



Si bien es cierto que la muerte aún calla muchos secretos, también lo es que éstos son cada vez menos y que....

.... la fría sonrisa de un esqueleto puede decir mucho más que mil palabras.

www.bdigital.ula.ve

en el profundo silencio de la eternidad

toda cultura pierde su valor si no es humanizada.....



Atribución - No Comercial - Compartir Igual 3.0 Venezuela
(CC BY - NC - SA 3.0 VE)



Universidad de Los Andes
Facultad de Humanidades y Educación
Maestría en Etnología

**LA PALEODONTOPATOLOGÍA A TRAVÉS
DE UN PRISMA ETNOLÓGICO:
ESTUDIO BASADO EN EVIDENCIAS
RECABADAS EN RESTOS HUMANOS DEL
“ANTIGUO CEMENTERIO” DE MUCUCHÍES
(1601 A 1873). MUNICIPIO RANGEL, ESTADO
MÉRIDA.**

Trabajo De Grado presentado ante la ilustre
Universidad de Los Andes como requisito
parcial para optar al título de Magister Scientiae
en Etnología Mención Ethnohistoria

Od. Lc. Canelón González Magaly

Tutor: MSc.PhD. García Sivoli Carlos
Facultad de Odontología

Mérida, 2011

Dedicado a

Isolda

mí hija,

*quien me enseña cada día,
el valor de la excelencia*

www.bdigital.ula.ve



AGRADECIMIENTOS

Nos tropezamos con muchas personas en el diario devenir pero sólo algunas que nos rozan de cerca, nos brindan tanto que dejan su huella, son esas las que contribuyen, apoyan, el modelar una idea que se plasma como resultado de largos días de investigación y estudio.

Cada uno un grano de arena en este jardín zen que es mi vida.

Por eso al cierre de esta etapa quiero expresar mi infinito agradecimiento al universo y a la vida por permitirme tener a mi lado seres tan especiales que hicieron posible este humilde aporte:

Mi familia:

Isolda, mi todo, por ser mi guía en el proceso de la investigación, mi consuelo en los momentos de crisis y mi compinche en los momentos de logros.

Doña Rosa, mi madre por su apoyo incondicional, paciencia y compañía.

Don Juan, mi padre, alimentador de mis sueños y siempre presente.

Mi hermano *Augusto*, y hermanas *Dalia* y *Moraima* por su incentivo y apoyo en todas mis "empresas".

María Cristina, hija y ánimo en la vida.

Y en el ambiente profesional agradecer a los que me brindaron ayuda, atención y apoyo:

Dr. Carlos García S., tutor y guía, *Yesica*, estudiante de Antropología, guía y consejera, *Dra. Jacqueline Clarac*, pilar de formación de esta maestría, *Lcda. Gladys Gordones*, canalizadora de ideas, *Lcdo. Antonio Niño*, maestro sin egoísmo, *Sra. Marielena Henríquez*, técnico en Conservación y Restauración bajo cuya tutela los restos se valoran como tesoros, *Monseñor Dr. Baltazar Porras*, por sus consejos, *Dra. Ana Hilda Duque*, por su gran incentivo y colaboración, *Yander, Elvis y Julio Rangel*, guías en mi trabajo de campo.

María Eugenia, amiga, por ser el columen de la paciencia.

A mi admirado *Rvdo. Fray Bartolomé Díaz*, personaje de la historia de Mucuchíes.

A mis amigos y colegas: *William G.*, *Carmen B.*, *Catalina T.*, *Mariely*, *Ana*, siempre presentes.

No puedo dejar de agradecer a mis *muy pacientes* por soportar mis ausencias.

Gracias!!!



ÍNDICE GENERAL

Introducción.....	1
Capítulo I	
A. Planteamiento del Problema.....	3
A.1.-Origen de la muestra	
A.2.-La muestra se trata como evidencia	
B. Delimitación de la investigación.....	10
B.1.-Espacio geográfico y temporal	
B.2.-Parámetros de la investigación	
C. Justificación del estudio.....	11
D. Objetivos.....	12
D.1.-Principal	
D.2.-Secundarios	
E. Trabajos referidos a la investigación.....	13
Capítulo II	
Marco de referencia.....	14
A.-Geográficos.....	16
B.-Históricos.....	20
C.-Etnohistóricos.....	27
D.-Arqueológicos.....	37
E.-Bioantropológico.....	43
E.1.-Antropología Dental	
E.2.-Paleodontopatología	
Capítulo III	
A.- Metodología de la Investigación.....	58
A.1.-Etnográfico.....	59
A.3.-Etnohistórico.....	62

A.3.-Bioantropológico: Paleodontológico.....	67
A.4.- Nociología: conceptos y términos.....	72
B.- Técnicas aplicadas en la recolección de información paleodontopatológica	
B.1.- Definición de variables e indicadores a utilizar en el análisis.....	75
B.2.- Población y muestra. Estado de conservación.....	92
B.3.- Instrumentos y materiales para la recolección de datos.....	94

Capítulo IV

Análisis	98
----------------	----

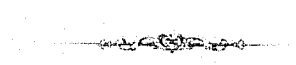
Capítulo V

Resultados de la investigación

A.- Contexto social de la muestra.....	191
B.- Resultados en la investigación documental.....	196
C.- Resultados de los Análisis.....	202

www.bdigital.ula.ve

Bibliografía.....	214
-------------------	-----



INTRODUCCIÓN.

Ante la presencia de un pequeño universo de restos óseos humanos provenientes de un "antiguo cementerio" redescubierto, por lo irresoluto de esta visión que confirma lo efímero de la existencia, el respeto se torna en curiosidad científica, es menester conocer sus orígenes, su existencia, es así como, se encaminan los pasos hacia una investigación etnohistórica y bioantropológica.

En el año 2003 se desarrolló un proyecto del gobierno del Estado Mérida: "Rehabilitación física de la iglesia Santa Lucía de Mucuchíes", bajo la dirección del grupo que resguarda el Patrimonio Cultural del Estado, asesorado por el Arq. Gustavo Díaz Spinetti.

La ejecución de las obras, tuvo un derivado, el afloramiento de unos restos óseos humanos, ese hallazgo inesperado reveló la existencia de un cementerio, una necrópolis por todos olvidada. Las autoridades encargadas de las obras de rehabilitación, solicitaron la presencia del personal del Museo Arqueológico "Gonzalo Rincón Gutiérrez" de la Universidad de Los Andes, para la inspección requerida, y cuya responsabilidad recayó en la persona del Lcdo. Antonio Niño, Arqueólogo del Museo, es así como los restos óseos pasan a formar parte del contexto funerario identificado dentro del sistema de registro de yacimientos arqueológicos del museo con el código MIR-206-C...

