



Antropología del sufrimiento dental: una aproximación teórica al dolor, trauma, miedo y vergüenza

Anthropology of dental suffering: A theoretical approach to pain, trauma, fear, and shame

Roberto Narváez-Collaguazo¹  

¹ Universidad Tecnológica Equinoccial - ECUADOR

DOI: <https://doi.org/10.26807/raci.V31.2025.366> | Páginas: 57-73

Fecha de envío: 22-10-2025 | Fecha de aceptación: 27-10-2025 | Fecha de publicación: 31-12-2025

Resumen

Este artículo analiza la crisis epistemológica de la odontología en Ecuador, donde el modelo biomédico hegemónico ha ignorado las dimensiones culturales del sufrimiento bucal. El dolor, el trauma y la vergüenza emergen como fenómenos complejos que trascienden lo biológico. Se examina cómo las construcciones de género, clase y etnicidad configuran estas experiencias: los mandatos de masculinidad normalizan el silencio ante el dolor, la pobreza estigmatiza las condiciones bucales como “fracaso personal”, y las cosmovisiones indígenas ofrecen lecturas alternativas del sufrimiento. El trauma dental, transmitido de forma intergeneracional como memoria corporal, se ve agravado por prácticas clínicas autoritarias y por la imposición de estándares estéticos eurocéntricos que convierten la sonrisa en capital social excluyente.

Desde la bioética narrativa, se propone descolonizar la práctica odontológica mediante herramientas interculturales: historias de vida en el diagnóstico, lenguaje clínico no violento, creación de rituales para el manejo del miedo y reformas curriculares que incluyen rotaciones comunitarias. Estas transformaciones enfrentan barreras estructurales, como la resistencia institucional y la mercantilización neoliberal de la salud bucal.

Concluimos que humanizar la odontología requiere más que sensibilidad cultural: exige reconocer el sufrimiento bucal como expresión de desigualdades estructurales y avanzar hacia una práctica genuinamente intercultural que restituya la dignidad de pacientes históricamente invisibilizados.

Palabras clave: antropología médica, dolor dental, interculturalidad, bioética narrativa, desigualdad en salud.

Abstract

This article examines the epistemological crisis within dentistry in Ecuador, where the hegemonic biomedical model has systematically overlooked the cultural dimensions of oral suffering. Pain, trauma, and shame emerge as complex phenomena that extend beyond biological aspects. The article analyzes how gender, class, and ethnicity shape these experiences: hegemonic masculinities normalize silence in the face of pain, poverty stigmatizes oral conditions as “personal failure,” and Indigenous cosmovisions offer alternative interpretations of suffering. Dental trauma, transmitted intergenerationally as bodily memory, is exacerbated by authoritarian clinical practices and the

imposition of Eurocentric aesthetic standards that transform the smile into a form of exclusive social capital.

Drawing on narrative bioethics, we propose decolonizing dental practice through intercultural tools: life histories in diagnosis, non-violent clinical language, the creation of rituals for fear management, and curricular reforms that include community rotations. These transformations face structural barriers, such as institutional resistance and the neoliberal commodification of oral health.

We conclude that humanizing dentistry requires more than cultural sensitivity: it demands recognizing oral suffering as an expression of structural inequalities and advancing toward a genuinely intercultural practice that restores the dignity of historically marginalized patients.

Keywords: medical anthropology, dental pain, interculturality, narrative bioethics, health inequality.

Introducción

La práctica odontológica en Ecuador enfrenta una profunda contradicción epistemológica que revela los límites del modelo biomédico hegemónico en contextos interculturales. Anclada en paradigmas universalistas y biologicistas, la odontología contemporánea ha generado una brecha insalvable entre los saberes técnicos especializados y las experiencias culturalmente situadas del sufrimiento bucal.

En Ecuador, la odontología opera bajo un paradigma reduccionista que se limita a una atención de respuesta al dolor y de medicalización del sufrimiento bucal, ignorando sus circunstancias, contexto y significados culturales profundos. Esta mirada estrecha ha derivado en tres problemáticas fundamentales: primero, la invalidación sistemática de las experiencias subjetivas del dolor, convertido en mero síntoma cuantificable (Kleinman, 1988); segundo, el ejercicio de prácticas clínicas traumatizantes y retraumatizantes, por las mismas características de la atención; y tercero, la reproducción de desigualdades estructurales en el acceso a servicios de salud bucal, donde factores como etnicidad, género y clase social determinan diferencias abismales en calidad de atención (Breilh, 2013). Estas problemáticas exigen un abordaje interdisciplinario que combine los aportes de la antropología médica crítica, los estudios culturales del dolor y la bioética narrativa.

Este artículo integra sistemáticamente los conceptos de dolor, sufrimiento, trauma y vergüenza al análisis de la atención odontológica, proponiendo un giro antropológico que centra las experiencias de los pacientes como fundamento para una práctica clínica ética e intercultural.

Nuestro análisis emerge de manera particular en el marco de la difusión académica en la cátedra de Antropología sociocultural e Historia de la Odontología que el autor imparte en la Universidad UTE de Quito desde 2024, donde el diálogo constante con estudiantes de odontología ha permitido analizar las tensiones entre el paradigma técnico-clínico y las realidades socioculturales de los pacientes.

Los objetivos de este trabajo, que reflejan el proceso de construcción colectiva de conocimiento en actividades en el aula, y se articulan en tres niveles analíticos: el primero, la deconstrucción del paradigma biomédico que ha sido particularmente debatido en clases a través del análisis crítico de casos y del análisis de la realidad intercultural que los estudiantes llevan a cabo. El segundo objetivo,

analizar las dimensiones culturales del sufrimiento, desde una perspectiva comparativa y analítica con eventos de dolor propios. El tercer objetivo, proponer lineamientos interculturales, como resultado de mesas de trabajo donde conjugamos teoría antropológica con experiencias clínicas concretas.

