

# La familia indígena timote y sus prácticas de salud bucal Costumbres, creencias y valoraciones

Zambrano V., Reinaldo E.<sup>1</sup>

## Resumen

La presente investigación busca profundizar en la percepción de la vida cotidiana de un grupo de familias indígenas timote de la comunidad del Paramito, Estado Mérida, con el propósito de reconstruir la valoración que tienen sus miembros sobre la salud bucal así como las prácticas que se regularizan en el seno familiar para su cuidado. La identificación de estos elementos esenciales en la dinámica familiar, permitirán rescatar de la cotidianidad los fundamentos para impulsar una práctica social transformadora hacia la participación social organizada en el sector salud, a la vez que posibilita la revisión de los modelos de aprendizaje subyacentes para estas familias. La valoración del odontólogo como profesional tratante de los problemas bucales de la población no se da por el grado de inteligencia y el estatus que asignen los miembros de la familia. Por el contrario, esta valoración se ofrece considerando la capacidad del practicante para mediar con las fuerzas sobrenaturales.

**Palabras clave:** creencias, familia, indígenas, timote, salud bucal

---

1 Odontólogo, máster en Salud Pública, doctor en Ciencias de la Salud en la Escuela Nacional de Salud Pública. Profesor titular del Departamento de Odontología Preventiva y Social de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes. Correo electrónico: reizam@cantv.net

## Abstract

### **THE TIMOTE INDIGENOUS FAMILY AND ITS ORAL HEALTH PRACTICES HABITS, BELIEFS AND APPRAISALS**

*The aim of this research is to study in depth the perception of daily life of a group of Timote's indigenous families from El Paramito, Mérida State, in order to reconstruct the valuation of its members about oral health, as well as the care practices that have been regularized in the familiar bosom. The identification of these essential elements in the family dynamics will help to rescue from quotidianity the foundations to promote a transforming social practice toward an organized social participation in health sector, and it will allow the review of underlying learning models for these families. The dentist valuation as a treating professional of the inhabitants oral problems, is not related to the intelligence or social status conferred to him by family members, on the contrary, this valuation is based on the practitioner's ability to deal with supernatural forces.*

**Key words:** beliefs, family, indigenous, Timote, oral health

## 1. Familia, proceso cultural y salud bucal

La familia ha sido y continúa siendo un tema de gran debate cuando intentamos aproximarnos a una comprensión holística de los seres humanos en sociedad. Existe una amplia diversidad de interrogantes y planteamientos en las ciencias humanas orientadas a este fin. En nuestro caso requerimos generar algunos planteamientos sobre la familia como contexto esencial para el desarrollo del proceso cultural del hombre. Analizar la cultura de las personas comprende, entre otros aspectos, el análisis de las costumbres, creencias e ideas mágico-religiosas que forman parte de su realidad. Según Donati (2004) esta operación siempre es compleja, pues depende del interés de quien observa a la familia en un determinado momento y contexto histórico-cultural.

Por su parte, Alborno (1995) define a la familia como la unidad fundamental de la vida humana donde se genera un espacio producto de las regularidades sociales, culturales e históricas las cuales funcionan como un sistema de autoregulaciones en torno al conjunto de vivencias comunes e individuales que se experimentan dentro del núcleo familiar, y que son matizadas como fuente de armonía y bienestar o de conflictos, inestabilidad y/o violencia.

Desde este punto de vista, la familia condiciona la cultura entre quienes la conforman, tal y como lo plantea Montero (1985) cuando afirma que la familia actúa como un modelo condicionante de gran parte de los aprendizajes y patrones culturales que caracteriza esencialmente la vida de los seres humanos. Del mismo modo, Romero (2004) señala que la familia es la instancia más íntima para todas las personas, pues en ella se inicia el proceso cultural para generar un conjunto de satisfactores que permiten completar la reproducción social a partir de la organización primaria de lo cotidiano en torno a la alimentación, el vestido, el trabajo, el cuidado de los niños y de los ancianos, la procreación, el descanso, las relaciones de afecto y la solidaridad.