Pero es en Mayo del 2008, cuando se da inicio a este trabajo de investigación cuyo objetivo es intentar caracterizar bioantropológicamente al hombre que habitó el entorno específico seleccionado, es decir, la población de Mucuchíes, en la época comprendida entre los años 1601-1873 aproximadamente; bajo esta óptica y haciendo uso de la interdisciplinariedad del ámbito que ocupa esta maestría, se proponen metodologías científicas que permitan inferir premisas; es decir, partimos de un estudio biológico: estudio paleodontopatológico de las alteraciones

dentales localizadas en restos esqueléticos, señaladas como patologías orales, su identificación, estudio, análisis y clasificación, conformarán nuestro cuerpo de datos.

Utilizando la analogía etnográfica como una hoja de ruta en la investigación, se integra la información de los contextos mortuorios a un discurso antropológico, utilizando la información obtenida para crear vestigios de corporeidad que revelen la realidad biológica como una manera de trascender a la vida a partir de la muerte, y los cuales, nos permiten reconstruirle significativamente, a partir de los restos óseos, como un documento humano, como una entidad biológica, parte de una población, que interaccionó dentro de un contexto cultural y ambiental, y que remite a crear un reflejo etnológico de un tipo de comunidad y sistema social que se desarrolló en la cordillera andina para la época colonial.

www.bdigital.ula.ve

Capítulo I

A.- Planteamiento del Problema.

A.1.- Origen de la muestra.

Para el año 2004 se desarrolló un proyecto del gobierno del Estado Mérida: "Rehabilitación física de la iglesia Santa Lucía de Mucuchíes", bajo la dirección del grupo que resguarda el Patrimonio Cultural del Estado, asesorado por el Arq. Gustavo Díaz Spinetti y en este caso, como proyectista la Arq. Tania Rojo Durán, bajo el auspicio de la Gobernación del Estado, la anuencia de nuestra máxima autoridad eclesiástica regional de la Iglesia Católica, Arzobispo Baltasar Porras, curador de los bienes de la Iglesia nombrado por la Santa Sede dado que, el templo se ampara bajo la declaratoria de Monumento Nacional según Gaceta Oficial de fecha 02 de Agosto de 1960.

Para hacer operacional parte del proyecto, fase esta consistente en la reestructuración y rehabilitación de apoyo y drenajes, (la iglesia posee cuatro contrafuertes de piedra y mampostería mixta en el costado lateral derecho), surgió la necesidad de bajar el nivel del terreno colindante, debido a que la altura del mismo, impedía la reconstrucción del espacio necesario para la consecución de los objetivos del proyecto, espacio éste que había sido dedicado a labores agrícolas por largo tiempo.

La actividad de remoción del terreno, dio como resultado el afloramiento de restos óseos humanos, cuya presencia reveló la existencia de una antigua necrópolis. Ante esa realidad, se solicitó por parte de la Alcaldía de Mucuchíes, la presencia del Museo Arqueológico "Gonzalo Rincón Gutiérrez" de La Universidad de Los

Andes para la inspección requerida, y cuya responsabilidad recayó en la persona del Lcdo. Antonio Niño, Arqueólogo del Museo, teniendo como resultado, el testimonio físico de la existencia de un "antiguo cementerio" (imagen I.1), utilizado antes de la construcción del conocido cementerio municipal viejo; y según las palabras de Lcdo. Niño, se encontraron cierta cantidad de placas aladas, pero no como elementos votivos, y en un espacio mucho más amplio del que hoy en día aparece demarcado.



Imagen I.1

Es decir, su obtención no fue producto de trabajos de investigación sino de un hallazgo fortuito por parte del equipo encargado de las obras de rehabilitación.

De la zona cementerial aflorada, en testimonio del Lcdo. Antonio Niño, se recuperaron casi una centena de individuos en restos óseos, mientras que otros quedaron formando parte del talud que conforma la explanada, o rampa, de ese espacio, como se puede verificar en las imágenes I.2 y I.3 que acreditan su autoría, de su archivo privado, del Laboratorio de Arqueología del Museo Arqueológico "Gonzalo Rincón Gutiérrez", quien tan gentilmente remitió copias y permitió su uso y publicación en esta tesis.



Imagen 1.2

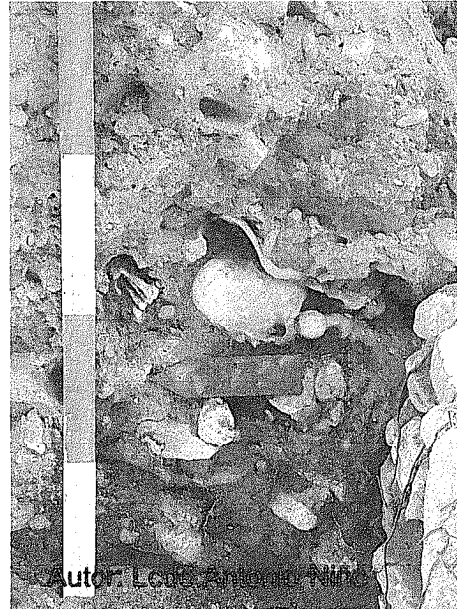


Imagen 1.3

Una vez finiquitadas las obras de la iglesia, los restos esqueletizados recuperados quedan a cargo de la autoridad eclesiástica. De esta forma termina como una amarga procesión hasta que se les “ubica”. Fueron alojados en un área correspondiente a un depósito de materiales de construcción, donde permanecen hasta el año 2008, Cuando se da inicio al trabajo de conocerlos, de quitar la tierra de los tiempos y del silencio que los envuelve, a pesar de las pesquisas, no hubo respuestas que no coincidieran con desinterés y desidia de los organismos involucrados.

Los restos humanos objeto de esta investigación retoman importancia para el Museo Arqueológico “Gonzalo Rincón Gutiérrez” de La Universidad de Los Andes nuevamente en Marzo del 2008; entonces se plantea la posibilidad de este estudio dada su importancia, como piezas relevantes en la trayectoria etnológica del habitante de nuestra zona andina, en un período determinado de nuestra historia.

Para dar inicio a este estudio, en pro de los objetivos fijados en el anteproyecto de esta investigación se hacen las diligencias pertinentes para dar inicio al Trabajo de Campo, los permisos y referencias necesarios para acceder al área de

depósito y a los restos esqueletizados.

Una vez cumplidos los requisitos previos, se inició el Trabajo de Campo, con el consiguiente traslado a la población y realizado por la autora de esta tesis durante los fines de semana a partir del 12 de Julio del 2008 hasta finales del mes de Abril del siguiente año

De los restos óseos recuperados, sólo llegan para este estudio porciones de aproximadamente, 75 individuos, en muy mal estado, los cuales pasan a formar parte de un contexto funerario, identificado dentro del sistema de registro de yacimientos arqueológicos del Museo "Gonzalo Rincón Gutiérrez" de la Universidad de Los Andes como MR-206-C-...

