

# ITINERARIOS TERAPÉUTICOS DE LA CARIES DENTAL: DE LAS TEORÍAS BIOLOGICISTAS A LAS CONSTRUCCIONES Y LÓGICAS CULTURALES EN TANZANIA

SOFÍA LÓPEZ SALVADOR

Máster Interuniversitario en Antropología Médica y Salud Global

Universitat Rovira i Virgili

[sofia.lopez@estudiants.urv.cat](mailto:sofia.lopez@estudiants.urv.cat)

<https://orcid.org/0000-0002-6577-7094>

**RESUMEN.** La forma de entender la etiología de la caries dental ha ido cambiando a través de la historia. Desde teorías unicasales a las multicausales, en donde el diente susceptible y los tejidos adyacentes, las bacterias, el sustrato oral y el tiempo son los factores involucrados en su aparición, predominando así un enfoque biologicista, dejando de lado factores socioeconómicos y culturales que tienen un peso muy importante a la hora del análisis del riesgo. Como se muestra en este artículo, las lógicas y construcciones culturales que giran en torno a la caries dental tienen un peso igual o más relevante que los factores etiológicos orgánicos. Incluir aspectos socioculturales en nuevas investigaciones puede llevar a manejar y direccionar mejor los tratamientos dependiendo del contexto cultural en donde se produce la enfermedad. En este artículo se intenta abordar el tema de la caries dental a través de metodologías cualitativas en la comunidad de Kikavu Chini, en la región del Kilimanjaro, en Tanzania. Se pretende incorporar a través de entrevistas y observación participante una mirada mucho más integral de la caries dental, teniendo en cuenta

los factores socioeconómicos, pero, sobre todo, se intenta entender la enfermedad a través de la construcción cultural de esta.

**PALABRAS CLAVE:** caries dental; medicina popular; salud pública; antropología médica; Tanzania.

Therapeutic itineraries for tooth decay: from biological theories to cultural constructions and logics in Tanzania

**ABSTRACT.** Ways of understanding the etiology of tooth decay have changed throughout history. Theories range from the unicausal to the multicausal and posit the susceptible tooth, adjacent tissues, bacteria, oral substrate and time as being involved in its appearance. It is clear, therefore, that the primary focus has been biological and has ignored socio-economic and cultural factors that are also important when it comes to risk analysis. As this paper shows, the logics and cultural constructions that revolve around tooth decay have an equal or greater weight than organic etiological factors. Including sociocultural aspects in new research can lead to treatments being better managed and directed depending on the cultural context in which the disease occurs. This paper attempts to address the issue of tooth decay through qualitative methodologies in the Kikavu Chini community in the Kilimanjaro region of Tanzania. It intends to use interviews and participant observation to incorporate a much more comprehensive view of tooth decay that takes into account socioeconomic factors and, most importantly, it attempts to understand the disease through its cultural construction.

**KEYWORDS:** tooth decay; popular medicine; public health; medical anthropology; Tanzania.

## 1. Introducción

Este artículo es una pincelada de lo que fue mi trabajo de fin de máster en Antropología Médica y Salud Global. Soy odontóloga y llevo ya algunos años enfocando mi trabajo al área de la prevención y trabajo comunitario. Desde 2014 vivo en Tanzania, lo que me llevó a entender la odontología desde una arista poco estudiada, la cultural. Básicamente, mi tema de investigación empezó con una anécdota.

En una de las propiedades de un hombre, repentinamente y de forma misteriosa, empezaron a desaparecer sus gallinas, por lo que decidió preguntarle al sujeto que estaba a cargo del cuidado de su propiedad por la desaparición de sus animales. Obviamente, la primera idea que surgió en la mente del propietario es que alguno de sus empleados o vecinos estaba robando sus gallinas. Durante el incómodo interrogatorio el empleado respondió que un *mdudu*<sup>1</sup> era el que se estaba comiendo a sus gallinas.

—¿Qué...? ¿Un *gusano* se está comiendo mis gallinas?

—Sí, un *mdudu*...

Definitivamente se trataba de una tomadura de pelo, y la sospecha de un robo era aún más latente. El propietario le pidió a su empleado ver al *mdudu* que se estaba comiendo a sus gallinas; en caso contrario el empleado perdería su trabajo por ladrón y mentiroso. A los pocos días llegó el empleado con una bolsa de lona en las manos y dentro de ella, el *mdudu*. Para sorpresa del patrón, al abrir la bolsa se encontró con una mangosta bien robusta y molesta.

Con este relato empezó mi conversación con un amigo odontólogo tanzano cuando le pregunté: «¿Qué entienden por “caries dental” la mayoría de tus pacientes?». Me atrevería a decir que la mayoría de las personas tienen la clara representación de un *gusano* a la hora de hablar sobre caries dental. Pero ¿qué pasa cuando ese *gusano* es una mangosta?

---

<sup>1</sup> *Mdudu*: la traducción literal en suajili es «gusano». El plural de *mdudu* es *wadudu*. La palabra *mdudu* será utilizada con mucha frecuencia durante la redacción de este documento, y en cada uno de los párrafos, dependiendo del contexto, puede tener más que una connotación diferente un tamaño diferente. Independientemente de las diferencias morfológicas y semánticas, por esta ocasión les invito a dejar la imaginación abierta con respecto al significado de gusano o *mdudu*.

Para los odontólogos está más que claro que son las bacterias las que ocasionan la caries dental, pero ahora no me cabe la menor duda de que somos los responsables de que nuestros pacientes vean en un *mdudu*—ya sea este una bacteria, virus, gusano, lombriz o mangosta— la viva representación de la caries dental. En campañas de promoción de salud oral sostenidas por los sanitarios «las bacterias hegemónicas» se disfrazan de gusanos, y son esos gusanos coloridos y sonrientes presentes en los pósteres, trípticos y discursos los que dan vida y una nueva representación de la caries dental, especialmente para los niños.

Generalmente las investigaciones sobre caries dental tienen una mirada positivista, eurocéntrica y médico-céntrica (Banas y Drake, 2018). En salud pública, la caries dental y las demás enfermedades orales, junto con una orientación médico-céntrica, adquieren un matiz socioeconómico (Foley y Akers, 2019), pero pocos estudios relacionan la caries dental en un contexto cultural específico.