De esta manera, la familia representa el ámbito en el cual se forman las costumbres, creencias y valores de las personas ante los fenómenos del entorno que la envuelve. Ámbito, que se va internalizando progresivamente hasta generar regularidades que pueden explicar la conducta del individuo con relación a los procesos sociales y culturales que lo afecta.

Ahora bien, es necesario precisar que el planteamiento desarrollado hasta ahora no se reduce sólo a un concepto de familia en el plano psicosocial de las personas que la conforman. Por el contrario, en el concepto de familia se encuentra y se expresa la matriz de las significaciones de los individuos sobre la realidad concreta, esto es, la etnocultura. Como señala Hurtado (2003) la herramienta para operar el análisis de la familia es el concepto etnológico de la cultura como un modo de afrontar a los individuos y grupos sociales con los problemas de la realidad. En tal confrontación, los individuos producen significaciones (valoraciones) mediante las cuales reelaboran la percepción de la realidad para acomodarse a ella o intentar transformarla. De esta manera, los miembros del grupo familiar generan históricamente competencias para significar la realidad procurando prácticas regulares para hacer las cosas en el marco de lo cotidiano, sus creencias y valores.

Por consiguiente, la familia ofrece una oportunidad para analizar y promover los condicionantes primarios del proceso cultural de las personas con el fin de generar conductas protectoras de la salud, así como intervenciones y cuidados efectivos de la enfermedad. En este sentido, la presente investigación busca profundizar en la percepción de la vida cotidiana de los grupos familiares en una comunidad indígena del Páramo merideño, reconstruyendo la valoración que tienen sus

miembros sobre la salud bucal así como las prácticas que se regularizan en el seno familiar para su cuidado. Además se intentará relacionar el impacto que sobre la boca ha tenido estas valoraciones a lo largo de algunas generaciones del grupo familiar. La identificación de estos elementos esenciales en la dinámica familiar, permitirán rescatar de la cotidianidad los fundamentos para impulsar una práctica social transformadora hacia la participación social organizada en el sector salud, a la vez que posibilitará la revisión de los modelos de aprendizaje subyacentes al sistema familiar y su relación con las regularidades culturales pertenecientes a cada uno de ellos.

## **2. Cultura, sociedad y práctica odontológica**

Según Cajiao, Acosta y Alegría (1997) las costumbres y creencias se desarrollan, transmiten y mantienen a través de la experiencia del grupo social que la practica. Las que se relacionan con la salud y la enfermedad están bien arraigadas en el entorno cultural. Los cuidados de la salud cuya base es el saber científico, generan conflictos mientras se integran al legado cultural del grupo. Hay costumbres y creencias que se consideran incorrectas desde la perspectiva de la medicina científica, aunque son lógicas y útiles en la vida cotidiana de las personas que las sostienen.

En la actualidad se puede diferenciar tres tipos de conocimientos en la concepción del hombre sobre la salud y la enfermedad: El mágico-religioso, el empírico y el científico. La evolución conceptual de estos tres tipos de conocimientos está determinada por los procesos culturales del hombre y su existencia como ser social e histórico. Aunado a este fenómeno se le agrega el hecho de que la percepción de la salud y la enfermedad del individuo común, obtiene su reciprocidad en el practicante de la medicina, empírico o brujo.

Vidal y Quiñones (1986) por ejemplo, analizando el proceso de evolución europeo de la medicina, señalan que en las sociedades primitivas la atención de la salud formaba parte de las prácticas mágico-religiosas promovidas por los brujos o curanderos. Más tarde, en las sociedades esclavistas la medicina se diferencia de lo mágico-religioso, quedando el conocimiento médico bajo la tutela de los empíricos o barberos quienes practicaban las artes de manipular el cuerpo humano utilizando una mezcla de empirismo y experimentación.