El 12 de Julio del 2008 ocurre el primer acercamiento a lo que fué el yacimiento arqueológico como tal, hoy día ya convertido en una explanada de cemento (imagen I.4).



Imagen I.4

Dicha explanada, da acceso como caminería lateral del lado derecho de la iglesia parroquial, sitio en el que los constructores dejaron unos espacios abiertos, como ventanas en el piso, que comunican los espacios subterráneos a la explanada con la idea primaria de crear un museo *in situ*.

Una vez obtenido el acceso a los restos óseos (imagen 1.5 y 1.6), se da comienzo a las labores de limpieza y selección de las evidencias óseas. De la totalidad de estos restos humanos, a causa de su deterioro pero como fundamento base de la tesis, se selecciona una parte, treinta y cinco individuos, han sido tomados como evidencias para esta investigación, estudio este, considerado desde un enfoque etnológico-antropológico, cuyo anclaje serán las huellas dejadas por la patología dental en los restos de dichos individuos, como signo que revele salud-enfermedad y por ende, la cultura de este grupo de población humana y siguiendo la metodología etnográfica llegar a tener una noción de la idea que representó para los moradores de la población, la aparición de esta morada de antiguos habitantes de la zona.



Imagen 1.5



Imagen 1.6

En el desarrollo de la investigación etnográfica, se oyen recuentos, pero el cementerio redescubierto es tan antiguo que pocos o nadie, tienen noción de su existencia, hasta el momento de las obras de remodelación de la iglesia. Y son estos personajes, sólo los trabajadores de la obra, es decir, los “testigos” que

estuvieron en contacto con los restos óseos en su remoción, los que aportan datos y descripciones de los enterramientos.

Las condiciones físicas del sitio de ubicación de la muestra eran bastante inconvenientes (imagen 1.7), un depósito de materiales de construcción, y por consiguiente la labor de limpieza y clasificación que se desarrolló durante un año resultó ser muy ardua aunque beneficiosa para la muestra como lo demuestran las imágenes.

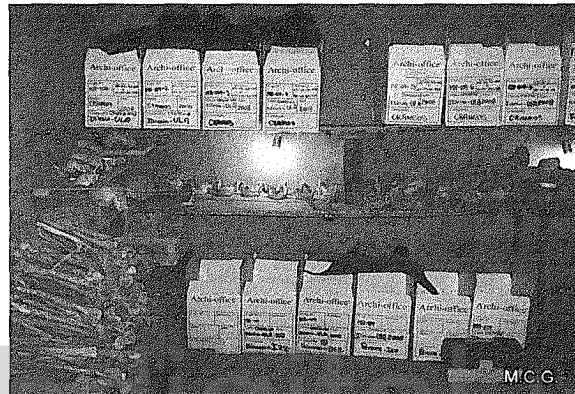


Imagen 1.7

Luego se solicitan los permisos de traslado del conjunto del material óseo, y gracias a la gentil intervención de la Dra. Ana Hilda Duque, Directora del Museo Arquidiocesano, y especial colaboradora con este trabajo; se obtiene la aprobación de Monseñor Baltazar Porrás y en apoyo al convenio de colaboración entre la Universidad de Los Andes y la Iglesia, se realiza su traslado el dos del mes de Mayo del 2009, personalmente por el Dr. Carlos García Sívoli, (tutor) y mi persona.

La totalidad del material óseo trasladado se deposita, para su resguardo, en un cubículo del área de la cátedra de Anatomía Dentaria de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes, espacio éste considerado más apto para su estudio.

A.2.- La muestra se trata como evidencia.

Como premisa de este sendero dentro de la Etnología, se ha conducido el estudio de la muestra bajo el lente de la Paleopatología, que guía hacia al estudio del hombre, no como individuo, sino como población y en este caso en particular, se dirige hacia un enfoque bioantropológico de la patología, es decir, esas huellas impresas en el hueso del aparato masticatorio, son las fuentes que permitirán develar la situación de salud-enfermedad y cultura de este grupo. Al margen se hacen referencias y descripción somera de características observadas, pero que están fuera del compás de tema central de la tesis, y se espera sirvan como aporte a futuros trabajos de investigación que relacionen aquellos personeros, de épocas pretéritas con individuos actuales.

De esta manera, caracterizar la población que habitó un entorno específico en un lapso determinado, en este caso, los pobladores de Mucuchíes de los años 1601 a 1873, aproximadamente, implica hacer uso de metodologías científicas que permitan inferir premisas, es decir, partiendo de un estudio etnohistórico con el cual se logre modelar la comunidad de esa época, seguido del estudio bioantropológico para el análisis de las patologías orales impresas en los restos esqueléticos encontrados, y así, obtener los datos que conduzcan a reconstruirle significativamente, como un documento humano, como entidad biológica que interacciona dentro de un contexto cultural-ambiental, la interpretación etnológica de la comunidad.



B.- Delimitación de la investigación.

B.1.- Espacio geográfico y temporal.

Se ha señalado con antelación la manera de obtención de la muestra, año 2003, lo que conlleva a referir lo tardío del estudio, por lo que éste se ha desarrollado en dos escenarios, la primera fase se inicia en el mes de Julio de 2008, en la población de Mucuchíes, la fase de investigación etnográfica y la parte primaria de la observación, limpieza y selección del material a estudiar, acciones que se desarrollaron en el depósito adosado a la pared posterior de la Iglesia (lugar de resguardo de materiales para las nuevas obras de la escuela de artes y oficios, imagen 1.8), donde estuvieron alojados los restos óseos por 5 años aproximadamente.

El segundo escenario, el área de la cátedra de Anatomía Dentaria, a partir del mes de Mayo del 2009, cuando la totalidad remanente de los restos óseos del yacimiento, son trasladados, donde se lleva a cabo la selección específica de la muestra para el estudio.

B.2.- Parámetros y variables de la investigación.

Los parámetros a seguir son los que permiten la guiatura etnográfica, la teorización está siendo sustentada de manera etnohistórica, y basado en estudio de cronistas, arqueólogos, etnólogos y antropólogos, mientras que las variables de investigación son las seleccionadas dentro del área de la Antropología física: la Paleodontopatología, y consideradas óptimas para la consecución de las metas buscadas con este estudio.



C.- Justificación del estudio.

El hallazgo de restos esqueletizados, aunque fortuito, representa una oportunidad de conocer a través de la Bioantropología, la existencia de una comunidad que existió en épocas pretéritas, esa búsqueda de nuestras raíces, implica una investigación.

Las evidencias óseas objeto de esta investigación revelan la preponderancia de la patología periodontal sobre la caries, y dada la inexistencia de signos de tratamiento como medio paliativo, todo esto, conlleva a discernir acerca de las posibles relaciones culturales o alimentarias en la población del área de Mucuchíes para la época en que estuvo activa la necrópolis.