Nuestro marco teórico se sustenta en tres pilares conceptuales de la antropología médica; el primero concibe el dolor como experiencia encarnada mediada por factores como género, donde las construcciones hegemónicas de masculinidad inhiben la expresión del sufrimiento, además, el acceso diferencial a atención odontológica, e interculturalidad y saberes tradicionales sobre manejo del dolor. El segundo pilar analiza el trauma dental como construcción social que se transmite de manera intergeneracional a través de memorias corporales (Das, 2007), prácticas clínicas autoritarias y ausencia de consentimiento informado culturalmente adaptado, entre otras. El tercer pilar examina la vergüenza como mecanismo de exclusión que opera mediante la estigmatización de condiciones bucales, la cosificación de la sonrisa como capital social (Bourdieu, 1979) y la culpabilización individual de los pacientes por sus padecimientos.

Metodológicamente, nos inspiramos en el enfoque de bioética narrativa (Charon, 2006) para proponer varias líneas de acción transformadoras, como la de una reforma curricular en la formación odontológica que incorpore: antropología médica crítica, talleres de comunicación intercultural y análisis sistemático de narrativas de sufrimiento; otra que desarrolle protocolos clínicos interculturales con consentimiento informado culturalmente adaptado, espacios rituales para el manejo del miedo y participación activa de terapeutas tradicionales en procesos de atención. Por último, promover investigaciones acción participativa mediante: etnografías críticas, cartografías sociales del sufrimiento bucal y diseño colaborativo de intervenciones con comunidades históricamente excluidas.

La implementación de este enfoque enfrenta importantes desafíos que serán analizados críticamente en nuestra discusión, como la resistencia institucional al cambio, las tensiones epistemológicas entre saberes tradicionales y conocimiento biomédico hegemónico (Menéndez, 2005), o la existencia de desigualdades estructurales que perpetúan inequidades en salud bucal, particularmente en contextos rurales e indígenas.

Este artículo pretende contribuir al emergente campo de la antropología odontológica en Ecuador, ofreciendo tanto un marco analítico riguroso como propuestas concretas para humanizar la práctica clínica. Aspiramos a que este trabajo incentive reflexiones y prácticas transformadoras que acerquen la odontología a su misión social, particularmente en un país plurinacional, donde la interculturalidad en salud sigue siendo más un discurso que una realidad.

Construcciones culturales del sufrimiento bucal

Dolor como experiencia personal y social

La realidad sociocultural particular constriñe las formas de expresión del dolor, y es allí donde este trasciende su dimensión fisiológica para constituirse en una experiencia profundamente encarnada y culturalmente mediada. Desde la antropología médica, autores proponen el concepto de *embodiment* para entender cómo el cuerpo no es simplemente un objeto biológico, sino un

fenómeno existencial que se constituye a través de la experiencia culturalmente situada (Csordas, 1993). Un aporte importante desde un enfoque antropológico respecto al dolor, ha sido desarrollado por Le Breton (1995), quien describe al mismo como la experiencia dolorosa que se inscribe en un continuum entre lo somático y lo social, desbordando los marcos puramente biomédicos. Para este autor:

La manera en que el hombre se apropia de la cultura, de unos valores que son los suyos, de su relación con el mundo, suponen un entramado decisivo para su aprehensión. Porque el dolor es, en primer lugar, un hecho situacional. La experiencia nos muestra, por ejemplo, la importancia del miedo, incluso del puramente profesional, para el alivio y la tranquilidad del enfermo. (Le Breton, 1995, p. 9).

En el contexto ecuatoriano, esta perspectiva se enriquece con los aportes de Rivas (2022) quien analiza los sistemas médicos hegemónicos como transformadores del dolor en un dispositivo de control corporal, en un marco de ejercicio de biopolítica del sufrimiento. Esta dinámica adquiere matices particulares cuando analizamos cómo el modelo flexneriano descrito por Trujillo (2025) en un proceso de investigación desarrollado en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que identifica cómo el énfasis en la especialización y fragmentación del cuerpo, ha medicalizado el sufrimiento, despojándolo de sus significados culturales; esto implica, en lo particular, reconocer que el dolor dental no se experimenta de manera universal, sino a través de complejos filtros culturales que dan forma a su percepción, expresión y significación. Así, las narrativas del sufrimiento bucal revelan no solo una condición patológica, sino todo un entramado de significados sociales.

Las construcciones de género emergen también como un factor determinante en esta experiencia encarnada del dolor. Y es que las masculinidades hegemónicas frecuentemente normalizan la resistencia al dolor como demostración de fortaleza, lo que se traduce en pacientes varones que postergan tratamientos o minimizan sus síntomas (Kleinman, 1988). Por el contrario, en los roles femeninos tradicionales se permite mayor expresión del sufrimiento, aunque esto puede derivar en una medicalización excesiva (Lock & Nguyen, 2010). Esta diferencia se evidencia en análisis desarrollados en aula, donde la participación de los estudiantes señala que los hombres suelen describir el dolor dental con metáforas bélicas (“aguanté como soldado”), o desde una masculinidad violenta (“aguanta como varón”), mientras las mujeres emplean términos que aluden a vulnerabilidad (“me sentí desprotegida”), de la misma manera como expresiones de un contexto social y cultural (Viteri et al., 2017).

La clase social constituye otro eje fundamental en la configuración cultural del sufrimiento bucal, y es que las desigualdades estructurales transforman la experiencia del dolor, que en contextos de pobreza suele asociarse con castigo o fracaso personal (Farmer, 2003). El análisis desarrollado en aula, indica como común encontrar pacientes que relacionan sus problemas dentales o su acercamiento a experiencias de dolor dental con su condición socioeconómica (“esto me pasa por pobre”), internalizando así un discurso que vincula salud bucal y dolor con estatus social. Esta percepción contrasta con la de clases medias-altas, donde el dolor dental se interpreta más bien como un obstáculo técnico superable mediante recursos económicos, ya sea con acceso a medicamentos o a

atenciones oportunas.

La intersección entre etnicidad y dolor revela aún mayor complejidad. Entre pueblos indígenas, por su parte, el sufrimiento bucal frecuentemente se entiende dentro de cosmovisiones holísticas donde lo físico y lo espiritual se entrelazan. El concepto de *llaqui* (dolor en kichwa) ayuda a comprender cómo el dolor dental puede interpretarse como manifestación de desarmonías que trascienden lo meramente orgánico. Estas diferencias epistemológicas plantean importantes desafíos a la odontología convencional, que suele operar bajo paradigmas biologicistas incapaces de captar estas dimensiones culturales del sufrimiento.