¿Qué es la caries dental? ¿Es la caries dental un *mdudu*? Pues sí, la caries dental es un *mdudu*, que me lleva a la región del Kilimanjaro, al norte de Tanzania, a preguntarme qué entienden sus habitantes por caries dental, qué importancia tiene esta enfermedad y qué itinerarios terapéuticos la acompañan. Kikavu Chini, ubicada en la región del Kilimanjaro-Tanzania, se encuentra enclavada en medio del ingenio azucarero más grande del país, lo que permite que la investigación se lleve a cabo en un contexto particular muy interesante; especialmente si la comunidad tiene una estrecha relación tanto geográfica como laboral con dicha plantación azucarera. Kikavu Chini, en sus inicios, fue un campamento para los obreros del ingenio. En la actualidad se trata de una comunidad bien estructurada política y socialmente que tiene dos centros médicos, pero ninguno de estos centros cuenta con servicio de odontología.

## 2. Marco teórico

### 2.1 La salud bucodental como primer nivel de atención

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud bucodental como «un estado exento de dolor bucodental o facial crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta, infección oral y anginas, periodontopatías<sup>2</sup>, caries dental, pérdida de dientes, otras enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de una persona para morder, masticar, sonreír y hablar, así como su bienestar psicosocial». Las enfermedades bucodentales son las enfermedades no transmisibles (ENT) más comunes, y afectan a las personas durante toda su vida, causando dolor, molestias, desfiguración e incluso la muerte. Según estimaciones publicadas en el estudio sobre la carga mundial de morbilidad en 2016, las enfermedades bucodentales afectan a la mitad de la población mundial (3.580 millones de personas) (OMS, 2020).

Cuando pensamos en enfermedades con mayor prevalencia e incidencia a nivel mundial, más aún en el contexto actual de pandemia, difícilmente se nos ocurre ubicar las enfermedades bucodentales en la lista y menos imaginar que afectan a la mitad de la población mundial. Sin embargo, estas enfermedades tienen un peso y lugar importantes, aunque probablemente se vean opacadas por otras afecciones que ocupan la atención de los expertos, personal sanitario y de las respectivas autoridades tanto a nivel local como a nivel mundial.

Las lógicas culturales sobre las que se construyen las enfermedades en el contexto de la medicina popular no pueden negarse (Menéndez, 1986; Comelles y Perdiguero-Gil, 2014; Riccò, 2019). Tienen mucha importancia al observar y analizar los procesos de salud, enfermedad y atención y las decisiones que toman los ciudadanos al respecto. Al igual que muchas enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la patología respiratoria crónica y la diabetes), las enfermedades bucodentales y su colorido atuendo cultural son de gran relevancia, ya que son la puerta

---

<sup>2</sup> La periodontopatía afecta a los tejidos que rodean y sostienen al diente. A menudo se presenta como sangrado o encías hinchadas (gingivitis), dolor y, a veces, halitosis. Puede provocar la pérdida de dientes (OMS, 2020).

de entrada a un mundo que merece ser conocido y estudiado, puesto que influye en la salud colectiva.

## 2.2 Caries dental, alimentación y cultura: su estrecha relación con el consumo de azúcar

A pesar de que las enfermedades bucodentales acompañan al ser humano desde la prehistoria, el patrón de las sociedades preindustriales es el de una enfermedad de bajo impacto poblacional en términos cuantitativos y de su severidad. Con la introducción de nuevos hábitos de alimentación y de vida, especialmente con la creciente industrialización y urbanización, estas enfermedades se transformaron en una molestia de alta prevalencia y un grave problema de salud pública (Gomes y Da Ros, 2010). La caries es una enfermedad oral común desde hace unos 10.000 años, asociada al cambio alimentario que supuso la transición de la economía de caza-recolección a la agricultura. Con anterioridad al Paleolítico<sup>3</sup> final, los humanos modernos arcaicos rara vez tenían caries. En el Neolítico la prevalencia de caries es mayor, lo que sugiere que los carbohidratos eran la base de la dieta (Trinkaus y Pinilla, 2009; Fuss *et alii*, 2018).

La diferencia es mucho más evidente entre la dieta del Neolítico, con una fuerte base en la agricultura (10.000 BP), y el advenimiento de la harina y azúcar industrialmente procesados (1850). El microbiota oral se mantuvo constante entre el Neolítico y la Edad Media, sin embargo, con la revolución industrial —que supuso cambios en la dieta y la forma de procesar los alimentos—, las bacterias cariogénicas se volvieron dominantes (Adler *et alii*, 2013).

En definitiva, las enfermedades bucodentales están asociadas a estilos de vida en donde la alta frecuencia de estas enfermedades, en especial la caries dental, está en relación con el consumo elevado de carbohidratos y azúcares con el avance de la agricultura. Por ejemplo, se identifica un

---

<sup>3</sup> Marco de referencia cronológico utilizado en arqueología que se divide en tres períodos que abarcan la conocida edad de piedra. Que va desde la aparición de los primeros homínidos hasta el 10-12.000 a. de C. En esta etapa el hombre era nómada y utilizaba herramientas de piedra que con el tiempo fueron cambiando de tamaño, peso y sofisticación. Le sigue un período de transición llamado Mesolítico, en donde el hombre deja de ser cazador y recolector para iniciar una etapa en que el sedentarismo está presente. Por último, está el Neolítico, donde priman la agricultura y el pastoreo, que va aproximadamente hacia el año 9000 a. de C. (Carreton, 2018).

reemplazo notable de la dieta durante el proceso global de colonización, tal es el caso de los bantu en África, que tiene como consecuencia un incremento notable de caries dental (Pezo y Eggers, 2012).

La relación entre etnicidad y nutrición puede ser de importancia evolutiva. Las creencias alimentarias pueden tener efectos beneficiosos o perjudiciales sobre el estado de salud (Reddy y Anitha, 2015). La industrialización del sector agroalimentario va acompañada de una ruptura de las relaciones de los seres humanos con el medio, con sus alimentos, y con tareas que eran realizadas en un entorno doméstico, que en la actualidad se llevan a cabo en las fábricas (Gracia Arnaiz, 2003).