El término "paleo" hace referencia a la antigüedad, sin precisar un período determinado, se trata de una ciencia de carácter retrospectivo; así, la paleodontopatología o paleoestomatología se ocupa del estudio de las estructuras, funciones y enfermedades del aparato o sistema estomatognático, a partir de restos humanos procedentes de tiempos antiguos.



D.- Objetivos.

D.1.-Principal.

Analizar las alteraciones óseas localizadas en restos óseos, en un cementerio antiguo de Mucuchíes, población del estado Mérida señaladas como patologías orales cuya identificación, estudio, y clasificación permitan inferir acerca de su prevalencia, y por ende, aportar información acerca de las condiciones de salud bucal de ese grupo humano, objeto de estudio, lo cual conlleva a la obtención de una imagen-reflejo etnológica de un tipo de comunidad y sistema sociocultural que se desarrolló en la cordillera andina para la época colonial

D.2.- Secundarios.

1. Conocer la prevalencia de las patologías orales: caries, desgaste oclusal, cálculo dental, y pérdida ósea para obtener una aproximación acerca de la patología que caracterice a dicha población, contribuyendo a la reconstrucción de su forma de vida en tiempos pretéritos, e inferir las posibles causas genéticas, ambientales, alimenticias o culturales que ocasionaron la instalación y posterior desarrollo de las mismas, así como referenciar otras características dentales que si ser consideradas patológicas, guardan relación con estudios antropológicos
2. Inferir un reflejo etnológico de esta comunidad para los años en que estuvo activa la necrópolis: conquista y colonia como contribución al enriquecimiento de la historia regional.

E.- Trabajos referidos a nuestra investigación.

Como enlace de la investigación se ha hecho un sondeo sobre trabajos referidos en nuestra zona andina porque rozan el tema de esta tesis:

- Paleodontopatología: evidencias macroscópicas y radiológicas de posible periodontitis agresiva en restos óseos prehispánicos de la Cordillera Andina Merideña (siglos III-XIV d.c.). Autores: Bonomie Justo. Dávila Lorena. Jarpa Patricio. Palacios María. Niño, Antonio. García Carlos. Universidad de Los Andes. Museo Arqueológico.

- Costumbres Funerarias en la Antigua Mérida. Autor: NIÑO, Antonio. 1996. En: "Mérida a través del Tiempo". Jacqueline Clarac de Briceño (compiladora). Talleres Gráficos de la Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela.

Ante la escasez de material sobre la zona donde se desarrolla esta temática, se ha ampliado el abanico, se traen a colación, éstos que resultan relativos con la temática y la abundancia del material examinado:

- Antropología física de la población indígena del suroccidente colombiano. José Vicente Rodríguez C. Laboratorio de Antropología Física, Departamento de Antropología, Universidad Nacional de Colombia.

- Manifestaciones óseas del estado de salud y enfermedad en grupos prehispánicos: Tuberculosis, Sífilis y Enfermedades dentales. Monografía de Grado en Antropología, Universidad del Cauca. Popayán. Rodríguez, E. L. 2001

- Antropología dental prehispánica: Variación y distancias biológicas en la población enterrada en el cementerio prehispánico de Obando, Valle del Cauca, Colombia entre los siglos. Rodríguez Flórez C.D. 2003



www.bdigital.ula.ve

Capítulo II

Marco de Referencia

Dado que el origen y la época de la población representada en la evidencia a estudiar se ha ubicado durante el período histórico de conquista/colonización (1601 y 1873 aproximadamente), proceso éste que conlleva antropológicamente la formación de una comunidad nueva, un "pueblo de indios" regido por las leyes de Indias, formado a expensas de comunidades ya existentes, de pueblos aborígenes que ocupaban la zona, entonces, se convierte en obligada la revisión de ese proceso de transformación.

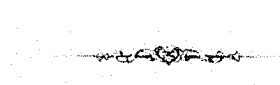
Para lograr un relato que permita un acercamiento a la realidad que sustenta la existencia de los individuos que hoy representan nuestra evidencia, se hace necesario amalgamar y confrontar la sucesión de datos obtenidos, así como las explicaciones teóricas del campo abordado se hacen bajo un enfoque deductivo, es decir, desde lo más general hacia lo más específico.

Partiendo del carácter interdisciplinario que convoca la investigación, dando por entendido, que sólo esa ecléctica base logrará direccionar el sendero para conseguir las respuestas a esta búsqueda, entonces, desde la directriz Etnológica de la Antropología se logra, por medio del Trabajo de Campo, un cuerpo de datos que conduce a la parte Etnográfica, ésta, en conjunción con los aportados por las fuentes documentales, sobre el sitio en estudio hace obligante la confrontación con los aportes históricos obtenidos tras largas horas de lectura de trabajos de investigadores expertos en ramas científicas como son la Etnología, Etnografía, Arqueología, Geografía, Historia, Filosofía, etc., teniendo en cuenta que para ese espacio es necesario comprender una doble situación sociocultural: la del natural (autóctono) y la del extranjero, ya que, según los datos, ambos compartieron el

espacio físico e histórico que contiene los restos óseos, es decir, la evidencia para este estudio.

La Etnografía como quehacer de la Antropología, como descripción de los grupos humanos, facilita la comprensión de un grupo con similares lazos culturales, sociales, religiosos, genéticos, etc., con el objetivo de comprender una determinada forma de vida desde el punto de vista de quienes pertenecen a ella, es decir, *su visión*, su perspectiva del mundo que los rodea, el significado de sus acciones, de las situaciones que ellos vivieron y sus relación entre ellos; para tal fin, se emplean procesos de análisis y las bases filosóficas que la fundamentan se remontan a los planteamientos filosóficos de Nietzsche (el hombre moderno es apariencia, lo que representa no es visible y se oculta tras la representación), Heidegger (resalta el proceso hermenéutico del conocimiento y sostiene que el ser humano es un ser interpretativo), Husserl (el método de aprehender epistemológicamente el conocimiento está relacionado con las características y estructuras de dicho conocimiento). Estos planteamientos filosóficos permitieron al paradigma cualitativo, fijarse el propósito de la descripción e interpretación de la vida del actor y su entorno de manera sensible y subjetiva; el paradigma cualitativo de investigación en el cual descansa la etnografía y sus postulados, provienen del idealismo y de las epistemologías paracientíficas.

También es sabido que la investigación etnográfica a desarrollar debe estar basada en la cotextualización, el ambiente natural que rodea al sitio, dando una mirada a la cultura como unidad particular y hacerla cualitativa sin que eso implique, la exclusión de datos cuantitativos a la par que en este tipo de investigación se describe y se explica una realidad cultural haciendo inferencias o induciendo, ya que el conocimiento de esta sociedad no puede observarse directamente y la interpretación de la información es clave para la investigación.



A.- Referentes Geográficos.