El lenguaje mismo del dolor revela su naturaleza culturalmente construida. En casos identificados, las metáforas utilizadas para describir experiencias dolorosas varían significativamente entre grupos culturales (Good, 2003). Mientras pacientes jóvenes urbanos pueden describir una caries como “un hueco por comer dulce” o “me rompí una muela”, comunidades emplean frecuentemente analogías cercanas a su realidad “surco”, “hueco”, reflejando así sus contextos vitales (Cardoso de Oliveira, 1996). Estas diferencias lingüísticas no son meramente anecdóticas, sino que señalan distintos modos de experimentar y significar el sufrimiento bucal, pero también destacan una relación con el entorno.

El sufrimiento bucal adquiere significados particulares cuando se analiza a través del lente de las cosmovisiones religiosas predominantes en Ecuador, donde la visión católica vincula el dolor y en el caso particular el dolor dental dentro del marco de práctica teológica que vincula sufrimiento con redención (Menéndez, 2005), siguiendo la tradición religiosa de la población practicante que tiende a comparar la vida diaria con las enseñanzas bíblicas, aplicándolas a su existencia, en una reflexión sobre la naturaleza y el propósito de Dios en su vida cotidiana: “completar en la carne lo que falta a los padecimientos de Cristo” (Biblia, Colosenses 1:24). Esta perspectiva se manifiesta en narrativas que se expresaron en las discusiones colectivas en aula, que describían el dolor como “castigo por las culpas” o “prueba que Dios envía”, lo que expone la persistencia de la religiosidad popular y su fuerte influencia. La problemática surge de que estas interpretaciones pueden llevar a la resignación pasiva ante problemas dentales, retrasando la búsqueda de tratamiento profesional.

Por otro lado, la asociación entre salud bucal y pureza moral, derivada de lecturas alegóricas de textos bíblicos sobre la boca como órgano de verdad y pecado (Biblia, Mateo 15:11), genera en algunos grupos la percepción de que las enfermedades dentales reflejan fallas espirituales. Estas concepciones, aunque no forman parte del dogma católico oficial, emergen del sincretismo entre enseñanzas eclesíásticas y saberes populares, configurando experiencias del dolor donde lo físico y lo moral se entrelazan inextricablemente (García Canclini, 2005).

Además, la experiencia encarnada del dolor dental debe entenderse como proceso dinámico y relacional. El sufrimiento ha sido planteado como una manifestación que nunca es puramente individual, sino que se teje en redes de significación compartidas, y esto es frecuente en sociedades con principios comunitarios (Le Breton, 1995). Además, en el contexto de análisis, esto se manifiesta en cómo las narrativas familiares sobre experiencias odontológicas (“a mi abuelo le sacaron las muelas sin anestesia”) moldean las expectativas y percepciones del dolor en generaciones posteriores, creando verdaderas genealogías del sufrimiento bucal que la antropología médica está llamada a explorar.

Trauma dental y memoria corporal

El trauma dental constituye un fenómeno psicosocial complejo que trasciende la mera experiencia clínica para inscribirse en la memoria corporal de los individuos y comunidades. Desde la antropología médica, el concepto de “memoria encarnada” (Connerton, 1989) nos permite comprender cómo las experiencias dolorosas en la infancia se graban no solo en la psique, sino en el propio cuerpo, generando respuestas fisiológicas y emocionales automáticas ante estímulos similares en la vida adulta. Así, es frecuente la asociación de dolor o reacciones ante sonidos, como los de las turbinas utilizadas en atención odontológica, que remiten a memorias pasadas y las vinculan con sensaciones. A este tipo de relación se lo conoce como un proceso de sedimentación corporal del trauma (Young, 1995), donde el consultorio dental se transforma en un espacio cargado de significados amenazantes que activan mecanismos de evitación profundamente arraigados, incidiendo también en la brecha en la atención odontológica oportuna.

La violencia simbólica ejercida a través de prácticas y discursos médicos autoritarios (Bourdieu, 1998) desempeña un papel crucial en la configuración de estos traumas dentales. El lenguaje clínico que objetualiza al paciente (“prepárenlo para la extracción”), la invalidación del dolor (“no puede doler, ya está anestesiado”) y la negación de agencia (“quédese quieto y no se queje”) constituyen formas de violencia estructural que generan la visión médica hegemónica construye supremacías médicas sobre cuerpos dóciles (Scheper-Hughes & Lock, 1987). Estas formas de violencia cotidianas en el espacio odontológico se internalizan como marcas corporales que condicionan futuras interacciones con los servicios de salud bucal.

De esta manera, existen indicios de la transmisión intergeneracional del miedo al dentista, como una expresión de una dimensión colectiva y cultural del trauma dental. Los relatos familiares sobre experiencias dolorosas (“en mi época no había anestesia”) funcionan como narrativas performativas que actualizan el trauma en cada repetición (Das, 2007). Con ello, se construye una pedagogía del sufrimiento desde la vivencia de la violencia cotidiana (Fassin, 2008) que configura verdaderas genealogías del miedo dental que se transmiten entre generaciones, lo que normaliza la evasión de la odontología preventiva.

Las experiencias traumáticas se incorporan como disposiciones corporales duraderas, y se manifiestan en tensión muscular, sudoración y taquicardia, que muchos pacientes experimentan al ingresar a un consultorio odontológico, y no son simples respuestas fisiológicas, sino la manifestación corporal de un trauma culturalmente mediado. Estas reacciones reflejan lo que Csordas (1993) denomina modelos somáticos de atención, formas culturalmente específicas de atender y responder a estímulos potencialmente amenazantes.

Ante ello, la bioética del dolor propuesta por Le Breton (1995) ofrece herramientas cruciales para abordar este trauma desde una perspectiva decolonial. Su enfoque coincide con las observaciones de Trujillo et al. (2025) sobre la necesidad de un modelo biopsicosocial en salud, que en el caso odontológico implicaría: reconocer las dimensiones históricas del trauma, en este caso dental, incorporar saberes tradicionales sobre manejo del dolor, y desarrollar protocolos clínicos que eviten la reexperimentación de un trauma pasado; es decir el ejercicio de una atención humanizada y humanizante.