Pero avanzando un poco más hacia las lógicas culturales, es importante mencionar que la caries dental es una enfermedad que afecta más a mujeres que a hombres y las razones son básicamente culturales. Por ejemplo, hay culturas en las que los hombres consumen más carne y las mujeres, más carbohidratos. Además, los hombres, justamente por sus actividades laborales, que se desarrollan mayoritariamente fuera del hogar, comen pocas comidas mejor equilibradas que las mujeres, que comen pequeñas cantidades varias veces al día, degustando los alimentos durante la preparación y cocción, y acceso restringido a servicios médicos por una discriminación general que va aumentando la prevalencia de caries dental en este último grupo (Müller y Hussein, 2017). Curiosamente, esta diferencia es mucho más evidente en culturas que viven mayoritariamente de la agricultura; sin embargo, entre los bantu, en África, el consumo de carbohidratos es más elevado en hombres que entre mujeres, lo que demuestra que los factores culturales tienen un peso muy importante (Pezo y Eggers, 2012).

Entre las diferentes culturas africanas las mujeres distribuyen la carne cocida en boles, y dan la ración mayor a los hombres. Los niños apenas se ven afectados por discriminaciones, al menos mientras comen con sus madres; solo cuando se unen al grupo comensal masculino esta diferencia se manifiesta directamente en sus vidas. El tratamiento diferencial de los niños no es un rasgo significativo de la sociedad africana; no se han encontrado pruebas de preferencia sexual en la distribución de alimentos a esa edad (Goody, 1995).

## 2.3 Tanzania: producción y alimentación a través de la historia

Tanzania, históricamente, depende de la agricultura como base de su economía. Desde el pasado y hasta la fecha, la mayoría de los cultivos se lleva a cabo en pequeñas explotaciones agrícolas de subsistencia (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura [FAO], 2010; United Nations, World Food Programme, 2010; National Bureau of Statistics, 2019).

La agricultura es un sector clave de la economía de Tanzania. Representa el 45% del producto interno bruto (PIB) y es la fuente de los medios de vida de más de las tres cuartas partes de la población. La dieta se basa en el consumo de cereales (maíz y sorgo), raíces feculentas (yuca) y legumbres (fundamentalmente guisantes). El consumo de alimentos con alta densidad de micronutrientes, como los productos de origen animal, frutas y hortalizas, es bajo, y, en consecuencia, las deficiencias de micronutrientes están muy generalizadas. A escala nacional, el suministro de energía alimentaria no cubre las necesidades medias de energía de la población. El índice de diversificación de la dieta es muy bajo, ya que los cereales y las raíces feculentas proporcionan casi las tres cuartas partes del suministro de energía total, a pesar de la amplia variedad de alimentos que se producen en el país. El rápido ritmo de urbanización y los precios más bajos de los alimentos importados han causado un incremento de las importaciones de cereales (FAO, 2010).

En África, donde el alimento básico es la papilla, que va desde espesa hasta una consistencia fina y acuosa, diferentes grupos se distinguen por la textura en su alimento básico (Messer, 1984). En Tanzania el alimento básico consiste en una maza llamada *ugali*, elaborada con harina de maíz mezclada con agua y sal; el *ugali* se acompaña con una salsa elaborada con verduras y, dependiendo del presupuesto, algo de carne. Salsas preparadas con guisantes también son parte de la dieta. En el mismo plato, es muy probable encontrar un trozo de fruta, que depende de su disponibilidad y abundancia en relación con las estaciones. A pesar de las dimensiones sensoriales, estructurales y simbólicas que acompañan a cada cultura, las consideraciones esenciales en las construcciones dietéticas son básicamente económicas.

### 3. Metodología

Inicialmente, la idea fue realizar una investigación utilizando metodología mixta. Había datos epidemiológicos obtenidos durante cuatro años de tratamientos dentales en los niños de la escuela de la comunidad. Mientras intentaba dar forma a la investigación en mi cabeza y realizaba la primera búsqueda de literatura y pensaba en el estado de la cuestión, lo que encontré fueron datos epidemiológicos: prevalencia e incidencia por todas partes. La investigación dio un giro importante. ¿Qué podía aportar mi investigación si me centraba en más datos epidemiológicos? Los datos epidemiológicos disponibles, más que dar cuenta de un problema de salud pública a nivel de comunidad, fueron la guía para escoger a los informantes clave. Así, se utilizaron técnicas y herramientas de análisis cualitativo.

La observación participante tuvo un papel importante durante la investigación. Se trató de un registro de la observación algo inusual, basado en los recuerdos. Durante los tres primeros años de trabajo en la comunidad —en lo que en ese entonces yo no sabía que sería «mi campo»—, no llevé ningún diario de campo y lo que escribí fueron recuerdos que vienen a mi memoria, ahora con nombre y apellido en clave antropológica. Se trató, en parte, de un registro autoetnográfico. Haber vivido en la comunidad cuatro años me ha permitido formar parte de la cotidianeidad. He visto, escuchado e incluso participado en actividades diarias.

Las entrevistas fueron realizadas en dos etapas: la primera fue en noviembre de 2019, cuando tuve la oportunidad de realizar dos entrevistas a los representantes de dos niñas de la escuela. Las tres entrevistas restantes se llevaron a cabo durante el mes de marzo de 2020, con una serie de modificaciones e inconvenientes.

<i>Pseudónimo</i>	<i>Edad</i>	<i>Perfil</i>	<i>Relación con el niño/a de la escuela</i>
Baraka	69	Agricultor	Abuelo
Agnesi	38	Ama de casa/agricultora	Madrastra
Frida	35	Costurera/agricultora/comerciante	Madre
Iddi	71	Agricultor	Abuelo
Ashura	65	Ama de casa/ agricultora	Abuela
Zawadi	51	Curandero/profesor/ agricultor	Padre

Todas las entrevistas fueron realizadas en suajili, el idioma oficial en Tanzania. El nivel de inglés en general en la región está por debajo del nivel básico. En las entrevistas me acompañaron dos intérpretes. Una de ellas era mi asistente dental; tanto los profesores como los padres de familia la conocían, fue ella quien estuvo a cargo de la parte logística. La otra intérprete no vivía en la región, pero su nivel de inglés era bastante bueno y fue ella la que me ayudó con la traducción del inglés al suajili y viceversa durante las entrevistas, así como con las respectivas transcripciones.