La población de Mucuchíes es la capital del Distrito Rangel del Estado Mérida, Venezuela como estado andino del occidente del país, el de Mérida, posee una extensión de 11.300 Km², equivalente al 1,23% de la superficie nacional, que según el Plan de Ordenación del Territorio Nacional de 1991, señala que el 85,4% de este territorio lo constituye una extensa zona montañosa con una topografía irregular debido a la presencia de dos bloques montañosos que conforman dos sierras paralelas y donde afloran las principales alturas del país, siendo el pico Bolívar su máxima expresión, con 5.007 msnm, al cual le siguen alturas considerables como el Humboldt (4.942 msnm); La Concha (4.922 msnm); Bompland (4.883 msnm); Del León (4.740 msnm) y la Silla del Toro (4.775 msnm) La Sierra de Santo Domingo, que está localizada al este del páramo de Mucuchíes con su punto culminante en el pico de Mucuñuque de 4.672 msnm, alternándose con pequeñas extensiones de depósitos de piedemonte. Su división Política Territorial consiste en 23 municipios y 86 parroquias y dentro de su abundante hidrografía podemos nombrar los ríos: Chama, Motatán, Mocotíes, Mucujún, Mucuchachí, Caparo, Canaguá, Torondoy, Pocó, Capaz, Tucaní, Santo Domingo, entre otros.

El estado Mérida se localiza entre los 07°39'53", 09°19'05" de latitud Norte y los 70°32'23", 71°54'54" de Longitud Oeste. Limita al Norte con los Estados Zulia y Trujillo, por el sur con los Estados Barinas y Táchira, por el Este con el Estado Barinas, y por el oeste con los Estados Zulia y Táchira. (Anexo 1, Mapa 1).

La Provincia de Mérida perteneció al Virreinato de la Nueva Granada, desde su origen hasta el año 1777, cuando entró a formar parte de la Capitanía General de Venezuela, junto con la Provincia de Maracaibo. Disuelta la Gran Colombia y constituida Venezuela en la República independiente en el año 1830, la Provincia de Mérida quedó conformada por los cantones de Mérida, Mucuchíes, Ejido,

Bailadores, La Grita, San Cristóbal y San Antonio del Táchira. Por decreto del Congreso de Venezuela del 14 de Marzo de 1856, surge la Provincia del Táchira, compuesta por los cantones de San Cristóbal, La Grita, San Antonio y Lobatera, que pertenecían a la Provincia de Mérida. Mediante las Constituciones ocurrieron otros cambios hasta llegar a la Constitución de 1909, sin que posteriormente se produjera otro cambio político-administrativo.

Factores como la necesidad de congregación poblacional para el desarrollo de la sociedad, las funciones básicas o el momento histórico de su surgimiento, han dependido de las características físico-naturales: relieve, clima, etc., como también, para la colonización del espacio y la consolidación del poblamiento urbano

Estos asentamientos, en su mayoría, han mantenido rasgos tradicionales propios, producto de la interacción entre el mestizaje cultural, las condiciones ambientales, así como de los intereses sociales, económicos, culturales y religiosos. De esta manera, se han configurado los ejes fundamentales de poblamiento, asociados al curso de ríos, cuyos valles dieron cabida al surgimiento de la vialidad primaria estatal: ejes del Chama, del Mocotíes, del Motatán y del Sto. Domingo, además del eje de piedemonte o de la Panamericana.

Entre los factores fundamentales, adoptados por la población aborígen precolombina para el establecimiento de sus asentamientos, se pueden señalar que sus estructuras físicas resultantes, fueron determinadas por el relieve, la presencia de cuerpos de agua, la orientación y el clima, elementos que permitieran el desarrollo de actividades agrícolas productivas, lo que a su vez hacía posible la existencia de comunidades sedentarias.

Como marco o contexto de este estudio, se hace referencia a la estructura física de *Mucuchíes*, esta es una población ubicada en un valle altoandino merideño, capital del Municipio Autónomo Rangel, antes denominado Guzmán; conformado por las parroquias Mucuchíes, Santo Domingo y Las Piedras, situada en la parte superior del valle del río Chama, en las coordenadas 8° 45' 46" latitud norte y 70°

54' 55" longitud oeste, a una altitud de 2.893 msnm. (Ruiz y Sánchez, 1991:171). La población domina un amplio valle entre la Sierra de Santo Domingo y la Cordillera del Norte o Sierra de la Culata.

Se encuentra a 48 Km. de la ciudad de Mérida, capital del Estado Mérida. La precipitación media anual es de 650 mm y temperatura media anual de 11°. Según censo de 1990, información oficial de la Alcaldía del Municipio, contaba para la fecha con 5.932 habitantes, siendo Mucuchíes, el mayor centro poblado y capital de Municipio según el Plan de ordenación del territorio del Estado Mérida de 1.986; el resto de la población se encuentra disperso en las dieciocho aldeas y caseríos pertenecientes a esta parroquia como son: Mocao, Misintá, Misteques, El Royal, La Mucumpate, Gavidia y La Toma, los cuales se encuentran situados a lo largo y a ambos bordes de la carretera trasandina. Limita por el Norte con los Municipios Justo Briceño y Miranda, por el Sur con el Estado Barinas y el Municipio Santos Marquina, por el Este con el Municipio Cardenal Quintero y con las altas montañas del Páramo del Escorial, en la Cordillera de La Culata; y por el Oeste con las quebradas Mucuyes y Saisay, que nacen en la Sierra de Santo Domingo y con el Municipio Santos Marquina

De la estructura física de Mucuchíes, como población asociada al río Chama, posee una conformación espacial orgánica presente en una retícula, sus calles y manzanas adquirieron dentro de la reticularidad, las formas y tamaños que les permitió la superficie de asentamiento, pero resaltando dentro de su volumetría se hace notable la presencia del edificio religioso, por ser un “pueblo de doctrina”, esta iglesia está ubicada hacia el norte, e implantada en terreno alto, sobre terraza bien sea natural o quizás generada, para simbolizar con la elevación su superioridad con respecto al nivel de lo común. Esta estructura o morfología urbana de la épocas de la conquista y la colonia, ha sido poco alteradas desde su conformación, en lo que respecta a la estratificación parcelaria y al valor de las calles principales, y a la localización de las funciones básicas y de los poderes en las inmediaciones de la plaza mayor (hoy día: Plaza Bolívar), como se observa en la imagen planimétrica del casco histórico de Mucuchíes (1990) (imagen II.1).

