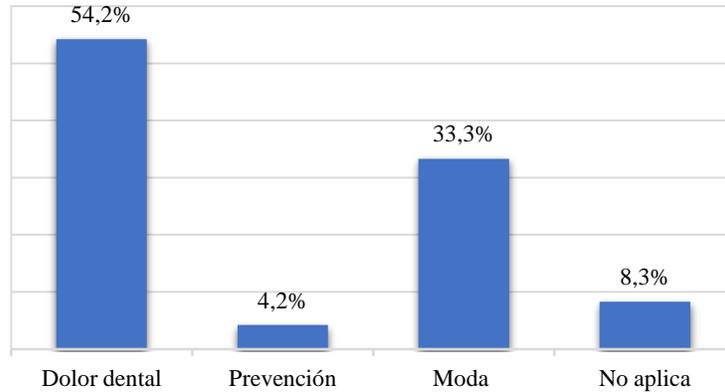


Figura 27. Motivaciones para realizarse las modificaciones dentales.
Fuente: Entrevista semiestructurada, Autora.

De los lugares más concurridos para realizar las modificaciones dentales era la casa del dentista (Figura 28), en la mayoría de los casos ubicada en Guachucal (Figura 29), donde eran atendidos por el dentista, panadero y vendedor de aguardiente, Caso 25; seguidos del municipio de Cumbal, donde se encontraba el peluquero y dentista, el cual contaba con aviso publicitario (Figura 30). Los casos que se realizaron fuera de Guachucal se deben por viajes o trabajos que obligaban a las personas a migrar y atenderse en otros municipios o países.

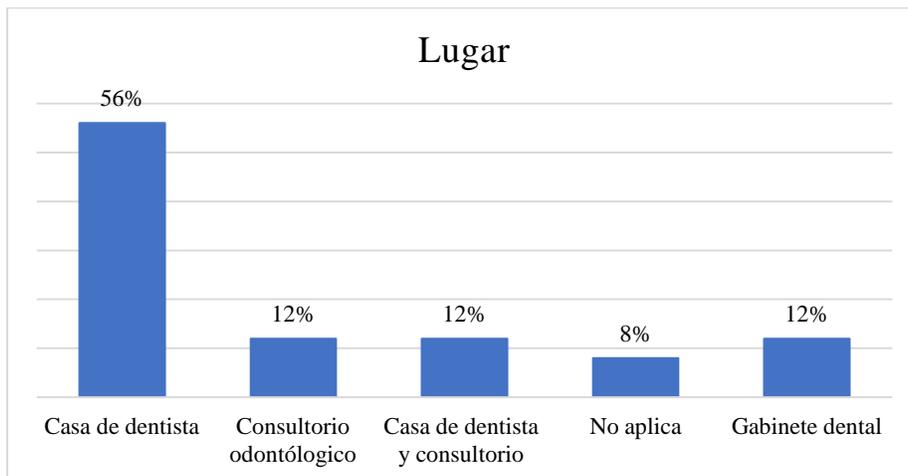
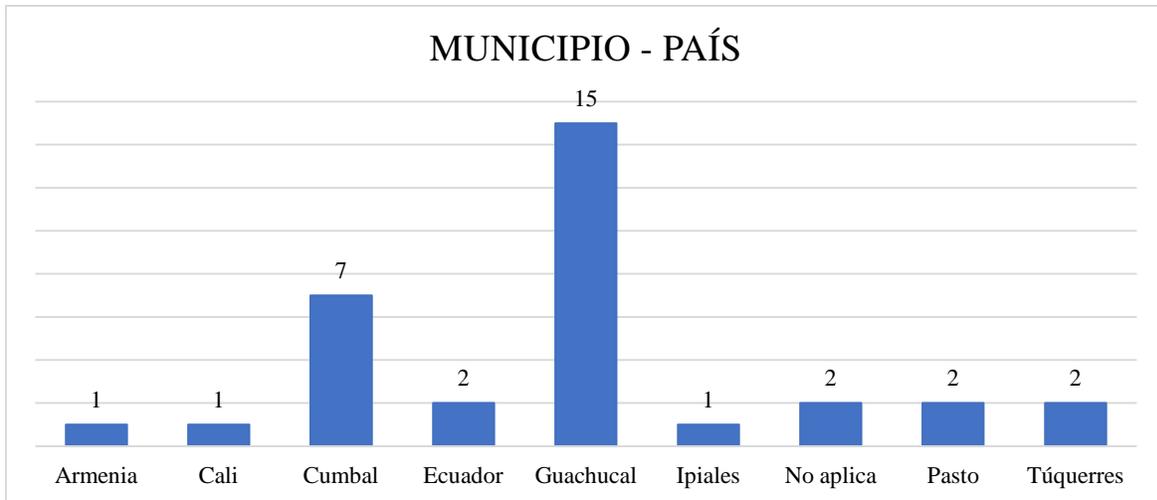


Figura 28. Lugar de realización de modificación.
Fuente: Entrevista semiestructurada, Autora.



*Figura 29. Municipios o países donde se hizo la modificación Vs cantidad de casos.
Fuente: Entrevista semiestructurada, Autora.*



*Figura 30. Aviso publicitario de Cumbal.
Fuente: Trabajo de campo. Autora.*

Es importante resaltar que la mitad de los encuestados (N=12) nunca han utilizado los servicios de un odontólogo, porque no han tenido problemas dentales o la extracción dental realizada por el dentista fue la solución definitiva a sus necesidades.

- **Procedimiento dental: tratamiento de las herramientas y materiales según el dentista y los habitantes de Guachucal entre los años 1950 y 1990**

La bioseguridad estaba relacionada con la limpieza de los instrumentos utilizados para la extracción dental y la aguja de la anestesia, ya que se utilizaba los mismos instrumentos con distintas personas y no existían materiales desechables. Para asegurar la higiene de los instrumentos, se les sumergía en una bandeja con alcohol por unos minutos y

después se sacaban para secarlos con un trapo y prenderle fuego con una candela a la parte que entra en contacto con dientes o encía y así, evitar infecciones a los pacientes.

Es de aclarar, que el ejecutor de la modificación dental (dentista) no utilizaba el equipo de protección personal como lo son los guantes de nitrilo, bata, gorro, mascarilla o careta de acrílico como actualmente, en cambio lavaba sus manos con agua y jabón azul de la marca Rey. Al mismo tiempo se le pedía al paciente hacer buches con agua y luego con alcohol para limpiar la cavidad bucal antes de cada procedimiento y después se le guiaba para que se centrara en un banco con la boca abierta para que el dentista le revisara por medio del tacto y la observación los dientes que estuvieran infectados por caries como se pudo constatar en los siguientes fragmentos de entrevista.

Y allá llevaba el alcohol. Estaba la cajita y echaban el alcohol y ahora si ya. Desinfectar era con eso. Anteriormente a quemar la aguja, con la misma aguja le pinchaban para todos.

Caso 02, femenina de 64 años.

Él desinfectaba la máquina que tenía, los lavaba con un líquido que tenía también y nos hacía jugar. “juaguese con estico”, “tome con estico y juaguese en el grifo” ya me mandaba, me juagaba todo eso. A ver siéntese, me decía. Tocaba todos los dientes “Este esta malo, este se te ha podrido, toda la dentadura se te ha podrido”.

Caso 17, femenina de 93 años.

El siguiente paso que realizaba el dentista dependía de la necesidad del paciente. Si se trataba de una extracción dental y dependiendo como estaba la zona afectada ponía anestesia o no; aunque varios entrevistados comentaron que aún con anestesia sentían el dolor:

La anestesia la ponían, pero si cogía bien y si no también. La colocaban y en un momentico.

Caso 01, femenina de 92 años.

Era como un alicate mediano, con anestesia, medio le echaban y ya. Si le cogió, le cogió, acá cogían y medio le echaban y ya. Todo rustico, pero bueno, así era la vida de nosotros. Y qué cosa tan especial, la muela siempre dolía de noche.

Caso 02, femenina de 64 años.

- **Modificaciones dentales intencionales en Guachucal**

Algunas veces solo necesitaban hacer una extracción dental, otras veces necesitaba extraer todas las piezas dentales, dos o tres cada ocho días con el fin de que la herida cierre sola (sin puntos), evitar la infección y una gran hemorragia que podría terminar en muerte. Y si una embarazada llegaba con dolor de dientes le recomendaba dar a luz y después de un mes realizar la extracción del diente, con la esperanza de que la mujer tenga fuerzas para aguantar el dolor de la extracción y los cuidados postquirúrgicos.

También, comentaron que los dientes eran extraídos no de forma ordenada, sino que dependiendo de las piezas que les estuvieran doliéndole y que cada persona debía llevar consigo un pañuelo o toallita para escupir y taparse del frío en el camino a sus hogares. En la mayoría de los casos, al preguntarle sobre las herramientas usadas por el dentista para extraer las piezas dentales se referían a herramientas tales como alicates o pinzas pequeñas como los siguientes fragmentos de entrevista lo demuestran:

Me sacaron los dientes con una pinza como el alicate pequeño, una cosa finita pero pequeñita con sus herramientas y me aplicaron anestesia con una jeringa gruesa, no quise ni mirar eso. Aunque fue muy poca, al momento de salir de la casa me empezó a doler.
Caso 01, Femenina de 92 años.

A mí me la sacaron con un alicate, no anchote, que tenía la cabeza delgada. Pero no eran como los de ahora.

Caso 03, Femenina de 69 años.

Tenía una navajita para cortar la carne, llegar hasta abajo a la raíz y si no, el alicate.
Caso 07, Masculino de 69 años.

Las personas que aceptaban iniciar con la extracción de todas las piezas dentales tenían la opción de tener de vuelta su dentadura por medio de una prótesis dental total, con un costo aproximado de 200 pesos (dos salarios mínimos mensuales en 1950), si esta tenía chispas o casquetes de oro o platino aumentaba el costo, pero, por el contrario, si era una prótesis sencilla tenía un costo aproximado de 150 pesos obteniendo una mejora en su socialización, fonación, autoestima y hasta su dieta. En sí, socialmente los dientes alineados, de un mismo color y con dentición completa son más atractivos.

Dentro de las mejoras, se encuentra la vocalización, la forma craneofacial y cumple con las funciones biológicas de la trituración de alimentos, con la cual puede tenerse una

dieta más balanceada, contando con mayor consumo de frutas y verduras, menos grasas y proteínas animales sin necesidad de mayor grado de cocción, proceso que contribuye a la pérdida de nutrientes (Anzelmo, Barbeito, L. Sandi, & M. Pucciarell, 2011).