Desde una perspectiva decolonial, es crucial reconocer que el trauma dental en nuestro contexto, Ecuador, está marcado por jerarquías étnicas y colonialidades del poder (Quijano, 2020). Las experiencias de pacientes de diversidad cultural en servicios de salud públicos y privados frecuentemente replican estructuras de dominación colonial, donde el dolor dental se intersecta con discriminación lingüística y cultural. Esta interseccionalidad del trauma requiere aproximaciones analíticas que consideren tanto las dimensiones psicológicas individuales como las estructuras sociales que las producen y mantienen (Kirmayer et al., 2007).

Otro de los parámetros considerados para este análisis, se relaciona con los parámetros socioculturales de belleza dental, que ejercen una poderosa influencia en la construcción del sufrimiento bucal contemporáneo. En la sociedad moderna, la sonrisa se ha convertido en un capital social simbólico que refleja y reproduce desigualdades sociales, construyendo una visión de cuerpos dóciles, cuerpos adaptados a las exigencias sociales (Bourdieu, 1998). Los estándares globalizados de “sonrisa perfecta”, promovidos por la industria cosmética dental y los medios masivos (Mamani et al., 2018), generan nuevas formas de trauma cuando los pacientes no pueden alcanzar estos ideales estéticos.

Para el caso de Ecuador, donde el acceso a ortodoncia y prótesis estéticas sigue siendo limitado para amplios sectores populares, esta brecha entre el ideal y la realidad corporal produce lo que Goffman (2022) denominaría “identidades deterioradas”, particularmente en adolescentes y jóvenes adultos que internalizan estos estándares como mandatos sociales ineludibles.

La intersección entre estética dental, estigma y sufrimiento se manifiesta con particular crudeza en poblaciones indígenas y mestizas rurales. En comunidades andinas, es frecuente identificar la pérdida prematura de piezas dentales, asociada en muchos casos con pobreza y falta de acceso a cuidados preventivos, lo cual no solo implica problemas funcionales, sino que vulnera profundamente la autoestima al confrontarse con los patrones hegemónicos de belleza. La antropología visual ha demostrado cómo estos complejos dentales se traducen en prácticas de ocultamiento (sonrisas con la mano, evitación de fotografías o limitar espacios de socialización) que refuerzan circuitos de exclusión social, configurando así lo que podríamos denominar una “cultura del silencio bucal” donde convergen trauma, estigma y desigualdad estructural.

Vergüenza como barrera cultural

La boca constituye una frontera simbólica entre lo íntimo y lo social, un espacio cargado de significados culturales que trascienden su función biológica. Desde la antropología médica, podemos analizar cómo este órgano se convierte en locus de vergüenza cuando no cumple con los estándares sociales de salud y estética. Como señala Douglas (1966) en su análisis sobre la pureza y el peligro, la boca, al igual que otras “zonas liminales del cuerpo”, es particularmente susceptible a generar sentimientos de vergüenza cuando transgrede las normas culturales de presentación corporal. Esta vulnerabilidad se acentúa en el contexto odontológico, donde el paciente debe exponer este espacio íntimo a la mirada y manipulación de un profesional.

El estigma asociado a las enfermedades bucales opera frecuentemente bajo una lógica de culpabilización individual que medicaliza las condiciones sociales. La caries dental es percibida no

solo como una patología, sino como un marcador de “falla moral” vinculada a hábitos de higiene deficientes. Esta narrativa dominante ignora los determinantes sociales de la salud bucal, como el acceso desigual a agua limpia, educación nutricional o atención preventiva, y genera lo que García Hernández & Alvear Galindo (2020) denomina violencia estructural medicalizada. En comunidades urbanas el análisis colectivo realizado, muestran cómo madres de familia experimentan profunda vergüenza cuando sus hijos presentan caries, interpretándolo como reflejo de su mala maternidad, evidenciando así la internalización de estos discursos biomédicos moralizantes.

En la sociedad occidental, la sonrisa funciona como un capital social que media en las relaciones de poder cotidianas. Su valor simbólico varía según el campo social: mientras en contextos urbanos se privilegia la sonrisa “perfecta” (blanca, alineada), en otros espacios sociales pueden valorarse diferentes configuraciones dentales. Sin embargo, la globalización de estándares estéticos ha homogenizado progresivamente estos ideales, generando incluso una exclusión sonriente, un mecanismo mediante el cual las desigualdades en salud bucal se traducen en barreras para la movilidad social. Este fenómeno es particularmente evidente en las relaciones sociales, e incluso laborales, cuando estas pueden vincularse con oportunidades laborales se ven frecuentemente limitadas por condiciones dentales estigmatizadas.

La vergüenza dental adquiere matices particulares en contextos interculturales. Entre pueblos indígenas ecuatorianos, donde tradicionalmente existían concepciones alternativas de salud bucal, la imposición de estándares biomédicos ha generado lo que Walsh (2012) denomina una colonialidad que atraviesa las relaciones sociales, y en este caso, que incide en el ámbito de la salud y salud bucal. Así, puede identificarse una relación entre la vergüenza, y cómo esta opera como mecanismo de aculturación y control social.

Desde la perspectiva de la antropología médica crítica, es fundamental desnaturalizar estas emociones aparentemente individuales para revelar sus fundamentos socioculturales, de manera que se entienda la vergüenza dental como sufrimiento socialmente mediado; producto de intersecciones entre desigualdades estructurales, discursos médicos moralizantes y dinámicas de exclusión cultural.

Por ello, se requiere una comprensión holística que podrá desarrollar prácticas odontológicas verdaderamente interculturales que transformen la vergüenza en agencia, reconociendo la diversidad de significados y valores que diferentes grupos culturales atribuyen a la salud bucal.

La figura del odontólogo en el imaginario popular

Representaciones sociales

La construcción social del odontólogo como figura de autoridad médica revela profundas contradicciones culturales que merecen un análisis antropológico riguroso. En su estudio sobre las narrativas médicas, la práctica médica construye representaciones en la sociedad (Good, 2003), la representación del dentista oscila entre el arquetipo del sanador y la del verdugo, dualidad que se manifiesta en expresiones populares como “sacamuelas” o “arregla sonrisas”. Esta ambivalencia refleja lo que Turner (1980) conceptualiza como “liminalidad profesional”, donde el odontólogo ocupa un espacio liminar entre el alivio del dolor y su inevitable provocación durante los tratamientos.