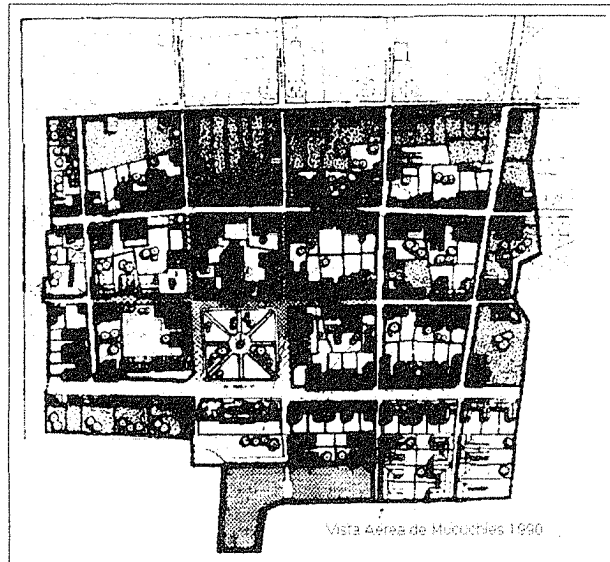


Imagen II.1 Vista aérea de Mucuchies. Tomando del Ministerio de Desarrollo Urbano (MINDUR), 1996. Plan de conservación y tutela del patrimonio arquitectónico, cultural y del paisaje del páramo de Mucuchies. Mérida

www.bdigital.ula.ve

B.- Referentes Históricos.

El período Indohispano: abarca el período de contacto de las sociedades autóctonas con los inmigrantes europeos y africanos durante la época colonial.

Cierto es que nuestra cultura careció de la tecnología correspondiente para registrar de manera escrita, los hechos y acontecimientos que se protagonizaron durante milenios de existencia, pero existen resultados de estudios arqueológicos que afirman que, cronológicamente es la más extensa época de nuestra historia, aunado a eso, poseemos aún tradiciones orales por todo el ámbito nacional y descifrable por la vía etnográfica luego de exhaustivos estudios se han revelado datos que, llegados hasta nosotros permiten destejer la madeja conformada por los mitos y leyendas locales.

Su conocimiento, de alguna manera, permiten un acercamiento a descifrar o interpretar, cómo fue el protagonismo de los primeros habitantes de nuestra geografía, gracias a investigadores arqueólogos, antropólogos y etnólogos connotados como Miguel Acosta Saignes, Mario Sanoja, Iraida Vargas, Irving Rouse, J. M. Cruixent, Jacqueline Clarac de Briceño, Erika Wagner, y Albertina Zucchi, entre otros, quienes han aplicado modernas técnicas en su investigación sobre el pasado prehispánico venezolano

Estos estudiosos han demostrado, la presencia de seres humanos en este escenario geográfico, a pesar de lo intrincada de nuestra geografía andina, revelando su presencia desde fechas muy tempranas de la historia.

Las referencias indican que en la prehispania venezolana temprana "pueden definirse tres grandes grupos socioeconómicos denominados: "Cazadores Paleoindios" (10 ó12.000 a.C.), "Recolectores de Conchas Marinas" (2.325 a 1450 a.C.) y a partir del año 3.000 a.C. grupos con una definida cultura agroalfarera". (Sanoja & Vargas En Salazar & Vargas, 1992).

Con la llegada de los españoles a nuestro territorio, se instaura el poder de la Corona española, a través de los llamados 'virreinos', creados como

instituciones políticas que permitieron la penetración y la consolidación de su poder sobre estas tierras, como se referenció en el epígrafe anterior.

A estos individuos les fueron asignadas '*capitulaciones o cédulas reales*' que otorgaban el poder de colonizar a través de la fundación de ciudades, mediante acta auténtica que "*aseguraba jurídicamente, a través del poblamiento, la incorporación de las tierras de Indias a la Corona española*" (Brewer-Carías, 1997: 35).

Tales cédulas reales crearon las bases institucionales y administrativas sobre las que se organizaron los territorios conquistados para el ordenamiento urbano interno y el espacio territorial, incorporando el concepto de ciudad-territorio.

Las fundaciones de poblamientos debían realizarse en aquellos sitios donde fuera evidente la presencia de población indígena; sobre "*poblados que reflejaran una estructura organizativa que hablara de autonomía y desarrollo*" (Pereira, 1996: 41).

Importaba su ubicación, ya que debía permitir la accesibilidad desde los sitios del poder y la conectividad entre las comunidades; también, los adelantos técnicos y organizativos de las mismas, para propiciar el adoctrinamiento y permitir la generación de alimentos.

Camargo (1993) reporta que el proceso de fundación de ciudades así adelantado, en el período nominado: "*de los primeros años de la conquista*", durante los siglos XVI y XVII, fue realizado considerando principios básicos de orden y orientación natural, manejados a través de la regularidad y la simetría. Siendo la plaza, el elemento de origen de tal organización, a partir de la cual se estructura físicamente el espacio urbano, de intención morfológica concentrada, con la realización en sitio del dibujo, a cordel y regla, de un trazado reticular, ortogonal, tipo damero, siendo el instrumento básico de medición la '*Vara de Castilla*' equivalente a 84 cms. (un paso del conquistador). Pero según Gasparini (1990: 13) "*... los españoles encontraron trazados precolombinos en retícula ortogonal realizados con una perfección aún no alcanzada por ellos en el diseño de sus*

primeras fundaciones americanas...”. Es decir que las culturas precolombinas americanas también fueron generadoras de principios urbanísticos de orden en sus “*ciudades*”, principios éstos que fueron retomados para ser plasmados legalmente en Las ‘*Ordenanzas de descubrimiento, nueva población y pacificación de las Indias*’, dictadas por Felipe II en 1573, para su implementación en el proceso de fundación de ciudades, las cuales fueron el resultado de una recopilación de normas ya dictadas por la Corona a lo largo del proceso de conquista y poblamiento de ciudades, a través de las “*Cédulas Reales*”.

Como ya se ha expresado, muchos de tales centros poblados tuvieron su origen en asentamientos indígenas precolombinos, ubicados en los espacios más favorables. En nuestro estado no hay rastros de ciudades precolombinas que permitan hoy evaluar detalles de sus rasgos morfológicos. Sólo se intuye la presencia de edificaciones dispersas, organizados en consideración a un espacio ceremonial y a elementos naturales como el sol y el agua y asociados al espacio agrícola (como por ejemplo: los mintoyes)

Los primeros intentos de organización indígena por parte de la corona española, se produjeron a través de las “*encomiendas*”, es decir, agruparon diferentes comunidades con sus familias, su propia organización y sus propios caciques, pero sometidos a la autoridad del español encomendero. (Brewer-Carías, 1997), un régimen de servidumbre mediante el cual se establecía que los indígenas debían trabajar obligatoriamente para el encomendero, al mismo tiempo que éste se obligaba frente a la Corona de su cuidado y evangelización, sistema que no debió ser muy beneplácito, cuando su crítico más fervoroso fue Fray Bartolomé de las Casas.