Otros pacientes deseaban por moda tener casquete de platino (con un costo aproximado de 90-95 pesos) u oro (con un costo más o menos de 60 a 65 pesos) en dientes antero-superiores naturales. El platino era uno de los metales que más recomendaba el dentista para realizar modificaciones dentales como chispas o casquetes, pero las personas preferían el oro por su menor costo, mayor llamativo y el supuesto del capital económico, como se puede observar en los siguientes fragmentos:

En ese entonces, nosotros decíamos que tenía plata, que era pudiente. Que era pudiente que podía ponerse su dentadura con dientes de oro, y querían sobresalir de los demás.
Caso 02, Femenina de 64 años.

Que la persona es pudiente y fantoche, que tiene plata. Pero ya ve, ni tiene plata si quiera. Hacen préstamos para ponerse el diente de oro, solamente por aparentar.
Caso 03, Femenino de 69 años.

El motivo para hacerme colocar el diente de oro, no más como le digo, una fantasía o que parezca uno bonita.
Caso 06, Femenino de 62 años.

El oro de 18 quilates fue de los metales más utilizados, ya que su aleación es sólida, maleable, biocompatible, anticorrosivo, antioxidante, resiste a los ácidos y tiene una alta estabilidad térmica, razón por la cual quedaría adaptado a la necesidad del paciente. Además, se creían que tenerlo en la boca evitaba los cólicos estomacales o “pone fuerte el estómago”, era llamativo y de moda en la época. Éste era obtenido de dos maneras; comercializado desde Barbacoas¹¹ o reutilizado, algunas personas vendían sus dientes de oro, también podían ser de los elementos que se le quitaban a un ser querido fallecido o eran producto del saqueo de tumbas para el mismo fin, como lo afirma el siguiente fragmento de entrevista:

Allá si se oyó el robo a tumbas por dientes de oro, a quitarles los dientes de oro, no ve que esos los compraban los dentistas, para revenderlos. Ellos le hacían una caricia al diente para que calce y ya.

¹¹ Municipio de Colombia, ubicado en el centro del departamento de Nariño, a 147 km de Guachucal, conocido por la explotación minera de su gran riqueza aurífera (oro).

Caso 04, Masculino de 76 años.

Para los casquetes de oro y platino se procedía a sacar una impresión a la pieza dental que querían cubrir, lo cual se realizaba a partir de una inserción presión. Al ponérselo al paciente era necesario limar el borde del diente sin afectar totalmente la dentina. No se le recomendaba al paciente cuidados diferentes a cepillarse con colino, conocido también como dentífrico o crema dental que era vendido por el dentista, el cepillo, podía ser comprado en cualquier farmacia de Guachucal aproximadamente a 10 centavos.

De señorita me hice poner diente de oro, para que me vean. Para mostrar el diente de oro al pretendiente jajaja. Ahora ya no, ya no se ve... Era como que me lo raspaba por los filos, como cuando a uno le quitan las caries, eso. Así me los raspo de lado y me lo colocaron. Dolía cuando raspaba.

Caso 06, Femenina de 62 años.

El día que fui, me tomaron las medidas hasta que me lo colocaron a presión.

Caso 14, Masculino de 75 años.

Todas las modificaciones mencionadas fueron realizadas sin conocimiento por parte del dentista de condiciones cardiovasculares, respiratorias, hematológicas, osteoarticulares o enfermedades infecciosas de los pacientes, puesto que los dentistas no usaban historias clínicas, ni indagaban en los antecedentes de salud, haciendo que una cirugía menor se convirtiera en un procedimiento de alto riesgo para la vida. Es así, como se encontró una narración en la cual una mujer con leucemia muere por extraerse un diente, ya que por su enfermedad tenía problemas de coagulación y no se le comunico al dentista.

Ella que ha tenido cáncer en la sangre y que se ha ido a sacar el diente y que cuando llegó a la casa le salió una hemorragia, no duró ni un día, que fue por sacarle la muela.

Caso 15, Femenina de 67 años.

○ **Cuidados después de la realización de la modificación**

Desde el momento de la extracción, la recuperación y la obtención de la prótesis total debía pasar aproximadamente de seis meses a un año para evitar complicaciones como

hemorragias crónicas, infecciones y la no cicatrización; creando distintos cambios en la dieta, en la higiene dental y los diversos cuidados postoperatorios. Por ejemplo, mantener mordida la gasa durante al menos una hora, no hacer buches con agua, no escupir, tener dieta blanda o líquida por lo menos hasta tres días después de la extracción (y entre menos piezas dentales tenían, debían comer menos frutos secos, semillas y carne, haciendo que sus dietas se basaran en harinas), mejorar la higiene bucal implementando el cepillado, no hacer esfuerzo físico manteniendo en reposo mínimo tres días, cuidarse del sol y el frío. El dentista de igual manera recomendaba el uso de enjuagues de agua-sal y plantas medicinales que ayudaban a la limpieza y desinflamación como se puede leer en los siguientes fragmentos de entrevista:

Hacerme enjuagues con agua-sal, de una yerba que llamaba botoncillo y malva tendida con un poquito de leche... Me recomendaron no agacharme, no hacer esfuerzos, no cargar cosas pesadas, reposo por tres días, cuidarse del frío y el sol.

Caso 03, Femenina de 69 años.

Se usaba era la planta conocida como lengua de vaca y barrabás, se usaban las hojas más tiernas y se frotaba por la encía, para evitar el dolor. También usaban aceite de almendras con las hojas de barrabás por dos días seguidos, enjugues de agua-sal y manzanilla, para evitar la hinchazón y la infección.

Caso 04, Masculino de 76 años.

Taparse la boca, que no le entre viento, aire frío, porque eso era malo, que no escupiera porque la sangre que salía estaba en algodón, no más, algodón o gasa, era lo que ponían, hasta que pare la sangre, por eso una gasa era de tener, de allí era tener apretadita hasta un buen tiempo para que no salga la sangre.

Caso 06, Femenina de 62 años.

Él nos mandó así a que cojamos ramitas de manzanilla, hierba mora, que cocinemos y con eso nos bañábamos, no más.

Caso 08, Femenina de 78 años.

Pues, uno se tapa y si se le hinchaba hacerse unos buches de agua de manzanilla, de linaza o se bañaba o son en el campo se buscaba una florcita que se llamaba almatorso y eso se pegaba uno.

Caso 10, Masculino de 86 años.

○ **Fármacos usados**

Las personas que no se realizaron el procedimiento dental con el dentista compraban medicamentos de venta libre en las farmacias para destruir el diente careado evitando ir al dentista, por un costo de cinco pesos. Es así, como se encontró la gota

eléctrica, líquido transparente sin sabor, que debía utilizarse de forma precavida, ya que era capaz de destruir por completo el diente. Se ponía una gota en una bola de algodón o directamente en el diente afectado, por lo menos unos 10 minutos y la persona escuchaba como poco a poco se iba quebrando el diente, tanto su corona como su raíz. Pero como era un líquido y la boca es húmeda, no sólo destruía la pieza dental afectada, sino también a las más cercanas.

Otra cosa que se usaba mucho era que la gota eléctrica, que viene en un tarrito largo y blanquito, le echaba una gótica a la muela y eso claro, le adormecía a uno la encía, y se le quitaba el dolor. Yo me acuerdo.

Caso 02, Femenina de 64 años

De igual manera se encontró el Mejoral, medicamento de venta libre en las farmacias y tiendas de barrio, en los años de interés para la investigación, con apariencia semejante a la actual aspirina. Era usado para el dolor de cabeza y el dolor dental. Para el dolor de cabeza se tomaba y para el dolor dental se debía pulverizar, poniéndolo sobre un algodón y éste, a su vez en la zona afectada. Pero de igual forma que la gota eléctrica, debilitaba o dañaba las otras piezas dentales. A continuación, un fragmento de entrevista que da cuenta de lo anterior:

Me ponía Mejoral u hojas de hierba mora, hacia buchec de trago (aguardiente), todo eso. Me ponía cuando ya se me careaba, se me hacía un hueco. Entonces yo ahí me hacía así un pedacito y con algodón y me metía ahí. Eso, entonces con eso, me calmaba. Pero eso había sido, me calmaba el dolor, pero los jodia a los otros. Por eso yo ya de 25 años, yo me hice sacar todas. Yo ya no tenía nada.

Caso 07, Masculino de 69 años.

Además, se encontró la Cafenuruina y el Dolex, medicamento de venta libre en las farmacias y tiendas de barrio para el dolor de cabeza después de la extracción dental y el dolor dental. Este medicamento se usaba ingiriéndose.

Antes se daba el Dolex, antes había una pastica que le llamaban Dolex y con ese Dolex, con ese se tomaba, para que le calme el dolor. El Dolex era el mejor remedio para calmar el dolor de las muelas.

Caso 09, Femenina de 62 años.

- **Plantas medicinales usadas**

Las plantas medicinales usadas para el dolor dental era el Paledon y el Arrayan¹² (*Luma Apiculata*), que calmaban el dolor dental, endurecían los dientes y hasta los hacía caer, según los entrevistados. El primero se utilizaba, rayando su tallo, poniéndolo en algodón e introduciéndolo en la pieza dental afectada; el segundo, masticándolo constantemente o teniéndolo en la boca, como se puede leer en los siguientes fragmentos de entrevista:

También había en la casa como un palito, había allá. Paledon llamaba y eso lo raspaban y en un algodón, y eso era picante, y eso le ponían en el hueco de la muela y bueno, le picaba un poco, pero se le aliviaba, se aliviaba la muela. Parecida a la cascara de esa que decimos allá ¿Cómo era? ¿Cuál era la cáscara que decíamos allá? El Epino, que era así como cafesurca pero gruesita era, eso se le raspaba con un cuchillo, que era seca, entonces se le raspaba con un cuchillo. Pero eso picaba, era picante, y eso le adormecía a uno la muela y aliviaba.

Caso 02, Femenina de 64 años

Antes, era mascar el arrayán, mascar el arrayán y más arrayán y con ese arrayán eso se le iban cayendo las muelitas. No había necesidad de ir al odontólogo. Con el arrayán no más les aflojaba. Con el arrayán era el remedio más bueno para las caries y lo mismo para que endure y para que no le duela tanto.

Caso 09, Femenina de 62 años.