En el contexto ecuatoriano, esta paradoja se intensifica por las desigualdades estructurales que condicionan el acceso a servicios de calidad.

La asimetría de poder en la relación clínica odontológica constituye un fenómeno complejo que trasciende la mera diferencia de conocimientos técnicos. Siguiendo a Foucault (2004) en su análisis de la clínica como espacio de poder, el sillón dental se transforma en un microcosmos donde se reproducen jerarquías sociales más amplias. El paciente, en posición supina y con la boca imposibilitada para hablar, encarna literalmente lo que Bourdieu (1998) denomina “violencia simbólica”: una dominación que no se percibe como tal porque se ha naturalizado. Esta dinámica adquiere matices particulares en Ecuador, donde las diferencias étnicas y de clase entre profesionales y pacientes frecuentemente refuerzan estas asimetrías (De Sousa Santos, 2010; Díaz Polanco, 1981).

La desconfianza hacia los sistemas públicos de salud dental contrasta marcadamente con la creciente mercantilización de la odontología privada, fenómeno que requiere una lectura desde la economía política de la salud. En relación con la manifestación actual de la prestación de los servicios de salud, la neoliberalización de esta prestación de salud transforma al paciente en cliente y al tratamiento en mercancía (Breilh, 2023). En Ecuador, esta transición ha generado dos condiciones de atención; por un lado, una atención pública precarizada, con pocos recursos, insumos y asociadas a experiencias traumáticas; por otro, consultorios privados que ofrecen “sonrisas de diseño” como bienes de consumo suntuario (Le Bretón, 2004). Esta bifurcación reproduce y amplifica las desigualdades sociales existentes. En un espacio intermedio se encuentran los centros de atención privada prestadores de salud dental, a entidades como el seguro social, en donde la atención se dirige a lograr mayor número de atenciones (Canchari, 2018; Murillo & Morales, 2018) en el sentido de un interés por ingresos que puedan ser reportados para reembolso de la entidad de aseguramiento público.

Como se mencionó, las representaciones populares del odontólogo como figura temible tienen raíces históricas profundas que la antropología médica puede deconstruir. Como muestra la historia, las generaciones mayores asociaban al dentista con el “sacamuelas”, figura que operaba más como artesano del dolor que como profesional sanitario. Estas representaciones persisten en el imaginario colectivo a través de una memoria corporal, que se transmite de forma intergeneracional a pesar de los avances tecnológicos y éticos en la profesión odontológica; y es que el susto, el miedo, el trauma y la vergüenza se construyen y reconstruyen en un entorno social.

Desde la perspectiva de la medicina narrativa, estas representaciones sociales no son meras distorsiones cognitivas, sino construcciones culturales cargadas de significado que deben ser entendidas y abordadas en la práctica clínica (Charon, 2006). Las metáforas bélicas (“combatir las caries”), los eufemismos (“molestia” por dolor) y los silencios cómplices en la comunicación clínica revelan lo que Kleinman (1988) identifica como modelos explicativos en conflicto entre profesionales y pacientes. Una odontología culturalmente sensible requiere reconocer y trabajar con estas narrativas populares, no contra ellas.

Finalmente, la antropología médica crítica nos invita a cuestionar los fundamentos epistemológicos de estas representaciones, el modelo médico hegemónico genera sus propias resistencias culturales, que se manifiestan en estas imágenes ambivalentes del profesional de salud.

En Ecuador, se identifica la persistencia de sistemas tradicionales para el manejo del dolor bucal y la desconfianza hacia la odontología formal no deben leerse como simple ignorancia. Desde una mirada antropológica, estas prácticas pueden interpretarse como formas de resistencia cultural cotidiana. Esta resistencia se dirige contra la imposición de un modelo biomédico hegemónico que prioriza la condición médica abstracta del paciente por sobre sus sensibilidades humanas y contextos culturales. Este modelo biomédico, al centrarse exclusivamente en la patología, suele marginar las dimensiones humanas del padecimiento: el dolor subjetivo, el contexto social y la necesidad de un trato empático. Ahí es cuando dicha resistencia adquiere especial relevancia en una sociedad como la ecuatoriana, caracterizada por la expresividad y la centralidad de las relaciones interpersonales cercanas, aspectos que el modelo formal frecuentemente deja de lado.

Antropología de las emociones en la consulta

El miedo en el contexto odontológico representa mucho más que una simple respuesta fisiológica; constituye una emoción culturalmente mediada que debe analizarse desde su doble dimensión epistemológica. En su antropología de las emociones, Lutz (1988) argumenta que las emociones no son universales, biológicas o puramente individuales, sino profundamente construidas social y culturalmente. Desde esta perspectiva, la medicina occidental comete un error al tratar las emociones como entidades biomédicas discretas y disfuncionales que deben ser gestionadas o medicadas

En odontología, el temor al dentista oscila entre el miedo a lo desconocido (en pacientes sin experiencia previa) y el terror a lo conocido (en quienes han vivido procedimientos traumáticos o ha escuchado de los mismo). La conceptualización del consultorio dental como un “espacio de muerte simbólica” revela su naturaleza dual y liminal. Este ámbito se erige como un *limen* o umbral crítico donde se desdibujan las fronteras entre lo cotidiano y lo excepcional, lo familiar y lo profundamente amenazante. Dentro de este espacio ritualizado, el paciente experimenta una disolución temporal de su identidad y autonomía, sometiénose a una autoridad experta que opera en la intimidad de su cuerpo, suele desencadenar una vulnerabilidad existencial.

En el contexto sociocultural ecuatoriano, esta experiencia de muerte simbólica se intensifica y adquiere matices particulares. La ansiedad dental no es únicamente una respuesta individual, sino que está socialmente construida y amplificada por narrativas populares persistentes. Estas narrativas, transmitidas de forma intergeneracional tanto en comunidades urbanas como rurales, caricaturizan y refuerzan la figura del odontólogo no solo como un sanador, sino también como un agente sancionador y castigador. Esta representación cultural, arraigada en la memoria colectiva, transforma la práctica clínica en un encuentro cargado de significados que trascienden lo meramente médico, explicando en parte la desconfianza y la evitación de los servicios odontológicos formales.