Con el advenimiento de las universidades en la Edad Media se divide el trabajo del estudio médico, fundamentado quizás en un idealismo del aprendizaje, donde los quehaceres intelectuales se dictaban en las universidades, mientras que los trabajos manuales de curación correspondían a los barberos, empíricos u otros manipuladores del cuerpo humano. En consecuencia, la universidad es trasladada desde los monasterios a las ciudades, como una institución para la formación de intelectuales y como legitimadora de un nuevo grupo social que se nutría del poder del Estado. Se produce entonces dos tipos de practicantes de la medicina: los doctores formados en las universidades escolásticas, teóricas y cerca del poder del Estado y los cirujanos formados en los gremios empíricos o agrupaciones de barberos quienes se mantenían en contacto con las necesidades existenciales de la población. Mientras las universidades se colocaban al margen de las necesidades existenciales de la población asumiendo un conflicto estéril de ideas, los gremios de empíricos fueron abordando el poder de la práctica médica mediante la experimentación sistemática generando el conocimiento que les permitió legitimarse como una fuerza de trabajo cada vez más esencial dentro de las comunidades y de los grupos sociales cercanos al poder del Estado. A partir de este fenómeno se generó la crisis universitaria del siglo XVII surgiendo en París la nueva Universidad Napoleónica, donde se reunifica la enseñanza y el trabajo médico, quedando posicionado el hospital como el escenario propicio para la enseñanza de la medicina.

Según Geiringer (1989), con el advenimiento de la revolución industrial, el desarrollo tecnológico y la expansión del capitalismo mundial, se impulsa la diversificación y especialización de la medicina científica o flexneriana lo cual hace que el conocimiento se ponga cada vez más al servicio de los grupos privilegiados de la población. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1994) señala al respecto, que en los países del continente americano la expansión de la medicina científica a partir de la propuesta flexneriana diversificó la profesión médica hasta el punto de convertir casi en una idolatría los criterios de la especialización, lo que profundizó la división técnica del trabajo en el proceso de producción social de los servicios de salud. En este sentido, Barrera y Caricote (1989) señalan que esto, en definitiva, permitió establecer los patrones para definir la enfermedad a partir de la noción biológica de normalidad asumida por las ciencias básicas (morfología y fisiología) delimitando el campo de la enseñanza y la práctica en materia de salud. A partir de esta definición, el biologicismo antiguo se potenció en la enseñanza médica, y posteriormente, en la

enseñanza odontológica orientando los currículos universitarios hacia el estudio y curación de las enfermedades del ser humano, dejando los factores de orden social y cultural como elementos coadyuvantes del proceso causal de dichas afecciones.

Como señalan Cajiao, Acosta y Alegría (1997), en la actualidad, en los países de América Latina, sigue persistiendo la medicina mágico-religiosa y empírica al lado de la medicina científica. Cuando las mujeres ponen los pies en agua caliente, toman agua de canela e invocan una oración para buscar pronto alivio a la menstruación abundante y dolorosa, lo que demuestra es que en esta práctica se mezclan los tres sistemas de curación antes mencionados. Tanto la magia como la religión, se componen de ideas y sentimientos los cuales se apoyan en aspectos sobrenaturales y prácticas ancestrales para penetrar los diferentes componentes y actividades culturales de la sociedad entre ellos el desarrollo técnico-científico.

### **3. La significación de la salud bucal en la familia indígena timote**

Para reconstruir la significación que le ofrece las familias indígenas timote a la salud bucal analizando las prácticas que se regularizan en su interior, se hizo necesario desarrollar un conjunto de entrevistas y observaciones individuales y grupales de los miembros que conforman cada una de las familias estudiadas. Se entrevistó primero al miembro de la familia con mayor edad, para luego realizar entrevistas al resto de los miembros de familia siguiendo su árbol genealógico inmediato. Esto permitió analizar la cronología, gradación o reforzamiento de los relatos emitidos. En algunos momentos los relatos individuales fueron reforzados por intervenciones grupales de la familia. Se hicieron observaciones de los comportamientos o gestos que manifiestan el consenso o contradicción entre las personas. Las entrevistas desarrolladas fueron orientadas a recopilar información enmarcadas en tres dimensiones esenciales: a) La significación que la salud y la enfermedad bucal representa para la familia; b) el manejo del dolor dental por parte de la familia como evento que activa la valoración de la salud; c) La importancia que le ofrece la familia al mediador espiritual o el hierbatero en contraste a los odontólogos formales de la zona. Finalmente, se hizo observaciones clínicas de la boca para determinar su estado de salud.