Siendo la extracción dental un procedimiento que requiere de conocimiento previo, destreza y delicadeza por parte del dentista u odontólogo, en el cual se trataba de aliviar el dolor dental sin tener en cuenta el beneficio de la dentadura natural, en los cuales se provocan cambios degenerativos en estructuras dentales y faciales por la resorción del hueso alveolar y desplazamiento de las piezas presentes ocasionando alteraciones en la oclusión y mayor probabilidad de sufrir de caries, enfermedades en las encías (Rossaybell, 2015), infecciones, aumento de sensibilidad, reducción de la dureza del esmalte, aparición de porosidades, menor resistencia a la fractura, a la erosión (Ahmad, 2013) y mayor desgaste dental mecánico. Es así como en la mayoría de los casos las consecuencias de la modificación dental puntualizadas según los entrevistados fueron: dolor, hinchazón, gangrena, molestia al hablar, el cambio de dieta por la dificultad de comer carne, frutas, alimentos duros como semillas, no poder comer sin prótesis.

¹² Según Quiquantar (2018) el Arrayan desinflama y quita el dolor dental (macerado), sirve para el mal aliento (consumiéndose el fruto de forma directa), y sirve contra el dolor e irritación de encía (en infusión).

Otras funciones del dentista o sacamuelas eran la limpieza de abscesos y el embellecimiento de la dentadura por medio de casquetes de oro o platino en dientes naturales y en prótesis dentales totales o parciales con la posibilidad de tener chispas o casquetes de oro y/o platino según el gusto, el apellido y la posibilidad de pago del paciente. Sin necesidad de agendar una cita, le tomaba el molde de los arcos dentales y al día siguiente le entregaban la prótesis dental total o parcial; si la anterior era con chispa o casquete demoraba un día más la entrega. Es así como los dentistas tuvieron un papel fundamental en el alivio del dolor dental y la estética dental haciendo de sus servicios más solicitados, gracias al voz a voz de la buena técnica, rapidez, menor dolor causado en los procedimientos y menor costo.

Por otro lado, los odontólogos tenían como función principal la restauración dental por medio de calzas de amalgama, limpieza de conductos, limpieza como forma de prevención de patologías, y al mismo tiempo realizaba las funciones del dentista como las prótesis dentales, los casquetes y chispas de oro y platino, extracciones dentales como última opción o por pedido del paciente con un costo más elevado a comparación del dentista. Todas sus funciones requerían de cita previa dentro de sus horarios establecidos (lunes, miércoles y viernes) en el centro urbano, sin posibilidad de servicio a domicilio.

Los dentistas fueron agredidos, insultados y amenazados durante muchos años por los odontólogos y estudiantes de odontología, además de verse perseguidos por la policía al no tener certificados o acreditaciones de sus conocimientos, motivo por el cual, según las leyes, no debían ejercer. Por lo anterior, trataron de cambiar cuatro veces (1944, 1954, 1967, 1995) la legislación de la actividad odontológica con gran apoyo político, buscando se les permitiera el ejercicio profesional y la obtención de licencia, apelando al derecho al trabajo y la alta demanda de odontólogos en las zonas rurales (Frias Rincon, 1995). Lo anterior no fue suficiente, pues los estudiantes y profesionales en odontología paraban por medio de protestas pacíficas y marchas las ciudades importantes de Colombia como Bogotá, Medellín y Cali con el fin de evitar tales cambios, afirmando tener pocos pacientes, la existencia de una concentración laboral en las ciudades y la crisis por el aumento de profesionales gracias a las creaciones de nuevas facultades y especialidades.

Fue así que no se dieron los cambios en las leyes que necesitaban los dentistas, viéndose obligados a hacer cursos y tecnologías en universidades para trabajar. Los cursos que podían tomar estaban relacionados con higiene dental, mecánica dental, anatomía general, patología general y oral, morfología estomatológica, instrumental y materiales, prótesis dental y ortodoncia y eran certificados, además podían tener su propio gabinete dental, ser auxiliares de odontólogos o trabajar con convenios con las EPS, basándose en el mejoramiento de las condiciones sanitarias, ético-profesionales, implementando el enfoque de promoción y prevención de patologías dentales como la higiene dental que anteriormente no se tenían en cuenta por desconocimiento, sin olvidar el enfoque de curación.

Aun así, los pacientes de zonas urbanas y rurales preferían usar los servicios del dentista con o sin acreditación de sus conocimientos; que ir al profesional de odontología, pues los primeros tenían más conocimientos prácticos, eran conocidos por la comunidad y la publicidad de la voz a voz les funcionaba todavía. Es así como hoy en día los antes llamados dentistas, sacamuelas o tenguas, tiene títulos tecnológicos de mecánico dental o son profesionales en odontología.

Capítulo 6: Discusión

Las modificaciones dentales intencionales que se realizaron los pobladores de Guachucal-Nariño entre los años de 1950 y 1990, tales como: la exodoncia y prótesis parciales o totales, casquetes (carillas), chispas, tratamientos de conductos y la calza; estuvieron acompañadas de cuidados anteriores a la realización de estas, como, por ejemplo: la limpieza de instrumentos y el enjuague de la boca del paciente. Además, debía mejorar la higiene oral por medio del cepillado dental y en caso de realizarse la exodoncia, debían mantener una dieta líquida o blanda por tres días, guardar reposo, no agacharse, ni realizar esfuerzo, cuidarse del sol y el viento, evitar escupir, no hacer buches con agua y realizarse enjuagues de agua-sal para evitar infecciones. También, era recomendado tanto por el dentista, como por conocidos o familiares; el uso de fármacos de venta libre en farmacias o tiendas de barrio y plantas medicinales para aliviar el dolor e hinchazón. Siendo estos parte de los cuidados posteriores a la realización de la modificación.

Los resultados obtenidos a partir de este estudio en cuanto a los aspectos socioculturales asociados a las modificaciones dentales intencionales muestran que en general estuvieron condicionadas por el capital económico, simbólico y social, la falta de tratamiento oportuno ligada a la poca accesibilidad a la salud durante la época, la búsqueda de la aceptación, el prestigio y reconocimiento del grupo social, sin tener en cuenta las limitaciones o consecuencias en las actividades cotidianas (Barker, et al., 2009). Creando un impacto psicosocial que perjudica los estilos de vida de las personas, repercutiendo en la salud oral y la calidad de vida (Cerón, 2014) desde edad muy temprana, pues las modificaciones dentales fueron realizadas en su mayoría entre los 15 y 35 años de edad.

Es así, como la mayoría de las personas mayores de 50 años residentes de zonas rurales y urbanas de Guachucal tienen modificaciones dentales intencionales realizadas por el dentista o sacamuelas (58% de los casos) más cercano al lugar de residencia en el momento de realizárselas y estuvieron motivados por seguir la moda, el dolor y/o la prevención de las dolencias dentales, modificando las funciones biológicas para satisfacer las necesidades sociales (Universidad Nacional Autónoma de México, 2018), con la idea de que “los beneficios de portarla llegarían instantáneamente al terminar el procedimiento” (Barnes, 2010).

La influencia de la clase dominante (N=4; 16,6%) propuesta por Bourdieu (1988), respecto a la estética, la búsqueda constante de la belleza y el evitar el dolor dental futuro, causaron la aceptación y validación de la exodoncia total y parcial para reemplazar los dientes naturales con una prótesis bañada en oro, con incrustaciones o casquetes (carillas) de metales. Dentro de este estilo social se encuentran amas de casa (dos casos femeninos) y campesinos (dos casos masculinos).

Por otro lado, lo anterior contribuyó a que la pequeña burguesía (N=7; 29,1%) propuesta por Bourdieu (1988), al contar con el capital económico reducido se conformara con seguir los cánones de belleza utilizando diferentes estrategias como el acceso a préstamos de dinero para costear las modificaciones. Tales modificaciones fueron: la extracción dental, prótesis dental total, casquete de oro en dientes naturales, calzas y tratamientos de conductos con el fin de las piezas dentales completas, siendo las amas de casa con otras actividades económicas (cuatro casos femeninos), el trabajador de la fábrica de aceite (un caso masculino), campesino/a encargado de oficios varios del campo con salario mensual (un caso masculino/un caso femenino) los que conforman este estilo social.

De acuerdo a los parámetros para la denominada clase popular (N=11; 45,8%) propuestos por Bourdieu (1988), lo cuales buscaban lo funcional y útil respecto al dolor dental, recurrían al dentista para realizarse la extracción dental o compraban en farmacias o tiendas de barrios la gota eléctrica o el Mejoral, automedicación farmacéutica recomendada por algún conocido o familiar, que deterioraba el diente mientras quitaba el dolor y la inflamación. Dentro de este estilo social se incluyen profesionales como amas de casa

dependientes económicamente de sus maridos (seis casos femeninos), aprendiz de dentista (un caso masculino), zapatero (un caso masculino), cargador (un caso masculino) y campesinos (dos casos masculinos)

Estos resultados respecto al uso de la clase dominante por el lujo y la búsqueda por seguir cánones de belleza y moda de la pequeña burguesía coinciden el estudio de Benedix (1998), el cual señala que la moda de las coronas (carillas) de oro y parrillas de distintos metales como ornamento (joyas dentales/lujo) en diente anteriores de afroamericanos en los estados unidos y se asociaba al orgullo y la riqueza por su alto precio, al ser costosas. Y en la misma búsqueda de aceptación, satisfacción individual, atracción sexual a partir del prestigio fue accesible el uso del oro de menor pureza (quilates) a las personas de nivel socioeconómico más bajo teniendo la oportunidad de comenzar a tener las joyas, pero de menor calidad y con diferentes decoraciones (Jege et al., 2009)

Lo peculiar de esta investigación es que las personas que pertenecen a la clase popular, tienen más dientes presentes en oclusión que las personas de la clase dominante, ya que ellos recurrían al dentista para la extracción de dientes ocasionalmente según el dolor, mientras los de clase dominante se realizaban extracciones dentales completas; al contrario del estudio realizado por Arnetz, et al.,(2010) sobre las diferencias entre la salud dental y el estrato socioeconómico en Barcelona, en el cual las personas de clase social más baja eran más propensas a ser desdentadas y tener menos de 15 dientes en comparación a las de clases altas

De igual manera, se encontraron dos casos particulares que no fueron posibles incluirlos en alguno de los tres estilos sociales, pues no cuentan con modificaciones dentales y no han tenido la necesidad de recurrir a los servicios de un dentista, odontólogo o técnico dental.