Las entrevistas se realizaron a los padres de familia de los niños escogidos para la investigación. Estos fueron aquellos cuyos hijos presentaban una prevalencia e incidencia de caries dental alta.

La comunidad no cuenta con un centro médico que brinde el servicio de odontología, las personas tienen que trasladarse a la ciudad de Moshi para ser asistidas por algún odontólogo; me interesaba entrevistar a un par de ellos para que a través de su mirada me contaran qué conocían, hacían e importancia le daban sus pacientes respecto a la caries dental.

Durante los años de trabajo en la comunidad los relatos y anécdotas en donde los curanderos eran los protagonistas no pasaron inadvertidos, así que definitivamente uno de los informantes estrella era el curandero de la comunidad. Esta entrevista particularmente despertó un interés especial, tenía un condimento extra que no formaba parte de mis ingredientes terapéuticos conocidos.

La segunda fase del trabajo de campo fue bastante movida debido a la covid-19. Fui al centro médico de la comunidad a saludar a todo el equipo médico con el que trabajaba. Solo un médico mencionó el coronavirus; según él, simplemente una enfermedad de blancos viejos, «los negros» no enferman ni mueren por el coronavirus.

El 14 de marzo se confirmó el primer caso de coronavirus en Tanzania, un caso importado, una mujer tanzana que había llegado de un viaje por Europa. El panorama cambió un poco, los africanos sí podían contraer el virus y paulatinamente los casos fueron aumentando. Los blancos ya no

eran llamados *wazungu*<sup>4</sup>, sino *corona*. Cada vez que salías a la calle la gente te gritaba «corona, corona, lárgate». Los blancos que no hacían nada más que viajar trajeron la enfermedad a nuestra tierra y ahora ya se estaban reportando muertes y contagios en todo el continente.

Las noticias a nivel internacional fueron alarmantes, países enteros colapsando y en total confinamiento. Tanzania fue el único país de la región del este africano que no impuso confinamiento y que tomó medidas laxas. Decidí ir a la comunidad casi a finales de marzo a realizar un par de entrevistas que estaban ya agendadas. Terminadas las entrevistas, lo único que quedó pendiente fue coordinar la hora y lugar en donde nos íbamos a encontrar con el curandero del pueblo para la entrevista del día siguiente. Una de las intérpretes le llamó por teléfono; una vez concluida la conversación, con algo de asombro, la muchacha me dijo que la entrevista había sido cancelada. El curandero del pueblo no quería verme por ser blanca y tener el virus; ahora hay que tener mucho cuidado con los blancos, decía. Una sensación de impotencia me invadió. Uno de los informantes clave se había echado atrás. Regresar a la comunidad para realizar más entrevistas a padres de familia ya no era viable, yo me exponía mucho al hacerlo, teniendo en cuenta que las noticias ya hablaban de contagio comunitario. No solo mi trabajo como odontóloga se vería afectado, sino también el de investigadora.

Lo único que se me ocurrió fue pedirle a una de las intérpretes que volviese a llamar al curandero y le preguntase si estaba dispuesto seguir con la entrevista si yo no estaba ahí. Me estaba jugando mi última carta; finalmente, el guion estaba listo, y por la forma en la que la intérprete se desenvolvía, yo estaba muy confiada en que todo iría bien. El curandero aceptó nuestra petición, él estaba dispuesto a dar la entrevista siempre y cuando yo no estuviera. Dos meses después de realizada la entrevista, recibí la desafortunada noticia de que el curandero de Kikavu Chini había fallecido de camino al hospital, probablemente una víctima más de la covid-19.

---

<sup>4</sup> En suajili es el plural para *mzungu*. *Mzungu* es el término para referirse a los extranjeros o personas de piel clara.

Quedaban seis entrevistas pendientes. Cuatro a los padres de familia —pero mi regreso a la comunidad ya no era una opción viable— y dos a los odontólogos que trabajaban en distintos hospitales de la ciudad de Moshi. Ninguna de estas dos entrevistas pudo llevarse a cabo; Tanzania tiene un déficit de personal sanitario y los dos odontólogos estaban trabajando a tiempo completo en los comités regionales que el Gobierno había designado para combatir la covid-19, no tenían tiempo para pensar en una entrevista. Desde abril de 2020 se dejaron de registrar los casos de covid-19 en el país y desde julio del mismo año el Gobierno afirmó que el Estado estaba libre del virus gracias a las oraciones y plegarias de todos sus ciudadanos, que acataron los pedidos del presidente.

#### 4. Conocimiento de la caries dental

A lo largo del artículo se ha realizado una aproximación de la caries dental a través de datos epidemiológicos y de salud pública, pero la intención es utilizar toda esta información para tratar la caries bajo criterios más integrales, lo que es posible gracias a la epidemiología sociocultural (Menéndez, 2008; Haro Encinas, 2013).

Las pocas entrevistas<sup>5</sup> realizadas han sido la puerta de entrada a un mundo lleno de sincretismos en donde el conocimiento sobre la caries dental y sus causas van de la mano de un *mdudu*. En la comunidad de Kikavu Chini, el discurso del *mdudu* es el que predomina y va asociado a la acumulación de comida en los dientes y falta de cepillado dental. La forma en la que todo el proceso de la caries dental ocurre es poco clara, pero la presencia del *mdudu* es constante. Existe la creencia de que la pérdida de un diente lleva inevitablemente a la pérdida de más dientes.

Un texto sumario de hace 5.000 años apunta a «gusanos de dientes» como la causa de la caries dental (FDI, 2015: 99); se creía que *gusanos* que se encontraban dentro del diente eran los responsables de todos los problemas de dolor de la dentadura, enunciados que se encontraron en papiros egipcios que datan de 3000 a 2500 a. de C. (Calle Sánchez *et alii*,

---

<sup>5</sup> Es importante mencionar que la investigación se ha llevado a cabo bajo el marco ético y legal que dicta la academia. Los datos e información obtenidos han sido tratados bajo completa confidencialidad. Los nombres de los informantes clave han sido cambiados por pseudónimos.