García (1991: 75) dice que “*apoyándose en los misioneros, comenzaron un programa de reasentamiento de las etnias nativas sobre espacios seleccionados para permitir el adoctrinamiento de la población indígena (evangelización); llamándoseles “pueblos de doctrina” o “pueblos de indios.”* También fueron llamados posteriormente “*corregimientos*”, por estar sometidos a la autoridad de

un funcionario especial, denominado “*corregidor de pueblos de indios*”.

Los métodos adoptados dentro de estos pueblos de doctrina para obtener la conversión, o la “*cristianización*” de los indios fueron muy diversos. Uno de ellos se trataba del compromiso adquirido por el conquistador para que fueran evangelizados (adoctrinados) todos los indígenas que le habían “*correspondido*” en sus repartimientos; los niños debían recibir las enseñanzas religiosas todos los días y los adultos tres días a la semana de manera tal que, los religiosos atendían a las necesidades espirituales de los nuevos cristianos al mismo tiempo que a las materiales, ya que junto a las dependencias de culto y habitación de los frailes, disponían de enfermerías, escuelas y talleres, lo que condujo a una importante aculturación del indígena, al insertar modelos europeos en su educación.

Como muchos asentamientos de la zona, originalmente Mucuchíes, fue un pueblo de doctrina, asignado por el descubridor de estos valles de las Sierras Nevadas, capitán Juan Rodríguez Suárez, a un teniente de su expedición llamado Juan Lorenzo Maldonado.

Alrededor de estos pueblos de doctrina se configuraron los sitios de encomiendas o centros menores receptores de la doctrina, es decir poblaciones menores. Esa satisfacción de necesidades no debería ser muy sana desde que al ocurrir el descenso de la población de nativos americanos disminuyó la mano de obra indígena y por lo que España trató de reemplazar con esclavos comprados a compañías de otros grupos europeos.

Por esta región vivían los “indios mucuchíes” (SALAS J.C.,1997), cuyo primer contacto con los españoles ocurrió en 1559 cuando el capitán Fernando Cerrada, quien era teniente del Capitán Juan Maldonado, recorre estas tierras andinas, y fueron avistados por primera vez. Los españoles reconocen la aldea de los indígenas Mucuchíes, y se sospecha que sea la fecha probable de la batalla de Miserén, entre españoles e indígenas, con el fracaso para éstos últimos que desalojados de sus predios, se retiraron a los altos páramos. En 1564 fue dada en encomienda a Bernardo Ledezma, en un principio, administrada por los dominicos.

Como muchos asentamientos de la zona, originalmente fue un pueblo de doctrina, en un principio, administrada por los dominicos y luego por los agustinos.

Su primera fundación se remonta a 1586 por el capitán Bartolomé Gil Naranjo con los indígenas que había logrado reunir el Rdo. Fray Bartolomé Díaz, de la compañía de San Agustín, en ese entonces se le dio el nombre de San Sebastián, y en 1590, los misioneros agustinos se hacen cargo de la aldea, ahora convertida en “doctrina de indios”

El 13 de Diciembre de 1596, el misionero español Fray Bartolomé Díaz, tras agrupar y reorganizar a los indígenas locales, funda nuevamente el poblado bajo el nombre de Santa Lucía de Mucuchíes, título conservado hasta nuestros días. Como leemos en Archivo General de la Nación (AGN), Sección de traslados, donde se refiere que para 1602, y según inventario del padre Fray Luis Saavedra Benavides:

“...una iglesia de tapias cubierta de paja tal que es necesario hacer que se cubra de nuevo y se hechen maderas nuevas porque se están cayendo; tiene una pila de agua bendita, un altar de caña muy malo, una cruz pequeña de madera sobre una estera de caña questa en el altar. No hay puertas, ni campana, ni pila de agua e bautismo y el suelo está lleno de hoyos barrancos y la testera del altar se está cayendo que es menester hechalle estubos por la banda de afuera...”

Ya se había dado comienzo a la siembra de trigo (cereal traído por los españoles) dado que en 1608, el Corregidor y Justicia Mayor de la Provincia de Mérida, Capitán Pedro Vanegas, establece que “se venda todo el trigo que se hubiese de vender a peso y medio la fanega, y el trigo de Mucuchies a diez tomines la fanega (un tomín era la octava parte de un peso castellano de oro)”.

Para 1619 se encuentra otro informe de visita para el 28 de Noviembre “...yglesia es de tapias y cubierta de paja...” AGN.

En 1620 hubo otro intento de fundación por Vásquez de Cisneros durante su visita

al territorio de Mérida, con la designación "*Pueblo de Indios*", que comprendía repartimientos y parcialidades indígenas: el de Mucujunta de la encomienda de Antonio de Aranguren, el de Mocaño y el de Mocomitao, de la encomienda de Diego de Monsalve, y el repartimiento de Mosnacho de la encomienda de Pedro Álvarez Atrellón. La doctrina agustiniana de Mucuchíes comprendía el pueblo de Santa Lucía de Mucuchíes más las poblaciones de Mucurubá, Santo Domingo, Las Piedras, Timotes, Chachopo y Tabay (Revista Actual.38).

Las condiciones no debían ser muy buenas porque, nuevamente los indígenas se dispersaron y el pueblo prácticamente desapareció hasta que en 1626, el Visitador de la provincia de Mérida, Pedro de Menas Albás y Toledo, reorganiza el "*pueblo de indios*" con el nombre de Santa Lucía de Mucuchíes. En 1626, refundó el pueblo con los indios que habían huido del lugar a la llegada de los conquistadores, pues se resistían a vivir en poblados al estilo de los españoles, pero que, gracias a los esfuerzos de los misioneros, fueron reunidos de nuevo y Fray Bartolomé Díaz funda de nuevo el pueblo con el nombre de Santa Lucía de Mucuchíes, con la presencia del Visitador de la Real Audiencia de Santafé de Bogotá, Alonso Vázquez de Cisneros.

Es así como en 1655, según consta en el inventario realizado por el cura doctrinero Fray Pedro Bonilla:

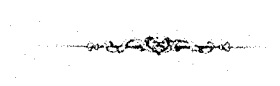
"...la iglesia de este dicho pueblo de la cual es de tapias de tres en alto sobre cimiento de piedra, cubierta de paja, blanqueada sin sacristía y la entrada de la puerta de la dicha iglesia al lado izquierdo está la pila del baptisterio la cual esta sobre una baza de piedra y barro y la pila es de madera y tiene una cubierta de madera a lo que pareció con curiosidad y al otro lado de la entrada de dicha iglesia está la pila del agua bendita que es de madera sobre una baza de barro y piedra..." .

A finales del siglo XVI Mucuchíes se convirtió en parroquia eclesiástica, la cual se ha mantenido hasta el presente bajo el patrocinio de Santa Lucía.