Conclusiones

El abordaje de esta investigación exploratoria se hizo mediante los datos obtenidos de una muestra compuesta por 24 individuos (14 femeninos y 10 masculinos) y son parciales, por lo que los resultados e interpretaciones son preliminares. Se recomienda profundizar y aumentar las muestras para una mejor interpretación en futuras investigaciones. Sin embargo, se pudieron concluir aspectos relevantes expuestos a continuación:

Los aspectos identitarios al ser una construcción simbólica, con significados y parte fundamental de la identidad individual, corporal y colectiva; relaciona el capital social, económico, cultural y simbólico dependientes de la clase social al que pertenece el individuo y su familia. La búsqueda de una mejor calidad de vida, la belleza, la estética y el prestigio legitiman la posición social al ser visible y aprehendido desde la infancia, creando patrones que generan exclusión o aceptación social del grupo.

Las modificaciones dentales intencionales en la población de Guachucal - Nariño permiten diferenciar aquellos aspectos identitarios pertenecientes a la clase dominante, siendo los que cuentan con las condiciones favorables para mejorar la salud bucal, tener mejores tratamientos dentales, evitando el dolor futuro y accediendo a tratamientos que cubran sus necesidades sin olvidar lo bello y lo estético; usando chispas de platino en las prótesis dentales totales bañadas en oro. También, permiten sugerir que la clase pequeña burguesía fue la que difundió las modas y cánones de belleza de la clase dominante en búsqueda de aceptación social, usando modificaciones como los casquetes (carillas) o chispas de oro en las prótesis dentales o casquetes (carillas) de platino u oro en dientes naturales. Por último, se puede identificar que la clase popular utilizó tratamientos alternativos frente al dolor como la extracción dental o la pérdida dental con el uso del

Mejoral o la gota eléctrica que se podían comprar fácilmente en farmacias o tiendas de barrio. Además, esta clase no podía acceder a tratamientos de restauración anatómica y funcional.

Dado lo anterior, se acepta la hipótesis uno, la cual consiste en que los aspectos identitarios de las modificaciones dentales dependían de la clase social al que pertenece el individuo y su familia, los cuales se asocian con la obtención económica y una mejor calidad de vida, teniendo la posibilidad de restauración anatómica y funcional, sin olvidar la estética y búsqueda continua de la belleza

Respecto a las prácticas y técnicas utilizadas para realizar las modificaciones dentales fue común encontrar, que el dentista de Guachucal (caso 25), el cual realizó las modificaciones dentales de 15 casos (62,5%), le pedía a los individuos que se enjuagara la boca con agua, los hacía sentarse en un banco, inyectaba la anestesia local o la colocaba en forma de pomada, con una pequeña navaja realizaba cortes en la encía para que la extracción fuera más fácil y por medio de una tenaza pequeña o alicate extraía la pieza. En un día podía extraer máximo dos o tres piezas dentales cada ocho días para evitar consecuencias como infecciones, hemorragias abundantes, gangrena o la muerte. Para realizar las prótesis dentales totales o parciales. Primero realizaban una impresión, entre seis meses a un año de las extracciones de las piezas dentales y, para los casquetes (carillas) de oro o platino en dientes naturales, generaba una impresión de la estructura dental y antes de poner el casquete (carilla) limaba el diente para su fácil inserción a presión. Los cuidados generales que debían tener un individuo después de la extracción dental (para otras modificaciones no necesitaba de cuidados) eran: el cepillado mínimo una vez al día con crema dental (conocido como colino o dentífrico), realizase enjuagues de agua-sal, guardar reposo por tres días, cuidarse del sol y el frío, y el uso de plantas medicinales que ayudaban a desinflamar.

Respecto a la hipótesis dos, en la cual se afirma que las técnicas y practicas dentales más usadas por la clase popular eran menos invasivas a largo plazo y menos costosas económicamente, a comparación de las realizadas por la clase dominante y pequeña burguesía, también es aceptada, ya que según los resultados se cumple el hecho de que la clase popular tiene menor traumatismo, al solo usar la extracción dental por dolor o la

perdida dental para aliviar el dolor por medio de medicamentos de fácil acceso en farmacias o tiendas de barrio por tanto, de menor costo económico; a comparación a la clase dominante y pequeña burguesía que no solo aliviaban el dolor, sino que extraían la totalidad de las piezas dentales para realizarse la prótesis dental total con o sin incrustaciones como las chispas o casquetes (carillas) de oro o platino, que incrementarían el costo. De igual forma, se realizaban en dientes naturales incrustaciones con metales al tener menos costo.

Los cambios en la legislación y la presión social que ejercieron los profesionales, estudiantes de odontología y los políticos colombianos, fueron los causantes del fin del ejercicio de los dentistas y la instalación de la odontología en Guachucal – Nariño, pues, obligaban a los dentistas (también conocidos como sacamuelas o tenguas) portar los certificados universitarios de profesión, cursos y técnicos en su lugar de trabajo para poder ejercer su oficio, implicando no perder su negocio y el pago de multas de alto costo. Por tal motivo, no se acepta la tercera hipótesis, pues la creación de centros hospitalarios rurales, la mejor accesibilidad a productos de higiene dental, las acciones de prevención a través de campañas en medios de comunicación y el servicio social obligatorio conocido como el “ruralito” no influyeron en la transformación de la práctica dental.

REFERENCIAS

- Aguilar Laurents, L., & Esponda Gaxiola, V. M. (2011). *Odontología del siglo XVI y la obra de Francisco Martínez de Castillo*. Obtenido de Problemas gremiales de España: www.medigraphic.org.mx
- Ahmad, I. (2013). Capítulo 26. Estética dental anterior: Blanqueamiento. En I. Ahmad, *Manual de consulta rápida en prostodoncia* (pág. 127). Caracas, Venezuela: Amolca.
- Almagro, Z., Lemus, L., & León, C. (2009). Origen y evolución de los implantes dentales. *Rev. Habanera de Ciencias Médicas. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"*, 8(4), 1-9. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400030
- Alt, K. W., Rösing, F. W., & Tescheler Nicola, M. (1998). *Dental Anthropology: fundamentals, limits and prospects*. New York, United States: Springer-Verlag Wien.
- Anzelmo, M., Barbeito, J., L. Sandi, M., & M. Pucciarell, H. (Enero - Diciembre de 2011). Envejecimiento, pérdida dentaria y cambio craneofaciales. *Rev. Argentina de Antropología biológica*, 13(1), 61 - 69.
- Anzelmo, M., Barbeito, J., Pucciarelli, H., & Sandi, M. (Enero-Diciembre de 2011). Envejecimiento, pérdida dentaria y cambio craneofaciales. *Rev. Argentina de Antropología Biológica. Universidad Nacional de La Plata*, 13(1), 61-69. Obtenido de <https://revistas.unlp.edu.ar/raab/article/view/392/330>

- Arango, A. C., Aristizabal, C., Betancur, P. A., Mejía, P. N., Luna, E., & Ramirez, O. C. (2001). Factores sociales, culturales e históricos que influyeron en la pérdida dental de adultos mayores. Valle de Aburrá. *Rev. CES odontología*, 14(1), 13-18.
- Archeologie Lyon. (13 de Agosto de 2018). L'anthropologue B. Chamel et l'archéologue N. Fourn présentent : un dentier « cousu d'or ». *Service archéologique de la Ville de Lyon*. Obtenido de http://www.archeologie.lyon.fr/archeo/sections/fr/publics/dossiers/objet_du_mois/lanthropologue_b._c?fbclid=IwAR1ZdAFTd5jORpWOpzjnESF4BV7wZEUUk_Vfowp6K9ZCGahyINAhq_6oyl
- Ardila Medina, C. M. (2016). *La profesión en la formación de odontólogos*. Trabajo de grado en Especialización, Universidad de Antioquia, Departamento de educación avanzada, Medellín - Antioquia.
- Arias, L. M., & Bernal, J. (Marzo de 2016). Implantes una revolución en estomatología. *Rev. Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Universidad Autónoma de Estado de México (UAEM)*(23), 1-40. Obtenido de http://cmibm.org/documentos/Implantologia_23.pdf
- Armelagos, G. J., & Zuckermanand, M. K. (2011). Los orígenes de lo biocultural. Dimensiones en bioarqueología. En *Los orígenes de las dimensiones bioculturales en bioarqueología* (págs. 1-150).
- Arnetzl, G. V., Arnetzl, G., Gluhak, C., Jakse, N., & Kirmeier, R. (2010). Estado oral entre personas mayores en nueve hogares de ancianos en Styria, Australia. *Gerodontology*, 27(1), 47-52.
- Arnetzl, G. V., Gluhak, C., Jakse, N., & Kirmeier, R. (2010). Estado oral entre personas mayores en nueve hogares de ancianos en Estiria, Austria. *Gerodontology*, 27(1), 47-52.
- Arriola, E. (22 de Septiembre de 2018). *Zonadental*. Obtenido de Una falange de un dedo colocado a modo de diente. Estado de arte de los implantes dentales: http://www.researchgate.net/profile/Ernesto_Arriola2/publication/256005491_State_of_art_of_dental_implants/file/5046352162921b3dcf.docx

- Barker, L. K., Claveland, J. L., Griffin, P. M., Griffin, S. O., & Kohn, W. (2009). La salud oral es necesaria para los adultos en los Estados Unidos con enfermedades crónicas. *J Am Dent Assoc.*, 140(10), 74-100.
- Barnes, D. (06 de Diciembre de 2010). *Dental modification: An Anthropological perspective*. Investigación de estudiantes universitarios supervisados y trabajo creativo, Universidad de Tennessee, Proyectos del programa de honores del canciller, Knoxville. Obtenido de https://trace.tennessee.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=2385&context=utk_chanhonoproj
- Barra, F., Fuentealba, C., Solís, A., & Vargas, J. (2011). *Odontología Primitiva*. Exposición, Universidad San Sebastian. Facultad de Odontología sede Osorno, Osorno - Chile. Obtenido de <https://sites.google.com/site/introfelipebarra/primera-entrega-portafolios/4>
- BBC . (20 de Julio de 2018). Yaeba dentistry: The appeal of pointy teeth. Londres, Portland, Reino Unido. Obtenido de <https://www.bbc.com/news/stories-44364278>
- Benedix, D. C. (1998). *Un análisis biocultural de las modificaciones dentales intencionales*. [Tesis de maestría], Universidad de Tennessee, Departamento de Antropología, Knoxville. Obtenido de https://trace.tennessee.edu/utk_gradthes/3240
- Bernardini, F., Biasotto, M., Coppa, A., De Cesare, N., Dreossi, D., Eichert, D., . . . Turco, G. (19 de Septiembre de 2012). Beeswax as Dental Filling on a Neolithic Human Tooth. *PLoS ONE*, 7(9). Obtenido de <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0044904#pone-0044904-g002>
- Blomstedt, P. (2013). Dental surgery in ancient Egypt. *Journal of the History of Dentistry*. Universidad de Umeå. Departamento de Farmacología y Neurociencia clínica, 61(3), 129-142. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/261100483_Dental_surgery_in_ancient_Egypt
- Boucek, J. S. (1957). La sociología del prestigio. *Revista de estudios políticos*(94), 81-98.