2018). Los chinos, al igual que los mesopotámicos y los egipcios, creían que las enfermedades dentales estaban causadas por *gusanos* (Padilla y Cerón, 2012).

No todos mis informantes han visto al *mdudu*. Zawadi, el curandero del pueblo, afirma que no es posible verlo. El relato de Iddi es diferente: «En el tiempo que un niño fue a quitarse los dientes, había un *mdudu* dentro, el *mdudu* se ve así como adormecido, sí, un *mdudu* largo como este y estaba vivo, vimos físicamente el *mdudu*, y si lo miras tiene la cabeza oscura».

El conocimiento en cuanto a prevención de la caries dental va dirigido al cepillado dental y el uso de pasta dental<sup>6</sup>, aunque hacen referencia al «árbol cepillo de dientes», utilizado comúnmente por los ancianos de la comunidad años atrás. La literatura disponible sobre el «árbol cepillo de dientes» es abundante. «El uso de ramas de árboles como el árbol *Arak* (*S. Pérsica*), a menudo llamado “palos de mascar” o *miswak*, se han usado durante siglos para limpiar la boca en zonas de África» (Regional Office for Africa, 2016: 7). Iddi también comentó que la medicina para prevenir la caries dental es la que venden en los supermercados, refiriéndose a la pasta dental; él, al igual que los otros informantes, habló del uso en tiempos pasados del «árbol cepillo de dientes»; mencionando adicionalmente un preparado de carbón con sal triturada para cepillarse los dientes.

La mayoría de mis informantes respondieron que había que cepillarse los dientes entre dos o tres veces al día; aunque Zawadi, el curandero de la comunidad, tiene una visión diferente en cuanto a los hábitos de higiene oral de sus pacientes: «Solo en la mañana. ¿Crees que hay quien come y luego toma un cepillo de dientes y se cepilla? No hay nada de eso» (Zawadi).

Lo mismo sucede con el uso del cepillo de dientes y la frecuencia con la que hay que cambiarlo. Algunos afirman que lo cambian cada mes, cada tres meses o seis, pero Zawadi, que sabe y está alerta de lo que sucede en la comunidad, afirma: «Déjame decirte algo, la regla es que no debe exceder los seis o tres meses, pero se cepillan hasta que esté plano».

---

<sup>6</sup> En suajili *dawa* es medicina, también asignada para referirse a la pasta dental; en ese caso sería *dawa ya meno*, la traducción literal de «medicina para los dientes».

La relación entre caries dental y azúcar ya ha sido revisada a través de varias aristas a lo largo de este artículo, pero ¿cuál es el conocimiento que tienen los informantes sobre la relación caries/azúcar? En medio de dudas, los informantes concuerdan que los dulces son los alimentos que fomentan la aparición de la caries dental.

Las ideas respecto al papel de las bebidas son confusas. Un rasgo muy presente en la región es la *fluorosis dental*<sup>7</sup>, que cambia el color de la dentición, y, dependiendo de la severidad, los dientes se vuelven de color marrón, y que generalmente se confunde con caries dental. Para algunos informantes, las bebidas coloreadas son las que afectan a los dientes. Zawadi, el curandero, se maneja bajo la misma lógica de los alimentos: si se cepillan los dientes, ninguna bebida debería causar problemas dentales, y subestima las bebidas azucaradas. Para Frida, las bebidas afectan a la dentadura dependiendo del color que tengan, por ejemplo, el café y la Coca-Cola pueden destruir los dientes, lo que no ocurre si se toma Sprite. Iddi y Ashura piensan de manera distinta; ellos creen que las bebidas que llevan azúcar son perjudiciales para los dientes, excepto el café. El caso del té es distinto, ellos piensan que el té que se bebe sin azúcar es mucho más perjudicial que aquel que lleva azúcar.

## 5. Importancia de la caries dental

La importancia que se le da a la caries dental depende de las experiencias previas de cada individuo, que guardan relación con episodios de dolor severo y posibles complicaciones asociadas. En general, el tratamiento de elección en caso de dolor dental severo es la extracción, como afirma Iddi: «Tú sabes, el diente se ha agujereado, tienes que sacarlo». Para Baraka, la posición frente a la extracción dental es más radical: él afirma que para quitarse el dolor, no solo de dientes sino el de cabeza asociado, es mejor extraer dos o tres dientes.

---

7 Afeción dental endémica en algunas zonas geográficas, producida por la ingesta de fluoruros, presentes especialmente en el agua. Su ingesta prolongada durante la formación del esmalte produce cambios clínicos, desde la aparición de líneas blancas muy delgadas a efectos estructurales graves, en relación con la cantidad de fluoruro ingerido (Rivas Gutiérrez y Huerta Vega, 2005).

Las complicaciones a las que hacen referencia los informantes van desde dolor de cabeza que dificulta conciliar el sueño (Baraka) hasta dificultades para comer (Frida) y dolor de oído, como afirma Ashura. Zawadi incluso afirma que las encías inflamadas producen pus, lo que a la larga resulta en cáncer. En casos extremos la caries dental puede llevar a la muerte. Baraka cree que el dolor de cabeza puede ser una de las causas; para Frida, la muerte guarda relación con el proceso de extracción y una posible hemorragia. Una vez controlado el dolor, independientemente de la medicina utilizada, los dientes dejan de ser una prioridad: «Continúan, si un diente mejora un poco, cuando está un poco mejor, continúan trabajando» (Zawadi).

## 6. Itinerarios terapéuticos de la caries dental

Los itinerarios terapéuticos tienen una base muy sólida en las interacciones sociales (Pasarín, 2011). La toma de decisiones en caso de enfermedad tiene lugar en el núcleo del hogar entre el padre y la madre. La decisión final la toma el padre, pero la madre tiene gran influencia; al final es ella la que pasa la mayor parte del tiempo en el hogar y toma las decisiones inmediatas frente a la enfermedad.

Los itinerarios terapéuticos y la toma de decisiones son moldeados por cuatro factores: disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad y aceptabilidad (Stanifer, 2014). En cuanto a la disponibilidad y accesibilidad, hay que mencionar que Kikavu Chini cuenta con dos centros de salud, los cuales no disponen de una unidad odontológica.