Las significaciones de la salud y la enfermedad bucal por parte de los grupos estudiados en la comunidad indígena timote de El Paramito, se reflejó en un conjunto de costumbres, creencias y valores contrastados o complementados por el saber y los satisfactores técnico-científicos de la Odontología que ofertan los servicios de salud de la zona. Las principales enfermedades percibidas por los entrevistados se centraron en la caries dental (picadura o herida del diente) y la enfermedad periodontal (encías reventadas) dándole poca o ninguna relevancia a las pérdidas dentarias con o sin compromisos estéticos o funcionales, maloclusiones dentarias u otras enfermedades bucales de tejidos blandos y duros. Dichas significaciones se sustentaron sobre la base de las siguientes causales:

**Lo natural.** Cuando la familia reconoce que las enfermedades bucales se deben a la infección o contaminación entre los dientes o algunos otros componentes bucales, el daño de los tejidos por sustancias nocivas, el desgaste o deterioro de los tejidos debido a la vejez, el trauma o el embarazo. A continuación citaremos algunos relatos que sustentan esta percepción. Por ejemplo, la señora María Alejandra Paredes (Petra), de 74 años, residente del sector el Brusquito y jefe de familia, recomienda para la caries dental lo siguiente:

“Cuando el primer diente que le llegue a salir a uno se le pique, debe sacárselo. Y luego si hay más dientes dañados lo curen. Porque si un diente se queda dañado sigue dañando a los demás. Todo se va rotando”.

En esta recomendación se expone, además de la infección de la caries expresada como una “picadura” del diente, la necesidad de erradicarla con la extracción dental. Se reconoce que se produce contaminación entre los dientes por causa de la caries. Sin embargo, no se expresó en ningún otro relato la posibilidad de contaminación de la caries entre los miembros de la familia, a pesar de que el fenómeno se presenta en la mayoría de ellos. Por otro lado, se reconoce que el daño en el caso de la caries es irreversible. La misma señora Petra señala al respecto: “Cuando un diente está dañado sigue dañado y no hay manera de arreglarse por sí solo”. En el caso de las sustancias nocivas que dañan los tejidos o componentes de la boca, podemos señalar lo dicho por la señora Isabel Rivera de 53 años de edad:

“Cuando estaba muchacha tenía los dientes bonitos porque yo no comía chimó. Comí chimó porque me dolía los dientes. Dizque porque me quitaba el dolor de la muela. Pero más bien me ponía pior”.

**Castigo de Dios y de los santos.** Los castigos todopoderosos se infligen cuando no se cumplen las normas religiosas muchas veces asociadas a lo cotidiano, lo moral y lo socialmente aceptado por el colectivo. En la presente investigación no se percibió en los relatos de los miembros de las familias entrevistadas, la significación de la enfermedad o afección bucal como un castigo de Dios o de los santos. Esta situación quizás se deba a la percepción de que los problemas bucales no comprometen la existencia física o espiritual de la persona. Pareciera percibirse que el castigo de Dios y de los santos se expresa cuando se producen daños al cuerpo que comprometen la vida, la reproducción social o el proceso productivo del trabajo. En ninguno de estos casos la caries dental y la enfermedad periodontal son relevantes. Sin embargo, es posible que en el caso del cáncer bucal o de las enfermedades crónico-degenerativas de la boca, se genere la percepción de un castigo religioso. Este fenómeno deberá ser estudiado con mayor profundidad en investigaciones etnológicas de mayor alcance.