La vergüenza corporal durante procedimientos invasivos revela la intersección entre emociones, cultura y relaciones de poder en el espacio clínico. En este contexto, las posiciones del cuerpo, la boca abierta y expuesta representa una “apertura corporal” que vulnera normas culturales de privacidad y decoro (Scheper-Hughes, 1992), particularmente en sociedades donde la cavidad oral tiene fuertes connotaciones sexuales o morales. Esta vergüenza se intensifica cuando existen diferencias de género, clase o etnia entre profesional y paciente, generando lo que se señaló como “cuerpos

vergonzantes”, sujetos que experimentan su corporalidad como defectuosa o inaceptable según estándares hegemónicos. Este fenómeno explica por qué muchos pacientes postergan tratamientos necesarios, priorizando la preservación de su individualidad, dignidad sobre su salud bucal.

La forma en que manejamos las emociones dentro del consultorio es un desafío mucho más profundo de lo que parece. La odontología convencional suele ver emociones como el miedo, la vergüenza o la rabia como un problema a eliminar, algo que interfiere con el tratamiento. Sin embargo, desde una mirada antropológica, estas emociones no son un estorbo, sino una respuesta comprensible y cargada de significado (Le Breton, 1995; Trujillo, 2025). Son, como bien se ha dicho, una forma que tiene el cuerpo de hablar, de expresar malestares que a veces son personales y otras veces reflejan tensiones sociales más amplias.

Por ello, repensar la consulta odontológica significa dejar de intentar silenciar estas emociones para empezar a escucharlas. El desafío es convertir el espacio clínico en un escenario de encuentro humano, donde el miedo o la desconfianza del paciente no se medicalicen, sino que se acojan como una pieza clave para entender su experiencia, y desde allí iniciar un manejo que incluya también las emociones. Solo así, integrando esta escucha sensible, la odontología puede volverse un acto de cuidado no solo técnico, sino profundamente humano y culturalmente conectado con la realidad de quien solicita ayuda.

Bioética narrativa para una odontología intercultural y descolonizadora de la práctica clínica

Acceso a cuidados culturalmente pertinentes

La bioética es un paradigma fundamental para repensar la atención odontológica desde una perspectiva intercultural y decolonial. Este enfoque, que integra los aportes de la antropología médica crítica, cuestiona la aplicación universalista de los principios bioéticos tradicionales en contextos marcados por profundas asimetrías sociales y culturales. El principio de autonomía, entendido clásicamente como capacidad individual de decisión, requiere ser replanteado a través de la autonomía relacional, particularmente en sociedades como la ecuatoriana donde muchas comunidades indígenas y campesinas toman decisiones de salud de manera familiar y colectiva. Un consentimiento informado verdaderamente intercultural debería incorporar no solo la traducción lingüística (Trujillo Montalvo & Narváez Collaguazo, 2021) sino la mediación cosmológica, reconociendo que conceptos como riesgo o beneficio poseen significados radicalmente distintos en diferentes sistemas médicos.

La no maleficencia adquiere dimensiones particulares cuando se analiza desde la intersección entre trauma histórico y prácticas odontológicas contemporáneas; ciertos procedimientos dentales (especialmente aquellos que implican inmovilización o invasión de la cavidad bucal) pueden reactivar memorias corporales de tortura o abuso. Esta perspectiva exige comprender el dolor dental no como fenómeno aislado sino como parte de constelaciones más amplias de sufrimiento social. La bioética narrativa propone transformar el espacio clínico en un terreno moral, donde el profesional desarrolle competencias para reconocer e interpretar estas historias de trauma sin reducirlas a meras patologías individuales, pero sobre todo para manejarlas.

En el contexto ecuatoriano, esto implica reconocer que el acceso a cuidados “culturalmente pertinentes” va más allá de la mera disponibilidad geográfica de servicios, sino que exige, como señala Walsh (2012), una descolonización radical de los saberes, en lo particular, odontológicos.

La bioética narrativa, desde esta perspectiva, debe cuestionar la imposición de estándares estéticos dentales eurocéntricos, como el blanqueamiento dental, y la determinación de qué cuerpos y qué sonrisas son consideradas normales o deseables en diferentes contextos culturales.

La dimensión de género introduce capas adicionales de complejidad a este análisis bioético. Los procedimientos dentales frecuentemente reactivan experiencias de violencia gineco-obstétrica, en el caso de mujeres, particularmente cuando son realizados por profesionales varones. Esta intersección entre trauma ginecológico y dental revela la necesidad de protocolos clínicos con perspectiva de género que reconozcan estas conexiones corporales (Cabral & Samudio, 2005; Segato, 2013; Viteri et al., 2017).

En el mismo sentido, los hombres enfrentan sus propias barreras culturales al buscar atención odontológica, producto de mandatos de masculinidad que asocian la resistencia al dolor con virilidad, evidenciando cómo el género estructura diferencialmente las experiencias de salud bucal.

La implementación de esta odontología intercultural basada en bioética narrativa exige transformaciones estructurales profundas. Como plantea Breilh (2013), no basta con incorporar elementos culturales a prácticas clínicas que siguen siendo fundamentalmente coloniales. Se requiere, siguiendo a Walsh (2012), una interculturalidad crítica que cuestione las bases mismas del conocimiento odontológico hegemónico. Esto implica desvincular la práctica clínica de la matriz colonial del poder para construir alternativas verdaderamente plurinacionales e interculturales, pero sobre todo en un marco de un ejercicio de medicina humanista (Rivas Toledo, 2022; Trujillo, 2025).

Herramientas antropológicas

La incorporación de historias de vida en el proceso diagnóstico representa una innovación radical en la práctica odontológica, fundamentada en el enfoque narrativo de la medicina (Charon, 2006). Esta herramienta antropológica trasciende el modelo clínico tradicional al reconocer que, como señala Kleinman (1988), el padecimiento no existe fuera de las historias que lo describen. En el contexto ecuatoriano, donde coexisten múltiples sistemas médicos, la recolección sistemática de narrativas biográficas permite identificar no solo la etiología de las condiciones bucales, sino sus significados culturales específicos.