Indudablemente, el itinerario terapéutico comienza en el hogar (Menéndez, 1992); el conocimiento y los recursos están disponibles. Si no hay remisión de la sintomatología, la primera opción será recurrir al tratamiento alopático que se brinda en los hospitales, así le suponga al paciente un viaje de aproximadamente una hora en transporte público. En cuanto a la medicina popular y quienes la practican, la disponibilidad y accesibilidad son mucho más horizontales y permeables. Los curanderos están disponibles en las comunidades y generalmente cada comunidad cuenta con uno de ellos, incluso puedes encontrarlos promocionando sus habilidades en los mercados locales, así como en las ciudades.

La aceptabilidad está dominada por la biomedicina; la primera elección frente a un problema dental siempre será la visita al odontólogo. Incluso, Zawadi, el curandero del pueblo, aconseja a sus pacientes visitar al odontólogo primero. En general, las experiencias previas de los informantes o de sus cercanos con los odontólogos no están marcadas por experiencias previas negativas importantes; aunque la mayoría asegura no haber recibido ninguna sugerencia preventiva, más allá de las indicaciones terapéuticas postratamientos convencionales.

Casi todos clínicos reconocen la importancia del autocuidado y la autoatención, si son ellos los que recomiendan o prescriben estas medidas como parte complementaria al tratamiento biomédico. Pero, para el mismo clínico, las prácticas de autocuidado o autoatención que no forman parte de su prescripción son consideradas intrascendentes o nocivas ya que provienen del conocimiento popular o de cualquiera de los métodos alternativos (Haro Encinas, 2000).

La existencia de prácticas populares, lo que solemos considerar medicina popular o etnomedicina, va teñida de un doble discurso, es practicada por muchos y negada por la mayoría. El Gobierno tanzano, en su Constitución, normativiza la medicina popular y emite licencias de trabajo a algunos curanderos (Parliament of Tanzania, 2002), de los cuales hay dos categorías principales: los *mgangara*<sup>8</sup> y los *mganga*<sup>9</sup>.

A pesar de las diferencias entre un *mgangara* y los *mganga*, surge una pregunta importante. ¿Puede el dolor de dientes ser producto de un embrujo? La respuesta la tiene Zawadi: «No se aplica por completo, esas son cosas diferentes, porque ¿cómo se puede embrujar a los dientes? Los dientes no pueden ser embrujados». La medicina popular generalmente es concebida como «mágico-religiosa», aunque hay que tener en cuenta que en muchos pueblos no todas las enfermedades son entendidas como sobrenaturales y que algunas tienen causas naturales; por ejemplo, resfriados, dolor de dientes, paludismo, las derivadas de la vejez, etc. To-

---

8 Dentro de este grupo se encuentran los curanderos que no tienen licencia de trabajo. Principalmente son los curanderos que utilizan magia, visiones, sueños, vudú, hechicería, astrología, etc., así como hierbas medicinales.

9 Son los curanderos que cuentan con un registro que les habilita para ejercer el oficio, hacen uso del conocimiento recibido de generación en generación sobre etnobotánica, que es bastante extensa en el este de África (Chhabra *et alii*, 1987). Zawadi, el curandero de Kikavu Chini, era un *mganga*.

mando en cuenta la fragilidad con la que estas ideas son utilizadas, una misma enfermedad puede tener una causa natural o sobrenatural y ser tratada natural o sobrenaturalmente o viceversa (Muela Ribera, 2007).

Entre los habitantes de Kikavu Chini, la clasificación entre *mgangara* y *mganga* resulta algo confusa debido al doble discurso que envuelve a la medicina popular en África. Escarbando un poco más en temas de medicina popular, hay enfermedades que son de la total incumbencia de los curanderos, tal es el caso del *chango*<sup>10</sup>. Agnesi afirma rotundamente nunca haber visitado a ningún curandero, pero comentó: «Tal vez puedo decir, por ejemplo, para los niños pequeños. Existe lo que llaman *makeku*. Entonces, hay una madre vieja allí en Kikavu, en un lugar llamado Timberland. Una vez he llevado a mi hijo». Entre algunos habitantes la diferencia entre *mgangara* y *mganga* es confusa; no siempre queda claro quiénes son curanderos y quiénes no.

En muchas ocasiones medicina popular y biomedicina trabajan de forma bidireccional y la elección inicial tanto de la una como de la otra va al compás de las experiencias previas. Baraka afirmó que, si sabe de algún curandero que haya tratado exitosamente a alguno de sus conocidos, sin dudar lo acude a él. Esa bidireccionalidad la refleja ese relato de Iddi, donde la biomedicina fracasó en el diagnóstico y tratamiento, pero la medicina popular no. Zawadi afirma: «Antes, la mayoría de las veces ellos corrían al curandero. Señor..., tengo un problema con los dientes. Ve y toma la corteza de un árbol, aplástala y úsala para enjuagarte por tres días. Hazlo, si falla ve al dispensario, tal vez a hospitales. La mayoría de las veces vienen a nosotros primero y van al hospital cuando falla la medicina local».

El acceso depende de las condiciones de cada familia. Si deciden visitar al odontólogo, usan el dinero disponible, o, de ser necesario, piden un préstamo a familiares o vecinos. Si la familia se decanta por la medicina popular, las opciones de pago son variadas y flexibles. Zawadi comentó esa flexibilidad en el pago, especialmente si el que pide ayuda es algún conocido. Además, los precios por los tratamientos no son fijos y se suele recurrir al regateo.

---

<sup>10</sup> Enfermedad folk que tiene cierta similitud con el mal de ojo y susto. En los niños produce malestar estomacal y diarrea.

Como ya se mencionó, el itinerario terapéutico comienza en casa. Así, la medicina de elección ante un dolor de dientes es el paracetamol. A nivel doméstico, la biomedicina hace de las suyas. Agnesi prefiere colocar la pastilla de paracetamol cerca del diente afectado en lugar de tomarla. En casa de Frida el paracetamol nunca falta, incluso indica que tomar paracetamol cuando te duele un diente te da el tiempo suficiente para ir a buscar plantas medicinales que están disponibles en el campo, ya sean la corteza de árboles como el *mwarobaini* o el *mikuyu*, con la que se prepara una infusión y se realizan enjuagues, u hojas de un limonero silvestre para masticar y calmar el dolor. Frida incluso mencionó: «Otra forma es tomar la pipa de la hoja de la papaya o algo como una pipa y tú tienes el carbón encendido y empiezas a fumar, el humo que se forma lo pones directo en el diente cariado. Entonces, como a la bacteria no le gusta el calor, se muere». Para Ashura e Iddi, después del paracetamol, los enjuagues con agua tibia y sal son la siguiente elección.