- Bourdieu, P. (1988). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. (M. d. Elvira, Trad.) Madrid, España: Taurus.
- Brandstätter, F., Kneissel, M., Prossinger, H., & Teschler, M. (1998). A Recently discovered Etruscan Dental Bridgework. En K. w. Alt, & F. W. Teschler-Nicola, *Dental Anthopology: Fundamentals, limits and prospects* (págs. 1-566). Springer Wien New York. doi:10.1007/978-3-7091-7496-8
- Caicedo Alvarez, J. F., Fajardo Quiñones, N. G., & Rubio Gallardo, J. C. (2018). *Legislación educativa en Colombia. Instituciones, artículos y sujetos 1887-2010* (Vol. 1). Cali, Colombia: CEP - Banco de la República. Biblioteca Luis Ángel Arango.
- Caicedo Rosero, Á. V., & Estrada Montoya, J. H. (Julio - Diciembre de 2016). Barreras geográficas de acceso a los servicios de salud oral en el departamento de Nariño, Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.*, 15(31), 146-174.
doi:http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-31.bgas
- Calle R., C. (1991). Anotaciones acerca del Colegio Dental de medellín y del Dr. Abel Uribe Jaramillo. *Rev. CES odontológica*, 4(2), 141-151.
- Carrión, J., Gómez, M., Labajo, E., Perea, B., Robledo, M., & Sánchez, j. A. (2007). Mutilación dental: la cosmovisión en la estética de la sonrisa. *Rev. de La Escuela de Medicina Legal*, 6, 4-14. Obtenido de <https://www.aacademica.org/elenalabajogonzalez/47.pdf>
- Cerón Bastidas, X. A. (2014). Calidad de vida y su ralización con la salud oral en personas de la tercera edad. *Revista Nacional de Odontología de la facultad de odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia* , 10(9), 9-83.
- Cipes, L. R. (1955). *Arte de recetar y formulario para dentistas* (3 ed.). (R. M. Marañón, Trad.) México D.F: Unión Topografica Editorial Hispano Americana.
- Clínica Odontológica Artedental. (09 de Abril de 2016). Artedental. *La odontología en la Edad Media*. Tenerife, Puerto de la Cruz, España. Obtenido de <https://www.artedentalclinic.com/la-odontologia-en-la-edad-media/>

- Comunicación Cimev. (11 de Abril de 2016). Modas dentales peligrosas. ¿Te arriesgarías con esto? Valencia, España: Instituto CIMEV. Odontología & Medicina Estética Facial. Unidad Odontología Hospital Casa Salud. Obtenido de <https://cimev.es/modas-dentales-peligrosas/>
- Consejo Municipal de Guachucal. (2015). *Plan de Desarrollo Municipal. Guachucal Municipio Modelo, en paz con la vida y el ambiente 2016-2019*. Guachucal - Nariño: Alcaldía de Guachucal.
- Correa Mosquera, N. R., Luna Ricardo, L. M., Simancas Mendoza, E., & Simancas Ricardo, E. (2003). *La odontología, la historia desde sus inicios hasta su ingreso a la universidad de cartagena, una opción de formación superior en la región caribe*. Universida de Cartagena.
- Dental Tribute. (s.f.). DTV - Museo de la odontología (EP. 1) [video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=Kg1WO9JwsaA&t=173s>.
- Dunn, C. (2017). Biological and cultural diversity in the contex of botanic garden conservation strategies. *Plant Diversity*, 39(6), 396-401.
- Estrada Montoya, J. H. (2012). Acta Odontológica Colombiana. *EDITORIAL - Conmemoración 80 años*, 2(1), 1-4.
- Expósito Gonzáles, R. (2011). Barberos y sangradores en Iberoamérica. *Congreso Nacional y IV Congreso Internacional de Historia de la Enfermera*, 15, págs. 31-46. Las Palmas.
- Facultad de Medicina de la UAQ. (23 de Marzo de 2017). Historia de la Odontología. Propedéutico 2017. Santiago de Querétaro, México. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=UZB1omvk-gI>
- Forshaw, R. (06 de Mayo de 2009). The practice of dentistry in ancient Egypt. *British Dental Journal (Br Dent J)*(206), 481-486.
doi:<https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2009.355>
- Forssmann, A. (11 de Abril de 2017). *Dos dientes revelan la antigüedad de la practica odontológica*. Obtenido de National Geographic España:

https://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/actualidad/dientes-revelan-antiguedad-practica-odontologica_11394

- Frias Rincon, A. (25 de Octubre de 1995). Empíricos: 49 años de lucha por ser odontólogos. *EL TIEMPO*. Obtenido de www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-435110
- García Roco, O., & Méndez, M. J. (Enero - Abril de 2002). Breve Historia de la Cirugía Bucal y Máxilofacial. *Rev. Humanidades Médicas*, 2(1), 1-22. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202002000100002
- Giuffra, V., Minozzi, S., Panetta, D., & Sanctis, M. (01 de Noviembre de 2016). A Dental Prosthesis from the Early Modern Age in Tuscany (Italy). *Clinical Implant Dentistry and Related Research*, 365-371. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27804261/>
- Gladwin, M., & Bagby, M. (2001). *Aspectos clinicos de los materiales en odontología*. (I. N. Saad, Trad.) México: El manuel moderno.
- Hernández, P., Maupomé, G., Medina, C. E., Navarete, J. d., Perez, E., Pontigo, A. P., & Santillana, R. d. (Marzo - Abril de 2013). Principales razones de extracción de dientes permanentes en una muestra de adultos mexicanos. *Rev. de investigación clínica*, 65(2), 141-149. Obtenido de www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn132d.pdf
- Hruschka, D. J., Lende, D. H., & Worthman, C. M. (2005). Diálogos bioculturales: biología y cultura en antropología psicológica. *Ethos*, 33(1), 1-19.
- Hubbard, B. (2006). *Lo que los dnetistas no nos dicen. Los peligros del flúor y de los empastes con mercurio* (Vol. 1). Barcelona, Aragón, España: Terapias Verdes.
- Hurtado Herrera, D. R., & Pabón Tabares, A. S. (2016). "Mi piel es un lienzo". Sentidos de la modificación corporal en jóvenes de la ciudad de Cali. *Revista Latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 14(1), 477-491.
- Jeger, F., Lussi, A., & Zimmerli, B. (2009). *Joyas orales* (Vol. 119). schweiz monatschr zahnmed.

- Kerley, P. (21 de Junio de 2015). Los médicos que implantaban a los ricos los dientes de los muertos en Waterloo. *BBC News Magazine*. Obtenido de https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/06/150618_finde_waterloo_muertos_dientes_implantes_lv
- Kloosterman, J. (1997). *Identidad Indígena: "entre romanticismo y realidad". El derecho la Autodeterminación y la Tierra en el resguardo Muellamúes, en el sur-oeste de Colombia*. (E. Magaña, Trad.) Quito, Ecuador: ABYA-YALA.
- Kunisada, U. Ennegrecimiento de dientes. Serie "Espejos de tocador moderno". [Imagen]. *Kunisada woman blackening teeth*. Museo Británico. Obtenido de <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/3/33/Kunisada-woman-blackening-teeth.jpg>
- Labajo, E. (10 y 11 de Octubre de 2014). Modificaciones dentales intencionales e inintencionales. (A. E. (AEAOF), Ed.) *VI Jornada Científica de la Asociación Española de Antropología y Odontología Forense (AEAOF)*, 1-62.
- Laguna Platero, A. (Enero-Junio de 2017). Sacamuelas y charlatanes, pioneros de la publicidad y la propaganda. *Dixit*(26), 84-95. Obtenido de Dixit: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/revistadixit/article/view/1386>
- Logan, M. H., & Qirko, H. N. (1996). An Evolutionary perspective on maladaptive traits and cultural conformity. *American journal of human biology*, 8, 615-629.
- Macouzet Olivar, C. (2015). *Anestesia en Odontología*. México: El manual moderno.
- Maffi, L., & Woodley, E. (2010). *Biocultural diversity conservation: A global sourcebook*. London, Reino Unido: Earthscan.
- Márquez Valderrama, J. (2016). Una historia de la profesionalización médica y la profesionalización odontológica en Colombia en el siglo XX. *Anais eletrônicos do 15º Seminário Nacional de História de ciência e da Tecnologia Florianópolis*, (págs. 1-18). Santa Ccataliina.
- Martinez Martinez, A. A. (2018). *Anestesia bucal de la evidencia a la práctica* (Vol. 2). Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana.

- Martínez Martínez, A. A. (2018). *Anestesia bucal: De la evidencia a la práctica* (Vol. 2). Bogotá, D. C., Colombia: edica Panaericana.
- Mata, A. G. (1994). Tratamiento dental en Mesoamerica prehispanica. Séptima mesa redonda de palenque. *The pre-columbian Art Research institute*, 9, 257-259.
- Mateo Lozano, J. M. (02 de junio de 2014). *Historia de los barberos, cirujanos y practicantes de la armada*. Obtenido de Enfermería avanzada. Madrid - España: http://www.aniorte-nic.net/archivos/trabaj_historia_barberos_cirujanos_practicantes_armada.pdf
- Matthews, G. (2012). The practice of tooth darkening in Southeast. *City Tech Writer. Universidad de la ciudad de Nueva York*, 7, 76-78. Obtenido de <https://openlab.citytech.cuny.edu/city-tech-writer-sampler/>
- Ministerio de salud pública y bienestar social de Paraguay. (2016). *Breve historia de la odontología en el Paraguay*. Obtenido de Republica de Paraguay: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/18f021-BrevehistoriadelOdontologaenelParaguay.pdf>
- Minozzi, S., Fornaciari, G., Musco, S., & Catalano, P. (01 de Junio de 2007). A Gold Dental Prosthesis of Roman Imperial Age. *The American journal of medicine*, 120(5), e1-e2. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/6362593_A_Gold_Dental_Prosthesis_of_Roman_Imperial_Age
- National Geographic. (28 de Febrero de 2013). "La civilización etrusca era autóctona". Obtenido de https://historia.nationalgeographic.com.es/a/la-civilizacion-etrusca-era-autoctona_7088
- Navarro viadero, K. J., Navarro Viadero, M. T., & Palacio Gonzáles, Y. (2016). *Creencias, prácticas populares relacionadas en salud oral en adultos mayores del municipio de Pivijay Magdalena (barrio Las Casitas, Las Mirellas y El Jagüey*. Tesis, Universidad del Magdalena, Facultad de ciencias de la salud. Programa de odontología, Santa Marta.