Aunque los problemas bucales analizados no son percibidos como castigos de Dios o los santos, se pudo observar en los entrevistados que existe una percepción de que la enfermedad bucal o de otros órganos del cuerpo, puede ser removida o conciliada por Dios u otros santos por intermedio de mediadores o yerbateros. Ejemplo de ello el siguiente relato:

“Dios le ilumina a cada quien lo que va a ser (refiriéndose a los médicos hierbateros). Porque cómo habían esos médicos y no eran preparados, y así y todo curaban a la gente”.

**Desmando.** Son definidos como tales cuando se presenta descuidos, abusos o transgresiones del cuerpo. En los relatos se percibió *desmando* para explicar los problemas bucales cuando se abusa del consumo de ciertos alimentos (como la papa y la zanahoria), el descuido permanente de la higiene bucal y el exceso en el consumo del chimó o el alcohol. Relatos como el que se señala a continuación resumen esta afirmación:



“La gente dice que el chimó es dañino pa’ los dientes, que pica mucho a los dientes. Mi hijo Serafín come mucho chimó y se le han picado todas las muelas. Eso es buscado”.

#### 4. El manejo del dolor dental

El dolor es un proceso biológico que ha aumentado el nivel de significación de la salud bucal por parte de los grupos familiares analizados. Sin embargo, debido a que el fenómeno se presenta en forma abrupta, aguda y de baja prolongación pues la búsqueda de una solución se hace de manera inmediata, la significación se revierte de la misma manera en que se elimina el dolor, agrediendo al órgano dental con sustancias astringentes, conjuros, medicinas prescritas y extracciones dentarias. Históricamente y en la actualidad, el uso de sustancias astringentes y conjuros se daban como primera elección por el temor que provoca una extracción dental. Entre las sustancias astringentes usadas para tratar el dolor en las familias entrevistadas podemos señalar las siguientes: chimó, guayacol, resina de palo de caraña, buchadas de romero, manzanilla y saldeuso, y aceite alcanforado con manzanilla. Un ejemplo del uso de una de estas sustancias se encuentra en el siguiente relato:

“Para el dolor se usa Guayacol. Si el diente estaba roto le ponían una piedrita de Guayacol o Moradito y luego lo rotaba”.

Los conjuros o rezos de oraciones inicialmente eran del dominio de los mojanos y yerbateros de la zona. Sin embargo, estos conjuros han venido generalizándose en el culto de las familias lo que ha permitido su apropiación en la práctica cotidiana. El hallazgo del siguiente relato propone lo afirmado:

“Antes, cuando no había doctores y había un dolor de muela, los médicos (yerbateros) lo conjuraban. Rezaban una oración. Ellos si saben bastante. Los médicos rezaban pasito y no escuchaba nada. Algunas veces rezaban alto. Espero recordarme para hacer los conjuros a la gente y arreglar muelas. Los rezos lo hacía ambos juntos: hombres y mujeres”.

## 5. Valoración de los odontólogos

La valoración del odontólogo como profesional tratante de los problemas bucales de la población no se da por el grado de inteligencia y el estatus social que le asignen los miembros de la familia. Por el contrario, esta valoración se ofrece considerando la capacidad del practicante para mediar con las fuerzas sobrenaturales. Se produce aquí una asociación recíproca entre el grado de inteligencia y su capacidad de mediar con estas fuerzas. Si la persona presenta esta capacidad se considera que también es inteligente o sabia.

Por consiguiente, las familias entrevistadas demuestran ir al hospital sólo cuando hay dolor o se ha agotado todos los mecanismos mágico-religiosos. Acude al empírico, cuando hay dolor y no puede acceder al hospital o cuando se requiere una reparación protésica de la boca. Cuando ya no existen dientes se genera un consenso entre los entrevistados, en cuanto a que no importa creer o no en los odontólogos del hospital pues se tiene "plancha" o prótesis bucal. Esto demuestra que los odontólogos son utilizados sólo para sacar o arreglar los dientes, pero cuando no hay dientes se cree en el empírico. Algunas veces se generaba un interés en el odontólogo porque se percibía como un medio para adquirir la medicina alopática prescrita. El siguiente relato deja ver dicha afirmación:

"Había un médico (hierbatero) hace tiempo. Se llamaba Poisolino. Después de que él se fue nos atendía un señor que se llamaba Urbano. Era el doctor del hospital. La gente le gustaba porque nos daba medicina".