La terapéutica doméstica de Baraka es un poco más atrevida y se basa en enjuagues bucales con orina: «Depende, es posible que te digan que uses la orina de la mañana para cepillarte con ella o la de la noche, o que orines y la pongas en la parte superior del techo durante toda la noche hasta la mañana y luego la uses para cepillarte los dientes».

Puede sonar un poco descabellado, pero hay escritos que hacen referencia a su uso: «[...] entre los rasgos culturales comunes a cántabros y celtas celtiberos, está el de frotarse los dientes con orina guardada en vasijas» (Pardilla y Cerón, 2012: 4). Los otros informantes dejan de lado el uso terapéutico de la orina para tratarlo más como algo anecdótico utilizado por sus antepasados. Baraka, con algo de tristeza y nostalgia, cuenta que cada vez menos personas tienen conocimiento de las medicinas ancestrales, incluso él se ha olvidado ya de muchas; «el árbol cepillo de dientes» se encontraba en abundancia a campo abierto, ahora se encuentra con dificultad, lo que lleva a que menos personas tengan conocimiento de sus bondades.

No hay centros de atención odontológica cerca de la comunidad y los que la ofrecen están en clínicas privadas u hospitales en Moshi. En general, el tratamiento de elección para los pacientes que acuden con dolor dental es la extracción; en cierta forma es impuesta al odontólogo, ya sea

por cuestiones económicas o culturales, puesto que otras terapéuticas disponibles tienen un coste que sobrepasa las posibilidades de una familia con ingresos medios.

## 7. Conclusiones

Este artículo es una aproximación tentativa a la problemática de la caries dental y la cultura, un tema, como hemos visto, relativamente poco abordado por la antropología médica y que merece ser tratado con mayor profundidad. Conocer el recorrido histórico-etiológico sobre la caries dental es de gran importancia; así como también la inclusión y recorrido que las enfermedades bucodentales han tenido en las agendas globales de la mano de las ENT. Ha sido un camino que ha tomado unas cuantas décadas, pero considero que hay que darle incluso mayor importancia, especialmente en tiempos actuales en donde la caries dental ya ha sido catalogada como una pandemia (Edelstein, 2006) a la que se le ha prestado poca atención.

El conocimiento de la caries dental tiene como símbolo a un *mdudu*, que lleva una impronta no solo histórica sino también la de los profesionales de la salud, que a la hora de describir la caries dental la relacionan directamente con un gusano/*mdudu*. De forma indirecta, relacionan la caries dental con el consumo de alimentos ricos en azúcar, pero ese conocimiento no modifica las prácticas alimentarias.

La importancia de la caries dental en la comunidad no tiene el peso que tiene en otros pueblos de la región. Hay confusión a la hora de entender las diferencias entre una boca sana y una bonita, que básicamente dependen del color de los dientes debido a la alta prevalencia de fluorosis en la zona. La importancia radica en evitar o controlar el dolor dental, que marca los diferentes itinerarios terapéuticos de cada paciente.

Los itinerarios terapéuticos van al compás de la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad y aceptabilidad. La falta de un servicio odontológico intensifica la automedicación, ya sea a través del uso de medicamentos de patente, como es el caso del paracetamol, o de preparados a base de hierbas, que son parte del inventario etnobotánico de la región aprendido de generación en generación. Hay quienes acuden a la medicina popular, pero su

primera opción será la biomedicina, incluso por recomendación del mismo curandero. Indudablemente, el factor económico tiene un rol importante, fomentando la automedicación y el uso de la medicina popular.

Investigaciones odontológicas que lleven como rúbrica el componente cualitativo de la antropología médica son indispensables. El simple hecho de que Tanzania dentro de su legislación acepte la medicina popular como parte de su sistema de salud ya modifica notablemente el tipo de campañas de educación y prevención que se deben aplicar. Incluso este tipo de investigaciones que se desenvuelven en contextos locales son un buen referente para modificar la forma en la que las enfermedades bucodentales son trabajadas en las agendas internacionales, evitando caer en generalizaciones que cada vez hacen más evidente la necesidad de trabajar de forma interdisciplinaria.

## 8. Referencias

- ADLER, C. J., DOBNEY, K., WEYRICH, L. S., KADONIS, J., WALKER, A. W., HAAK, W., BRADSHAW, C. J. A., TOWNSEND, G., SOETYSIAK, A., ALT, K. W., PARKHILL, J. y COOPER, A. (2013). «Sequencing ancient calcified dental plaque shows changes in oral microbiota with dietary shifts of the Neolithic and Industrial revolutions.» *Nature Genetics*, 45 (4), 450-455.
- BANAS, J. A. y DRAKE, D. R. (2018). «Are the mutans streptococci still considered relevant to understanding the microbial etiology of dental caries?» *BMC Oral Health*, 18 (1), 1-8.
- CALLE SÁNCHEZ, M. J., BALDEÓN GUTIÉRREZ, R. E., CURTO MANRIQUE, J., CÉSPEDES MARTÍNEZ, D. I., GÓNGORA LEÓN, I. A., MOLINA ARREDONDO, K. E. y PERONA MIGUEL DE PRIEGO, G. A. (2018) «Teorías de caries dental y su evolución a través del tiempo: Revisión de literatura». *Revista Científica Odontológica*, 06 (01), 98-105.
- CARRETON, A. (4 de mayo de 2018). *Las edades de la prehistoria*. Patrimonio Inteligente. Disponible en: <<https://patrimoniointeligente.com/edades-de-la-prehistoria/>>