- Núñez Pérez, B. M., & Peguero Morejón, H. A. (2012). Presencia en la Literatura Universal de Charlatanes, Sacamuelas y Barberos. *Rev. Cubana de estomatología. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez.* , 49(3), 232-241. Obtenido de scielo.sld.co
- Olivares Vargas, V. H. (Marzo de 2016). Tratamiento estético rehabilitador en pacientes desdentado. *Rev. Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Universidad de Autónoma de Estado de México (UAEM)(23)*, 1-40. Obtenido de http://cmibm.org/documentos/Implantologia_23.pdf
- Ortega, I. (2014). Negro sobre blanco. El ideal de la belleza en el rostro de la mujer japonesa. En C. Tirado, *JAPÓN y Occidente: estudios comparados. Colección Federico Tarralba de Estudios de Asia Oriental* (Vol. 1, págs. 1-104). Zaragoza - España: Zaragoza: prensa de la Universidad de Zaragoza. Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/50828132/Isabel_Ortega-El_ideal_de_belleza_en_el_rostro_de_la_mujer_japonesa_Japon_y_Occidente-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1627924059&Signature=IhXJjTCQQWW~9kJOvglRN8aNnxahkJNXRZkiFCs2Pbj-mOF9BUQ70qTQfr-ZyvU3nhI7q9
- Otero, Y., & Seguí, A. (Mayo-Agosto de 2001). Las afecciones estéticas: un problema para prevenir. *Rev. Cubana Estomatología*, 38(2), 83-89. doi:ISSN 0034-7507
- Parras Collarte, E. (2000). Salud y enfermedad en Tunja y su provincia durante el período colonial. *Rev. Universidad de Colombia(27)*, 69-91. Obtenido de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/achse/article/view/16852>
- Perdomo Sturniolo, I. L. (2017). *Influencia de los cambios en la profesión sobre la educación odontológica*. [Tesis], Universidad Nacional de La Plata, Facultad de odontología. , La Plata - Argentina.
- Pino Andrade, R. H. (25 de Junio de 2018). Artesanos de servicio: Apreciaciones sobre los Barberos, Sangradores, Sacamuelas. *Revista de la facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Cuenca*, 36(1), 100-106. doi:ISSN: 1390-4450
- Quiguntar Inquilan, N. A. (2018). *Plantas medicinales utilizadas en el Resguardo Indígena de Muellamués, Pueblo de los Pasto.* . Universidad del Quindío,

Biblioteca Euclides Jaramillo C.R.A.I. Repositorio digital. Armenia, Quindío:
Educación - Licenciatura en Biología y Educación Ambiental.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (s.f.). *Diccionario de la lengua española: 23.ª ed., [versión 23.5 en línea]*. . Obtenido de <https://dle.rae.es>

Roa Valverde, F. (2017-2018). *Origen de la odontología como profesión angloamericana en el siglo XVIII*. Trabajo de grado., Universidad de Sevilla. , Facultad de odontología. .

Rodríguez Cuenca, J. V. (2003). *Dientes y diversidad humana: Avances de la antropología dental*. Bogotá, Colombia: Guadalupe.

Rodríguez Flórez, C. D. (2003). Antropología dental en Colombia. Comienzos, estado actual y perspectivas de investigación. *Antropo*(4), 17-27. Obtenido de <https://docplayer.es/13442603-Antropologia-dental-en-colombia-comienzos-estado-actual-y-perspectivas-de-investigacion.html>

Rodríguez, C. D. (05 de Abril de 2005). La antropología dental y su importancia en el estudio de los grupos humanos. *Rev. Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 16(1 y 2), 52-59.

Romero Iglesias, T. (16 de Octubre de 2020). *Blanqueamiento dental*. Obtenido de Las 10 modas dentales más peligrosas: <https://blanqueamientodentalok.com/las-10-modas-dentales-mas-peligrosas/>

Rosenkranz, K. (1992). *Estética de lo feo* (Vol. 5). (M. Salmerón, Ed., & M. Salmerón, Trad.) Julio Ollero Editor, S.A. Colección Imaginarium.

Rossaybell, G. M. (2015). *Etnología de la extracción dental en parientes de 30 - 60 años de edad que asisten al centro de salud Santa Ana*. Universidad San Gregorio de Portoviejo. Ecuador: Santana.

Rufenacht, C. R. (2001). *Principios de integración estética*. Barcelona, España: Quintessence.

- Saville, M. H. (Julio-Septiembre de 1913). Precolumbian decoration of the teeth in Ecuador with some occurrence of the custom in other parts of north and South America. *American Anthropologist, New Series, 15(3), 377-394.*
- Scott G., R. (1997). Dental Anthropology. En R. Scott, *Enciclopedia of Human Biology* (2 ed., Vol. 3, págs. 175-190). Fairbanks , Alaska: Academic Press.
- Scott, G. R., & Turner, C. C. (1997). La antropología de los dientes humanos modernos: morfología dental y su variación en poblaciones humanas recientes . *Prensa de la Universidad de Cambridge.*
- Suzuki, S. (2013). Deformación craneal y decoración dental: su significado y transformación en el área maya [video]. Newmedia.
[http://newmedia.ufm.edu/video/deformacion-craneana-y-decoracion-dental-su-origen-y-transformacion-en-el-area-maya.](http://newmedia.ufm.edu/video/deformacion-craneana-y-decoracion-dental-su-origen-y-transformacion-en-el-area-maya)
- Tiesler Blos, V. (2001). Decoraciones dentales entre los antiguos mayas. *CONACULTURA - INAH*, 1-104.
- Tiesler, V. (2011). Decoraciones dentales. En A. Cucina, & A. Cucina (Ed.), *Manual de Antropología dental* (págs. 1-208). Mérida, Yucatán, México: Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán. Obtenido de https://www.academia.edu/38211303/MORFOLOGIA_DENTAL
- Univerisdad Nacional Autónoma de México (UNAM). (28 de Enero de 2018). *docsity*. Obtenido de <https://www.docsity.com/es/procesos-bioculturales-y-su-dimensio-n-multicultural-e-intercultural/2429295/>
- Valerio Alfaro, I. (21 de Noviembre de 2009). *Modificaciones dentales precolombinas en Costa Rica: Estado de tres sitios arqueológicos*. [Proyecto de Maestría], Universidad de Costa Rica, Sistema de Estudios de Posgrado. Facultad de Odontología. Obtenido de DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/ijds.v0i0.28054>
- Van Reenen, J. F. (1978). Prácticas de mutilación dental los ovambo y los bosquimanos caprive occidentales del sudoeste de África (Namibia). *Journal of the dental association of south africa, 33, 665-671.*

Vázquez Mendoza, A. (17 de Diciembre de 2018). *Webdental.cl*. Obtenido de Tu dosis diaria de Odontología Online: <https://webdental.cl/odontologia/odontologia-sus-misterios-y-evolucion/>

Wikipedia. (02 de Febrero de 2012). *Mapa del Municipio de Guachucal, Nariño (Colombia)*. Obtenido de [Imagen]: <https://es.wikipedia.org/wiki/Guachucal>

Zavala, J. C. (2020). El modelo biocultural aplicado. *Boletín Científico Sapiens research*, 10(2), 6. Obtenido de [Https://www.srg.com.co/bcsr/index.php/bcsr](https://www.srg.com.co/bcsr/index.php/bcsr)

ANEXO

Anexo A. Entrevista semi-estructurada para los adultos mayores

Informante: _____ **Fecha:** **Código:**

FICHA DE ENTREVISTA PACIENTE

Edad: _____ Sexo: M F Fecha/Lugar de nacimiento: _____

Lugar de entrevista: _____ Residencia: _____

Estrato: _____ Estado civil: _____ Profesión: _____

Nivel educativo: 3° de primaria 5° de primaria Otro: _____

Etnia: Indígena Mestizo Negro Otro: _____

Resg. Indígena al que pertenece: Ninguno Otro: _____

Resguardo de Guachucal Resguardo Indígena de Muellamues

Resguardo de Chillanquer Resguardo indígena de Colimba

¿Cómo se limpiaba la boca después de comer?

Cepillando Usando crema dental Usando seda dental

Usando enjuague bucal Con astillas de madera Con espinas de pescado

Masticando plantas Masticando chicle con Bicarbonato

Ninguno Otro: _____

¿Cuántas veces se limpiaba los dientes en el día? _____

Masticaba: Hoja de Coca Tabaco Menta Otra: _____

¿Para qué? _____

¿A qué etapa de la vida fue por primera vez al odontólogo? _____

¿Cómo aprendió a limpiarse los dientes? _____

¿Qué le decían (creencias) sus familiares o conocidos frente a la higiene bucal? _____

¿Cuántas personas conocía con modificación dental? No. _____

¿A qué edad se hizo la primera modificación dental, cual y por qué?: _____

¿Cuántas modificaciones se hizo? / ¿Cuáles? _____

¿Sabe de algunas herramientas que usaron para realizar la modificación dental? ¿Usaron anestesia local? _____

¿Sabe que materiales usaron en las modificaciones dentales? _____

Si tenía una prótesis: ¿Cómo la limpiaba? (cepillado con crema, tabletas efervescentes, limpiadores enzimáticos, sólo agua, sal, agua hervida. etc.) _____

¿Cuánto costó la modificación dental y quien la pago? _____

¿Qué trabajo tenía cuando se hizo la modificación dental? _____

¿Quién le hizo la modificación dental? _____

¿Qué signífico tener la modificación dental? _____

¿Transporte que usaba para ir al lugar? Caminando A caballo Carro
 Bus Otro: _____

¿En qué lugar le realizaron la modificación dental? (casa, gabinete dental, peluquería, etc.) _____

¿En qué zona le hicieron las modificaciones dentales? Urbana Rural Urb./Rur.