## 6. Conclusiones

Las principales enfermedades percibidas por los entrevistados se centraron en la caries dental (picadura o herida del diente) y la enfermedad periodontal (encías reventadas), y otorgan poca o ninguna relevancia a las pérdidas dentarias con o sin compromisos estéticos o funcionales, maloclusiones dentarias u otras enfermedades bucales de tejidos blandos y duros.

Las significaciones de la salud y la enfermedad bucal por parte de la comunidad indígena timote de El Paramito, se reflejó en un conjunto de costumbres, creencias y valores contrastados o complementados por el saber y los satisfactores técnico-científicos de la Odontología que ofertan los servicios de salud de la zona. Dichas significaciones se sustentaron con base en las siguientes causales:

- La familia reconoce que las enfermedades bucales se deben a la infección o contaminación entre los dientes o algunos otros componentes bucales, el daño de los tejidos por sustancias nocivas, el desgaste o deterioro de los tejidos debido a la vejez, el trauma o el embarazo.
- No se percibió en los relatos la significación de la enfermedad o afección bucal como un castigo de Dios o de los santos. Esta situación quizás se deba a que se percibe que los problemas bucales no comprometen la existencia física o espiritual de la persona.
- En los relatos se percibió *desmando* para explicar los problemas bucales cuando se abusa del consumo de ciertos alimentos (como la papa y la zanahoria), el descuido permanente de la higiene bucal y el exceso en el consumo del chimó o el alcohol.

La valoración del odontólogo como profesional tratante de los problemas bucales de la población no se da por el grado de inteligencia y el estatus social que le concedan los miembros de la familia; más bien esta valoración se ofrece considerando la capacidad del practicante para mediar con las fuerzas sobrenaturales.

Los odontólogos son utilizados sólo para sacar o arreglar los dientes, pero cuando no hay dientes se cree en el empírico. Algunas veces se generaba un interés en el odontólogo porque se percibe como un medio para adquirir la medicina alopática prescrita.

## Bibliografía

- CAJIAO, G. E.; ACOSTA, M y ALEGRÍA, I. (1997). Creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio, en las instituciones de salud de Nivel 1. En: *Revista Colombia Médica*. (28), pp. 42-50. Bogota, Colombia.
- ALBORNOZ, O. (1995). *Familia y Educación*. Manual de Autogestión Educativa. Kapelusz, Venezuela.
- BARRERA, M. y CARICOTE, N. (1989). La universidad frente a las condiciones de vida y salud en Venezuela: la extensión como estrategia. En: *Revista SIC*. Centro Gumilla, 1(1), pp. 16-27.
- DONATI, P. (2004) Manual de Sociología de la Familia. En: *EUUNSA*, España, p. 19. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/losandes/Doc?id=10061365&ppg=19>
- GEIRINGER, A. (1989). *El espacio odontológico. La práctica odontológica en Venezuela* Primera edición Alfa-Impresores. Valencia, Venezuela.
- HURTADO, S. (2003). La participación discordante en la familia y los niveles de su transformación. En: *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*. 9 (1), pp. 32-36.
- MONTERO, M. (1985). *Socialización. Manual de lecturas obligatorias*. Cátedra de Psicología Social, UCV. Caracas, Venezuela.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS (1994). Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. En: *Revista Educación Médica y Salud*, 28(1), pp. 7-19.
- ROMERO, Y. (2004). *Hábitos y costumbres para el cuidado de la salud bucal en un grupo de madres de la comunidad de San Isidro, Municipio Campo Elías del Estado Mérida* (Trabajo de ascenso). Facultad de Odontología. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.
- VIDAL, C. y QUIÑONES, J. (1986). Integración docente-asistencial. En: *Revista Educación Médica y Salud*, 20(1), pp. 7-10.