El desarrollo de un lenguaje clínico no violento exige una deconstrucción antropológica de los discursos biomédicos hegemónicos. Ya desde los años 60, Foucault (1976) planteaba que el poder médico se ejerce en gran medida a través de regímenes discursivos que objetualizan el cuerpo del paciente. Frente a esto, proponemos una lingüística clínica intercultural, que incluye la sustitución de términos bélicos (“combatir la caries”) por metáforas de cuidado; de la misma manera, la eliminación de imperativos en la relación médico paciente (“debe”, “tiene que”) por formulaciones colaborativas que integren y empaticen la acción médica; por último, se identifica necesario la incorporación de

léxico culturalmente pertinente en los espacios de atención de salud.

La creación de espacios rituales para el manejo del miedo constituye otra herramienta clave, particularmente relevante en sociedades como la ecuatoriana donde persisten ricas tradiciones de medicina ritual. Como plantea Turner (1980) en su análisis de los ritos de paso, los procedimientos odontológicos pueden reestructurarse como rituales terapéuticos que ayuden a los pacientes a transitar simbólicamente del miedo al alivio. Esto implica, siguiendo a Menéndez (2005), reconocer la eficacia simbólica de prácticas, que en el caso de la atención a la diversidad cultural debe considerar marcos culturales particulares, como ceremonias, el uso de objetos de transición; o el diseño arquitectónico de consultorios que incorporen elementos culturalmente significativos; esto para espacios de relacionamiento intercultural.

Por su parte, para población mestiza, el manejo de un discurso de cuidado activo, la activación de acciones colaborativas, el trato empático, y un léxico de cuidado en los procedimientos vienen a ser acciones que integren al paciente a la atención, y rompan con una relación vinculada a procesos traumáticos pasados, de dolor o de subordinación.

Estas herramientas antropológicas deben complementarse con protocolos de formación profesional que, como sugiere Walsh (2012), descolonicen el conocimiento odontológico. Proponemos un modelo formativo que incluya el acercamiento a etnografías clínicas obligatorias, donde los estudiantes documenten y analicen narrativas de sufrimiento bucal en diferentes contextos culturales; talleres de simulación intercultural, con juegos de roles para representar pacientes de diversos orígenes, basados en conocimiento previo de la diversidad cultural; y rotaciones supervisadas para una relación con comunidades indígenas y afrodescendientes, y espacios de colaboración y coordinación con terapeutas tradicionales. De esta manera, una formación en salud, interactiva con la diversidad cultural, transforma significativamente las competencias interculturales de los futuros profesionales.

La implementación sistemática de estas herramientas requiere, sin embargo, superar importantes barreras institucionales. En general, el modelo neoliberal de atención en salud privilegia la eficiencia sobre la calidad humana de los cuidados. Frente a esto, proponemos como fundamental el desarrollo de procesos de investigación activa de los estudiantes, que permitan un acercamiento a la diversidad cultural y motiven unas dinámicas interculturales, donde se recojan historias de vida; se conozca de las particularidades culturales, y su relación con concepciones y percepciones sobre los espacios físicos; y la participación comunitaria en el desarrollo, diseño y validación de protocolos.

Estas propuestas concretas se enmarcan en lo que Breilh (2023) desarrolla como una epidemiología crítica del sufrimiento, que reconoce, en este caso, los determinantes sociales y culturales de la salud bucal. Su implementación progresiva en Ecuador podría transformar radicalmente la odontología, pasando de un modelo mecánico-reparador a una práctica genuinamente intercultural y centrada en las personas.

Es importante construir en los estudiantes un conocimiento alrededor de la diversidad cultural y la necesidad de manejar instrumentos para un relacionamiento intercultural, que se aplican con sensibilidad cultural y compromiso ético, para construir una nueva relación entre profesionales y

pacientes, basada en el respeto mutuo y la comprensión profunda de los significados culturales del sufrimiento bucal.

Además, la construcción de una comunicación asertiva y cercana en la práctica odontológica trasciende lo meramente instrumental para convertirse en un acto político-terapéutico fundamental. La escucha activa y la validación del dolor ajeno constituyen prácticas clínicas tan esenciales como cualquier procedimiento técnico. En el contexto ecuatoriano, marcado por profundas desigualdades en salud bucal, esta comunicación empática adquiere dimensiones reparadoras, permitiendo reconstruir la confianza en sistemas médicos históricamente excluyentes.

El odontólogo que reconoce verbalmente el sufrimiento (“entiendo que esto puede ser doloroso”), que explica procedimientos con metáforas culturalmente pertinentes y que respeta los tiempos emocionales del paciente, está ejerciendo una “praxis contrahegemónica”, una práctica que desmonta jerarquías tradicionales y humaniza la atención. Este enfoque comunicacional, cuando es auténtico y sistemático, transforma la consulta dental de espacio de temor a territorio de cuidado mutuo.

La dimensión social de la salud bucal sólo puede cumplirse mediante esta aproximación dialógica que centre las vivencias de los pacientes. Como argumenta Farmer (2003), la misión social de la medicina se concreta cuando el profesional logra “ver el sufrimiento y responder a él” de manera integral. En odontología, esto implica desarrollar lo que hemos denominado competencia narrativa intercultural, que viene a ser la capacidad para interpretar las historias de dolor bucal dentro de sus contextos socioculturales específicos y responder con protocolos clínicos que respeten tanto la evidencia científica como las cosmovisiones locales. De esta manera, se construye una comunicación clínica sensible no como un adorno humanista, sino como el cimiento mismo de una odontología socialmente relevante y culturalmente pertinente.

Conclusiones

La odontología en Ecuador enfrenta una crisis epistemológica que demanda un giro antropológico urgente. El modelo biomédico hegemónico, al reducir el dolor bucal a un mero síntoma cuantificable, ha invisibilizado su profunda dimensión cultural, social y política. Este artículo evidencia cómo el sufrimiento dental trasciende lo biológico para convertirse en una experiencia encarnada, es decir la vivencia del dolor, donde se interceptan jerarquías de género, como los mandatos de masculinidad que normalizan el silencio ante el dolor; desigualdades de clase, que vinculan caries con fracaso personal; y colonialismos persistentes, en la estigmatización de sonrisas en población diversa.