¿Cuánto tiempo se demoraba en llegar al lugar desde su casa? _____

¿A quién visitaba con relación a la modificación dental?:

Dentista Técnico dental Odontólogo Joyero
 Herrero Tendero Peluquero-Barbero Otro: _____

¿Cuál era la parafernalia de la persona que lo atendió y como era el lugar? (Trapo rojo, aviso, espacio) _____

¿Conoció algún caso en que la persona muriera como consecuencia de la modificación dental? _____

¿Conoce de casos de saqueos en tumbas para robarles el oro o plata de sus dientes? _____

¿Conoce de una persona experta o sabedor de las modificaciones dentales? _____

¿Por cuantas personas fue atendida? Una Dos + de dos

Esas otras personas eran: Ayudantes Auxiliares Aprendiz

Otro: _____

¿Qué realizaban las distintas personas que lo atendieron? _____

¿Cómo se enteró de la persona o el lugar donde le realizaron las modificaciones dentales?

Recomendación familiar Recomendación de conocidos

Publicidad radial Publicidad en periódicos Otro: _____

Publicidad en revista Volante de publicidad

Causa de visita: Dolor dental Casquete de oro

Inflamación bucal Limpieza de conductos Mal aliento

Prótesis dental Influencia familiar Moda

Trauma Caries dentales Embarazo

Regalo Servicio militar Sellado dental

Dientes que se caen solos Otro: _____

¿Qué tipo de tratamiento se realizó: Casero Empírico Profesional

Si es casero, ¿En qué consistió? _____

¿Cuántos dientes le fueron extraídos? ¿Cuáles? ¿Por qué?: _____

¿En qué dientes se puso casquetes de oro/plata y por qué? _____

¿Qué cuidados tuvo después de la modificación dental? (medicamentos o plantas medicinales, recomendaciones de dentista/odontólogo, en guajes bucales, días de reposo, jugos, etc.) _____

¿Qué consecuencias tuvo después de la modificación dental? (no poder comer determinados alimentos, dolor, mareos, hinchazón, etc.) _____

¿Por qué se hizo la modificación dental/ qué expectativas tenía? (belleza, necesidad por dolor, para evitar ir al servicio militar, por presión de familiares, por aceptación social, etc.) _____

¿Qué significa para usted tener dientes de oro/plata, tener una caja dental total? _____

¿Qué significa la labor del empírico para usted? (sacamuelas, dentistas) _____

¿Qué significa la labor del profesional para usted? (odontólogo, técnico dental, etc.) _____

¿Para qué ocasiones prefería ir al empírico? _____

¿Para qué ocasiones prefería ir al profesional? _____

¿Uso algún medicamento que diluyera el diente o disminuyera el dolor e hinchazón y cuál compraba? _____

Anexo B. Entrevista Semi-estructurada para empíricos

Informante: _____ Fecha: Código:

FICHA DE ENTREVISTA A EMPÍRICOS

Edad: _____ Sexo: M F Fecha/Lugar de nacimiento: _____

Lugar de entrevista: _____ Residencia: _____

Estrato: _____ Estado civil: _____ Profesión: _____

Nivel educativo: 3° de primaria 5° de primaria Otro: _____

Etnia: Indígena Mestizo Negro Otro: _____

Resg. Indígena al que pertenece: Ninguno Otro: _____

Resguardo de Guachucal

Resguardo Indígena de Muellamues

Resguardo de Chillanquer

Resguardo indígena de Colimba

Era: Joyero Sacamuélas Dentista Peluquero-Barbero

Herrero Tendero Otro: _____

Años de experiencia en oficio: _____ Trabajó en zona: Urbana Rural Urb.-Rur.

¿Tiene título/realizó examen de conocimientos empíricos? _____

¿Cuánto tiempo duro como aprendiz del oficio/profesión? _____

Conocimientos que le enseñaron (anatomía, anestesia, patologías) _____

¿Cuál fue la fuente de aprendizaje?

Empírico
Joyero/dentista

Odontólogo

Técnico dental

Laboratorio dental

Cursos por correspondencia

Otro: _____

Nombre de quien le enseñó ¿dónde?: _____

¿En qué lugar realizaba su oficio? (gabinete, casa, peluquería) ¿Cómo se llamada? _____

¿Cómo definiría su oficio? (qué es, en qué consiste y que objetivo tiene) _____

¿Qué tipo de trabajador era? Independiente Dependiente Gremial Informal

¿Hacia parte de algún gremio, cofradías, asociaciones, cooperativas, sindicatos? ¿Por qué? _____

¿Tenía otra fuente de ingresos económicos? _____

Dejo de trabajar en el oficio ¿Por qué? _____

¿Cuál era la parafernalia? (vestimenta, lugar, jerga, tipo de clientes, etc) _____

¿Qué medios de comunicación utilizaba como publicidad? _____

¿Usaba anestesia local? ¿Para qué? _____

¿Qué instrumentos utilizaba y para qué? _____

¿Qué materiales utilizaba? ¿Para qué? y ¿de donde eran? _____

¿Cómo era el día a día cuando trabajaba en su oficio? _____

¿Existió algún pedido del cliente al cual se negó? ¿Por qué? _____

¿Qué fue lo más peligroso que le realizo a una persona en la boca? _____

¿Alguno de sus clientes murió como consecuencia de una modificación dental? _____

¿Cuáles eran las causas por las que iban los pacientes a visitarlo?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Casquetes de plata | <input type="checkbox"/> Casquete de oro-18K | <input type="checkbox"/> Casquete de oro-24K |
| <input type="checkbox"/> Inflamación bucal | <input type="checkbox"/> Limpieza de conductos | <input type="checkbox"/> Mal aliento |
| <input type="checkbox"/> Prótesis dental total | <input type="checkbox"/> Prótesis dental parcial | <input type="checkbox"/> Exodoncia de 1 o + dientes |
| <input type="checkbox"/> Caries dental | <input type="checkbox"/> Sellado dental | <input type="checkbox"/> Exodoncia total |
| <input type="checkbox"/> Trauma | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Dientes que se caen solos |
| <input type="checkbox"/> Dolor dental | <input type="checkbox"/> Periodoncia | <input type="checkbox"/> Incrustación de piedra preciosa |
| <input type="checkbox"/> Endodoncia | <input type="checkbox"/> Ortodoncia | <input type="checkbox"/> Promoción-prevención |

Los pacientes iban al lugar por:

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Influencia familiar | <input type="checkbox"/> Moda | <input type="checkbox"/> Evitar el servicio militar | <input type="checkbox"/> Regalo |
| <input type="checkbox"/> Influencia amistad | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

¿Cuánto costaban los tratamientos? _____

¿Qué cuidados debían tener las personas a las que les realizaba un tratamiento? _____

¿Tuvo algunos problemas con profesionales de la salud bucal? _____

¿Conoció algún profesional o empírico que sobresaliera por su experiencia o conocimiento? _____

¿Algún familiar seguido el oficio/profesión? _____

Según usted ¿Por qué se ponían dientes de oro/plata, se extraían todos los dientes y preferían las cajas dentales totales a los dientes naturales? _____

¿Cuáles son las razones que propiciaron la validación de la odontología y la desaparición de los empíricos? (sacamuélas, dentistas) _____

¿Se realizó alguna modificación dental? ¿Cuál/es? ¿Quién se las hizo? _____

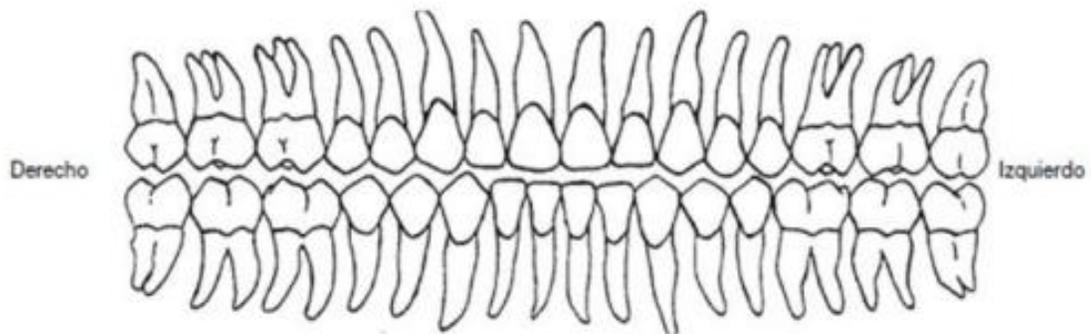
Anexo C. Inventario dentición permanente

Universidad de Caldas. Laboratorio de Antropología biológica

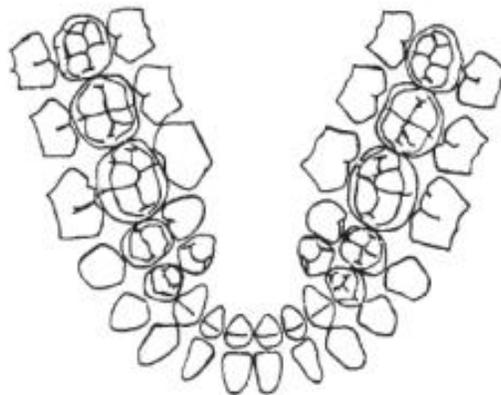
Ficha N° _____



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



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



INVENTARIO DENTICIÓN PERMANENTE

Universal	FDI	Sigla	Maxilar	Estado	
				Corona	Raíz
8	11	D) I ¹	Incisor Central		
7	12	D) I ²	Incisor Lateral		
6	13	D) C ¹	Canino		
5	14	D) P ¹	Premolar 1		
4	15	D) P ²	Premolar 2		
3	16	D) M ¹	Molar 1		
2	17	D) M ²	Molar 2		
1	18	D) M ³	Molar 3		
9	21	I) I ¹	Incisor Central		
10	22	I) I ²	Incisor Lateral		
11	23	I) C ¹	Canino		
12	24	I) P ¹	Premolar 1		
13	25	I) P ²	Premolar 2		
14	26	I) M ¹	Molar 1		
15	27	I) M ²	Molar 2		
16	28	I) M ³	Molar 3		
Universal	FDI	Sigla	Mandíbula	Corona	Raíz
25	41	D) I ₁	Incisor Central		
26	42	D) I ₂	Incisor Lateral		
27	43	D) C ₁	Canino		
28	44	D) P ₁	Premolar 1		
29	45	D) P ₂	Premolar 2		
30	46	D) M ₁	Molar 1		
31	47	D) M ₂	Molar 2		
32	48	D) M ₃	Molar 3		
24	31	I) I ₁	Incisor Central		
23	32	I) I ₂	Incisor Lateral		
22	33	I) C ₁	Canino		
21	34	I) P ₁	Premolar 1		
20	35	I) P ₂	Premolar 2		
19	36	I) M ₁	Molar 1		
18	37	I) M ₂	Molar 2		
17	38	I) M ₃	Molar 3		
Total de fragmentos no identificados					

Estado
1. Presente pero no en oclusión
2. Presente con desarrollo completo en oclusión
3. Ausente sin hueso alveolar asociado
4. Ausente con reabsorción alveolar (perdida antemortem)
5. Ausente sin reabsorción alveolar (perdida post-mortem)
6. Ausente, ausencia congénita
7. Presente con daño post-mortem que no permite tomar medidas
8. Presente pero no observable (incluido)

Anexo D. Formato consentimiento informado



**UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA Y SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE ANTROPOLOGÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este proyecto de investigación titulado “Aspectos socioculturales asociados a las modificaciones dentales intencionales practicadas por la población de Guachucal - Nariño entre los años de 1950 y 1990” realizado como parte del proceso académico para obtener el título de pregrado en Antropóloga de la Universidad de Caldas, presentado por parte la estudiante Claudia Fernanda Ipaz Sabogal.