- CHHABRA, S. C., MAHUNNAH, B. L. A. y MSHIU, E. N. (1987). «Plants used in traditional medicine in eastern Tanzania. I. Pteridophytes and angiosperms (acanthaceae to canellaceae)». *Journal of Ethnopharmacology*, 21 (3), 253-277.
- COMELLES, J. M. y PERDIGUERO-GIL, E. (2014). «El folklore médico en la nueva agenda de la Antropología Médica y de la Historia de la Medicina». En J. URIBE OYARBIDE y E. PERDIGUERO-GIL (eds.). *Antropología médica en la Europa meridional 30 años de debate sobre pluralismo asistencial* (pp. 11-49). Tarragona: Publicaciones URV.
- FEDERACIÓN DENTAL INTERNACIONAL (2015). *El desafío de las enfermedades bucodentales. Una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental* (2.ª ed.). Brighton: Myriad Editions.
- FOLEY, M. y AKERS, H. F. (2019). «Does poverty cause dental caries?» *Australian Dental Journal*, 64 (1), 96-102.
- FUSS, J., UHLIG, G. y BÖHME, M. (2018). «Earliest evidence of caries lesion in hominids reveal sugar-rich diet for a middle miocene dryopithecine from Europe». *PLoS ONE*, 13 (8), 1-27
- GOMES, D. y DA ROS, M. A. (2010). «Etiología de la caries: la construcción de un estilo de pensamiento». *CES Odontología/Instituto de Ciencias de La Salud*, 23 (1), 71-80.
- GOODY, J. (1995). *Cocina, cuisine y clase. Estudio de sociología comparada* (1.ª ed.). Barcelona: Gedisa.
- GRACIA ARNAÍZ, M. (2003). «Alimentación y Cultura: Hacia un nuevo orden alimentario?» En J. NAVAS LÓPEZ y C. GAONA PISONERO (eds.). *Los modelos alimentarios a debate: la interdisciplinariedad de la alimentación* (pp. 205-230). Universidad Católica San Antonio de Murcia.
- HARO ENCINAS, J. A. (2000). «Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud». En E. PERDIGUERO y J. M. COMELLES (eds.). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 101-159). Barcelona: Bellaterra.
- (2013). «Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, método y alcances». *Pueblos y fronteras digital*, 7 (14), 269-279.

- MENÉNDEZ, E. (1986). «Medicina tradicional o sistemas práctico-ideológicos de los conjuntos sociales, como primer nivel de atención». En CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL JESÚS REYES HEROLÉS (ed.). *El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos* (pp. 37-62).
- (1992). «Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales». *La antropología médica en México* (pp. 97-113).
- (2008). «Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades». *Región y Sociedad*, 20 (2), 5-50.
- MESSER, E. (1984). «Anthropological perspectives on diet». *Annual Review of Anthropology*, 13, 205-249.
- MUELA RIBERA, J. (2007) *Malaria en Lipangalala: Pluralismo médico y procesos asistenciales para malaria infantil en una comunidad africana* (tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona).
- MÜLLER, A. y HUSSEIN, K. (2017). «Meta-analysis of teeth from European populations before and after the 18th century reveals a shift towards increased prevalence of caries and tooth loss». *Archives of Oral Biology*, 73, 7-15.
- NADEL, D., PIPERNO, D. R., HOLST, I., SNIR, A. y WEISS, E. (2012). «New evidence for the processing of wild cereal grains at ohalo II, a 23 000-yearold campsite on the shore of the sea of Galilee, Israel». *Antiquity*, 86 (334), 990-1003.
- NATIONAL BUREAU OF STATISTICS (23 de abril de 2019). *Tanzania in figures 2018*. National Bureau of Statistics Tanzania. Disponible en: <[http://www.nbs.go.tz/nbs/takwimu/references/Tanzania\\_in\\_Figures\\_2018.pdf](http://www.nbs.go.tz/nbs/takwimu/references/Tanzania_in_Figures_2018.pdf)>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y AGRICULTURA (2010). «Perfiles de nutrición por país. República Unida de Tanzania». Disponible en: <[http://www.fao.org/ag/agn/nutrition/tza\\_es.stm](http://www.fao.org/ag/agn/nutrition/tza_es.stm)>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (20 de marzo de 2020). *Salud bucodental*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>>
- PADILLA, S. y CERÓN, J. (2012). «Determinantes culturales, económicos, históricos, políticos y sociales de la salud bucal». *Medwave*, 12 (07).

- PARLIAMENT OF TANZANIA (2002). *The Traditional and Alternative Medicines Act, 2002*. Disponible en: <<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/S00381-012-1692-1>>
- PASARIN, L. (2011). «Itinerarios Terapéuticos y Redes Sociales: Actores y elementos que direccionan los procesos de Salud/Enfermedad/Atención». En *Los aportes del análisis de redes sociales a la psicología* (pp. 1-17).
- PEZO, L. y EGGERS, S. (2012). «Caries Through Time: An Anthropological Overview». En MING-YU LI (ed.). *Contemporary Approach to Dental Caries* (pp. 3-34).
- REDDY, S. y ANITHA, M. (2015). Culture and its influence on nutrition and oral health. *Biomedical and Pharmacology Journal*, 8, 613-620.
- REGIONAL OFFICE FOR AFRICA (2016). «Promoting Oral Health in Africa. Prevention and control of oral diseases and noma as part of the essential noncommunicable disease intervention». World Health Organization. Disponible en: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/205886>>
- RICCÓ, I. (2019). «Historia de la medicina popular: Del modelo clásico al glo-local». *Disparidades Revista de Antropología*, 74 (2), 022.
- RIVAS GUTIÉRREZ, J. y HUERTA VEGA, L. (2005). «Fluorosis dental: metabolismo, distribución y absorción del fluoruro.» *Revista de La Asociación Dental Mexicana*, 62 (6), 225-229.
- STANIFER, J. W. (2014). *Explanatory Model for the Use of Traditional Medicines in Kilimanjaro, Tanzania* (Tesis de maestría, Duke University).
- TRINKAUS, E. y PINILLA, B. (2009). «Dental Caries in the Qafzeh 3 Middle Paleolithic Modern Human». *Paléorient*, 35 (1), 69-76.
- UNITED NATIONS-WORLD FOOD PROGRAMME (2010). *United Republic of Tanzania Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis*. ODXF Food Security Analysis Service.