De la misma manera, lejos de ser una vivencia individual, el trauma dental se transmite en un sentido intergeneracional como memoria corporal, reforzado por prácticas clínicas autoritarias que reproducen las mismas violencias estructurales que pretenden curar. La vergüenza emerge, así como un mecanismo de exclusión perverso; al internalizar estándares eurocéntricos de belleza dental, los pacientes marginados convierten su boca en un territorio de silencio y autocensura, perpetuando círculos de evitación y desatención.

Frente a este panorama, la bioética narrativa se erige como herramienta decolonial imprescindible. Al centrar las historias de vida de los pacientes, especialmente aquellos históricamente vulnerabilizados, revela cómo el principio de autonomía debe redefinirse en contextos interculturales, donde las decisiones sobre salud son colectivas y están impregnadas de cosmovisiones no occidentales. Esto exige protocolos clínicos que reemplacen el lenguaje bélico y agresivo por metáforas de cuidado, incorporen rituales culturalmente pertinentes para manejar el miedo, y reconozcan la eficacia simbólica de prácticas tradicionales. Sin embargo, estas transformaciones chocan con barreras estructurales: desde currículos odontológicos que privilegian lo técnico sobre lo humano, hasta sistemas de salud neoliberalizados que mercantilizan la sonrisa como producto suntuario.

La antropología del dolor no es aquí un adorno teórico, sino un imperativo ético; demuestra que humanizar la odontología requiere más que "sensibilidad cultural": exige desmontar las colonialidades incrustadas en sus protocolos, desde el diseño de consultorios hasta los criterios de "normalidad" estética. Los análisis colectivos a los que se llegó en las discusiones se interpelaron a los estudiantes a repensar su rol social. El camino es claro: formar odontólogos con competencia narrativa para interpretar sufrimientos situados, y diseñar políticas públicas que reconozcan la salud bucal como derecho culturalmente mediado. Solo así la sonrisa dejará de ser un capital simbólico de privilegio para convertirse en testimonio de justicia epistémica y dignidad encarnada.

Referencias

- Bourdieu, P. (1979). *La distinción: Criterio y bases sociales del gusto*. Taurus.
- Bourdieu, P. (1998). *La dominación masculina*. Anagrama.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 13-27.
- Breilh, J. (2023). *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos*. Universidad Andina Simón Bolívar.
- Cabral, B. E., & Samudio, E. (2005). El género, una categoría de análisis crítico que nos cuenta otra historia. *Trocadero*, 17, 239-247.
- Canchari, A. (2018). Prevalencia, experiencia y significado de caries dentales en escolares de Cutervo, Perú. *Odontología Activa Revista Científica*, 3(2), 21-24.
- Cardoso de Oliveira, R. (1996). La antropología latinoamericana y la crisis de los modelos explicativos: Paradigmas y perspectivas. *Maguaré, Revista del Departamento de Antropología, Universidad Nacional de Colombia*, 11(12), 9-23.
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press.
- Csordas, T. (1993). *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge University Press.
- Das, V. (2007). *Life and Words: Violence and the Descent into the Ordinary*. University of California Press.
- De Sousa Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Trilce Extensión Universitaria.
- Díaz Polanco, H. (1981). Etnia, clase y cuestión nacional. *Cuadernos Políticos*, 30, 53-65.
- Douglas, M. (1966). *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*. Routledge.

- Farmer, P. (2003). *Pathologies of Power: Health, human rights, and the new war on the poor*. University of California Press.
- Fassin, D. (2008). *Faire de la santé publique*. Hors collection.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI.
- GarcíaHernández, H., & Alvear Galindo, G. (2020). Violencia en la formación médica. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 63(2), 46-55. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2020.63.2.07>
- Goffman, E. (2022). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Penguin Classics.
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia*. Edicions Bellaterra.
- Kirmayer, L., Lemelson, R., & Barad, M. (2007). *Understanding trauma: Integrating biological, clinical, and cultural perspectives*. Cambridge University Press.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.
- Le Breton, D. (1995). *Antropología del dolor*. Métailié.
- Le Bretón, D. (2004). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión.
- Lock, M., & Nguyen, V.-K. (2010). *An anthropology of biomedicine*. Editorial Offices.
- Lutz, C. (1988). *Unnatural emotions: Everyday sentiments on a Micronesian Atoll*. University of Chicago Press.
- Mamani, L., Mercado, S., Mercado, J., & Ríos, K. (2018). Parámetros estéticos y análisis de la sonrisa, *KIRU*, 1(15), 48-54.
- Menéndez, E. (2005). El modelo médico hegemónico: Transacciones y alternativas. *Salud Colectiva*, 1(1), 9-32.
- Murillo, Á., & Morales, C. (2018). Expectativa y percepción de calidad de atención odontológica en la comunidad del cantón Junín. *Revista San Gregorio*, 1(21), 66-73.
- Quijano, A. (2020). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En E. Lander (Ed.), *La colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 201-246). CLACSO.
- Rivas Toledo, A. (2022). Más allá de lo biomédico: Salud, enfermedad, atención y cuidado (un estudio de caso). En T. González R., C. Campo I., J. E. Juncosa B., F. García S. (eds.), *Antropologías hechas en Ecuador: El quehacer antropológico, volumen IV* (pp. 210-230). Asociación Latinoamericana de Antropología, Abya Yala, FLACSO.
- Scheper-Hughes, N. (1992). *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*. University of California Press.
- Scheper-Hughes, N., & Lock, M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41.
- Segato, R. (2013). *Indagaciones sobre violencia y género*. Focus. <http://www.alsurdetodo.com/?p=336>
- Trujillo Montalvo, P., & Narváez Collaguazo, R. (2021). Multiculturalismo y la subordinación de justicia indígena en Ecuador: El discurso seductor del otro. *Revista Sarance*, 47, 40-63.
- Trujillo, P. (2025). Experiencia Pontificia Universidad Católica del Ecuador. En A. Florencia & P. Junge (eds.), *Medicina humanista: Importancia e impacto de la educación y la formación médica con enfoque sociocultural*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Turner, V. (1980). Social dramas and stories about them. *Critical Inquiry*, 7(1), 141-168.

Viteri, M. A., Ceja, I., & Yépez, C. (2017). *Corpografías: Género y fronteras en América Latina*. FLACSO, IDRC/CRDI.

Walsh, C. (2012). *Interculturalidad crítica y (de)colonialidad*. Abya Yala.

Young, A. (1995). *The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton University Press.