Antes de aceptar participar en este proyecto de investigación, le pedimos tomarse el tiempo de leer y comprender la información contenida en el documento. Este explica detalladamente el objetivo del proyecto de investigación y sus ventajas, riesgo o inconvenientes. Antes de firmar, lo invitamos a hacer todas las preguntas que estime necesarias a la persona que le ha hecho entrega de este documento.

Naturaleza del estudio

Este estudio, no experimental enmarcado en las ciencias sociales, busca comprender los aspectos relacionados con las modificaciones dentales intencionales realizados entre los años 1950 y 1990 en Guachucal-Nariño. El objetivo principal es identificar las razones individuales que conllevaron a realizar dichas prácticas, las cuales pudieron obedecer a cuestiones estéticas, simbólicas, biológicas, económicas, de pertenencia y aceptación social. Así mismo, busca conocer los procedimientos quirúrgicos realizados durante las modificaciones y comprender el impacto de estos en la salud oral de las personas.

Descripción de la participación

Su participación voluntaria y confidencial en este proyecto consiste en suministrar datos que serán usados únicamente con fines de análisis académicos consistente con el trabajo de grado y publicación de resultados en revistas científicas en forma anónima. La información será extraída de una entrevista individual donde se explorarán las prácticas de pacientes, dentistas, técnicos dentales y odontólogos que se sometieron a realizarse o realizaran modificaciones dentales entre los años de 1950 y 1990. Todas las entrevistas serán grabadas con el fin de permitir un análisis riguroso de los datos e información compartida y producida.

Ventajas, riesgos o inconvenientes relacionados con su participación

No existe ningún riesgo ni inconveniente conocido asociado a su participación en este proyecto. Se garantiza que toda la información proporcionada será anónima. Su participación implica conocimientos y opiniones acerca de las modificaciones dentales usadas entre los años de 1950 y 1990.



UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA Y SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE ANTROPOLOGÍA

Participación voluntaria y derecho de retiro

Usted es libre de participar en este proyecto de investigación. Usted puede igualmente solicitar su retiro de la investigación en cualquier momento sin ninguna consecuencia o perjuicio y sin tener que justificar su decisión. Si Usted decide hacer uso de su derecho de retiro debe comunicar su decisión a Claudia Fernanda Ipaz Sabogal, cuyos datos se encuentran al final de este documento. Toda su información personal será destruida.

Confidencialidad y gestión de los datos

Las siguientes medidas serán aplicadas para asegurar el anonimato y la buena gestión de la información proporcionada por los participantes:

- Al momento de la transcripción de las grabaciones, las informaciones de carácter personal (nombres y cargos) serán eliminados de manera irreversible. Luego de la transcripción, las grabaciones serán guardadas por un año máximo, sin relacionar las declaraciones de los participantes a su identidad.
- En ningún caso los nombres o información individual de los participantes será comunicado a terceras personas diferentes al tutor o docentes del proceso formativo.
- La transcripción de las entrevistas y las síntesis producidas serán conservadas por la investigadora en formato electrónico, en un computador del investigador dotado de un código de seguridad.
- Todos los datos despersonalizados de manera irreversible que fueron recolectados durante la investigación serán conservados en una base de datos para emplearlos con fines académicos o de investigación. La base de datos será conservada por la investigadora Claudia Fernanda Ipaz Sabogal en formato electrónico en un computador dotado de un código de seguridad.
- Los resultados del proyecto de investigación serán publicados en revistas científicas (entornos científicos) sin que ninguno de los participantes pueda ser identificado o reconocido.
- Un corto resumen de los resultados de la investigación será enviado a los participantes que hagan la solicitud indicando el correo electrónico o dirección para entrega en formato físico en el espacio acordado después de la firma.

Informaciones suplementarias

Si Usted tiene preguntas sobre este proyecto de investigación o sobre las implicaciones de su participación, ni dude en contactar a Viviana Andrea Yepes López, tutora de la investigadora y miembro de la Universidad de Caldas al número telefónico siguiente: (+57) 3106035179 al correo electrónico viviana.yepes@ucaldas.edu.co

Agradecimientos

Su colaboración es indispensable para realizar este proyecto de investigación y nosotros le agradecemos por su participación.



UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA Y SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE ANTROPOLOGÍA

Firmas

Yo (participante/acudiente) _____ consiento libremente participar en el proyecto de investigación titulado “Aspectos socioculturales asociados a las modificaciones dentales intencionales practicadas por la población de Guachucal - Nariño entre los años de 1950 y 1990”. He leído y comprendido la información que se encuentra en este formulario sobre la naturaleza de la investigación, su objetivo, los riesgos, inconvenientes y ventajas del proyecto. Estoy satisfecho con las explicaciones, precisiones y respuestas que he recibido sobre mi participación en el proyecto.

Firma del participante/acudiente del participante



Huella del participante

Fecha

Un resumen de los resultados será enviado por correo electrónico a los participantes que hicieron la solicitud indicando la cuenta electrónica en la que desearían recibir el documento. **Usted es invitado a informar la investigadora Claudia Fernanda Ipaz Sabogal todo cambio de correo.**

La cuenta electrónica o dirección a la que deseo recibir un resumen de los resultados de la investigación es la siguiente: _____

He explicado el objetivo, la naturaleza, las ventajas, los riesgos y los inconvenientes del proyecto de investigación al participante. He respondido, según mis conocimientos, a las preguntas realizadas y he verificado la comprensión del participante.

Firma de la investigadora

Fecha

Quejas o críticas

Toda queja o crítica relativa a este proyecto podrá dirigirse, confidencialmente, al Programa de Antropología de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales cuyos datos de contacto son los siguientes: Programa de Antropología de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Calle 65 No 26 - 10, sede Bicentenario

Universidad de Caldas - Manizales (Caldas)

Secretaría: (+576) 878 15 00

Correo electrónico: antropologia@ucaldas.edu.co

Anexo E. Carta de presentación del proyecto.



Universidad de Caldas

**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA Y SOCIOLOGÍA
PROGRAMA DE ANTROPOLOGÍA**

PRESENTACIÓN

Me permito presentarle a la estudiante del Programa de Antropología CLAUDIA FERNANDA IPAZ SABOGAL, identificada con código 2051521090 y cédula 1.053.862.297 expedida en Manizales, quien actualmente se encuentra cursando la materia Práctica de Investigación II, en la que lleva a cabo su investigación de grado sobre *Aspectos socioculturales asociados a las modificaciones dentales intencionales practicadas por la población de Guachucal - Nariño entre los años 1950 y 1990*.

Para el Programa, y en general para nuestra institución, es de vital importancia contar con el apoyo de la comunidad y de las instituciones en la fase de recolección de información que actualmente adelanta la estudiante.

De antemano agradecemos su colaboración.

Firma en Manizales a los 17 días del mes de marzo de 2021,

Ph.D. GREGORIO HERNANDEZ PULGARIN
Profesor Departamento de Antropología y Sociología
Líder del Grupo Investigación Territorialidades
Calle 65 # 26-10, Sede Bicentenario, Manizales, Colombia
Tel.: +57 6 8781500 ext. 18038
gregorio.hernandez@ucaldas.edu.co

Gestión con **Autonomía**

Calle 65 No. 26-10
PBX (57)(6)878 15 00
ucaldas@ucaldas.edu.co
www.ucaldas.edu.co
Manizales - Colombia



Anexo F. Comité de Ética para el proyecto de investigación.



Universidad de Caldas

UNIVERSIDAD DE CALDAS FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES COMITÉ DE ETICA

Manizales, 22 de octubre de 2021

Estudiante

CLAUDIA FERNANDA IPAZ SABOGAL

Investigador Principal

Antropología

Universidad de Caldas

Asunto: Aval Comité de Ética para el proyecto de investigación "ASPECTOS SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS MODIFICACIONES DENTALES INTENCIONALES PRACTICADAS POR LA POBLACIÓN DE GUACHUCAL-NARIÑO ENTRE LOS AÑOS DE 1950 Y 1990".

Cordial saludo,

Comendidamente me dirijo a Usted con el fin de comunicarle que los miembros del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, creado mediante Resolución No. 21 de 2016, previo estudio, evaluación y discusión del proyecto de investigación "ASPECTOS SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LAS MODIFICACIONES DENTALES INTENCIONALES PRACTICADAS POR LA POBLACIÓN DE GUACHUCAL-NARIÑO ENTRE LOS AÑOS DE 1950 Y 1990.", decidieron otorgar el aval al proyecto por medio referéndum en el mes de octubre de 2021. Este aval es expedido por un período de tiempo igual al de ejecución del proyecto.

Si durante la ejecución del proyecto se hace necesario modificar la participación de los sujetos de investigación, Usted deberá informar dichos cambios al Comité de Ética con el fin de verificar si un nuevo aval es necesario.

Cordialmente,

MIGUEL ANTONIO SUÁREZ ARAMÉNDIZ

Coordinador Comité de Ética

Gestión con **Autonomía**

Calle 65 No. 26-10
PBX (57)(6)878 15 00
ucaldas@ucaldas.edu.co
www.ucaldas.edu.co
Manizales - Colombia