En 1740, se tiene referencia de la aparición en España del libro: *Viaje muy puntual y curioso que hace por tierra Don Miguel de Santiestevan desde Lima hasta Caracas*, con esta referencia: *“Este pueblo de Mucuchíes es de temperamento frío porque tiene a apoco más de dos leguas el páramo de quien toma el nombre, pero se coge mucho trigo y papas”*. Como también en 1761 el Cronista Bacilio Vicente de Oviedo, en su obra *Cualidades y riquezas del Nuevo Reino de Granada*, incluye la siguiente descripción: *“Mucuchíes es pueblo de muchos indios, que puede tener cerca de 200, pues es el mayor de toda la jurisdicción, con buena iglesia de teja, competentemente ornamentada. Su temperamento frígido produce mucho trigo, maíz, papas y demás frutos de tierra fría con abundancia”*. (Parra P. 2003)

“...Para 1785 había en Mucuchíes 1300 habitantes de los cuales 400 eran españoles y 900 indígenas...” Campos del Pozo (1979:76-78).

www.bdigital.ula.ve



C.-Referentes Etnohistóricos.

Como noción de “*un acontecer perceptible en la dimensión de la temporalidad*” (N. E. Larousse, vol. 5: 4.910).

Desde los primeros encuentros entre los pueblos originarios y los europeos, se inician procesos de transformaciones socioculturales, de etnogénesis y de etnificación que desembocaron en la formación de “*mundos nuevos*” en nuestro continente

Para esta parte del estudio sirva de preámbulo, recopilar la información de autoridades en la materia, el inicio corresponde al hidalgo historiador Julio César Salas cuyas investigaciones nos las hace llegar a través de su discurrir en un abundante narrativa histórica, e indiscutible referencia para lograr reconstruir a través de su discurso, esa época de Mucuchíes.

Este autor en su obra «*Etnografía de Venezuela*» (1997), recrea un mapa étnico de la zona en cuestión y lo distribuye de la siguiente manera:

1. Los indios Mucus que se localizaban en las Cuencas del río Chama, Motatán y Torondoy .
2. Los indios Giros o Giraharas ubicados hacia el extremo de la cordillera de Mérida que vierte hacia los Llanos de Barinas a través de las aguas de los ríos Canaguá, Caparo, etc., y hacia la zona de Bailadores y Guaraque .
3. Los indios Quiriquires o Güigüires y Motilones que vivían hacia las tierras del sur del Lago de Maracaibo (Salas, 1997).

Pero cuando se refiere al territorio que actualmente ocupa el estado Mérida refiere que estaba habitado, entre otras, por una familia indígena llamada «Chama», que en sus palabras:

«La familia indígena que convencionalmente apellidamos Chama la componen un multitud de tribus independientes que para la época de la conquista habitaban el territorio del actual estado Mérida de Venezuela, naciones que poseían unas mismas costumbres y nexos muy estrechos entre sus diferentes lenguas; afirmación esta última que se basa en la identidad de nombres geográficos, en los cuales predomina una sola radical.» (Salas, 1971: 143).

En sus obras, producto de su investigación, brinda relatos que conduce a imaginar la situación sociocultural de estos naturales previa a la conquista:

“...Los Timotes o Timotíes era una gran nación que comprendía muchas tribus y parcialidades de estos nombres: Mucuypus, Mucuarqués, Mucujunes, Mucumbáes, Mucumbajíes, Miyoyes, Tafalles, Quindoráos, Chachopos, Curayes, Aracayes, Moromoyes y tal vez Esnujaques y Caratanes y otras tribus limítrofes del territorio actual del Estado Trujillo...” (Salas 1985:22).

“...moraban en las altiplanicies, faldas y valles altos de la cordillera de los Andes... desde la cuesta de Mocobtí o Mocotíes hasta el alto de páramo de Timotes o Mucuchíes, donde nace el primer río...”(Salas 1985:22).

Dice que eran sedentarios y agricultores, utilizaban sistemas de riego que consistían en acequias y estanques; como régimen político tenían el patriarcal; celebraban sus ritos con música y danzas y entre sus creencias estaba Ches como Dios, Chía como diosa y toda una comparsa de deidades reflejada en sus rituales.

Referencia ésta, apoyada por la Dra. Jacqueline Clarac de Briceño que propone de acuerdo con Salas, el nombre de Mucu-Chama para el grupo étnico que ocupó los territorios que hoy conforman el estado Mérida. Los Mucu-Chamas, según la Dra. Clarac de Briceño, «... ocupaban la región que conocemos en la actualidad

como estado Mérida, y cuyos principales centros prehispánicos fueron aparentemente Zamu, Macaria (o Mucuria?), Chama, Mucuchíes y Timotes» (Clarac, 1985: 50).

Según lo describen, estas autoridades en la materia, entre las principales tribus y parcialidades mucus de la hoya del Chama, estaban los Mucuchíes, grupo o tribu de indígenas que, según fuentes documentales, fueron avistados en 1559, por el capitán Hernando Cerrada, quien era teniente de Juan Maldonado, cuando llegó a estas tierras andinas, los indígenas se atrincheraron en la altiplanicie de Miserén, cavando zanjas para resistir el ímpetu de los caballos y los perros de presa, pero sus esfuerzos tenaces en esta llamada “*la batalla de Miserén*”, no tuvieron éxito, fueron vencidos; la historia señala que muchos de los sobrevivientes huyeron aterrorizados a los altos páramos “...y vagaron mucho tiempo de un lugar a otro huyendo de la dominación castellana...” (Salas ob.cit.50).

En sus palabras: “.....al capitán Hernando Cerrada, teniente de Maldonado, que fue el primer español que tramontó la cordillera por Mucuchíes, se le encargó la conquista de los Timotes y el allanamiento de dos fuertes situados en los escarpados cerros que dominan el valle de los Mucujunes o Timotes...” (Salas 1985:23)

“...El Padre Simón dice que los Timotes fueron descubiertos por Juan Maldonado, quien entró a sus tierras trasmontando los altos páramos que llamaban los españoles de Cerrada, en cuyos valles vivían estos indígenas Timotíes, gente más indómita, desabrida y guerrera....que los naturales peleaban con dardos, lanzas y machetones de madera fuerte, denominados macanas, haciendo para su defensa a modo de fortalezas o palenques en las más ásperas y encrespadas cuchillas que hallaban en sus tierras montañosas; cavaban de una parte y otra, peinando los recuestos si de suyo no lo estaban y fortalecían la entrada que no la hubieren más que por un puente levadizo, con lo cual, en aquellos puestos inaccesibles acrecentaron el trabajo de la conquista aquella nación,

llamada tal por la igualdad es lengua y costumbre, pues las tribus se gobernaban independientemente, sin reconocer rey o superior común y a lo más, en caso de guerra se unían a las órdenes de un principal que las dirigía.....estos datos los copia Piedrahita... conseguidos en los manuscritos de la época que se hallan en los archivos públicos ...” (Salas 1985:29-30)

Ese hecho le valió a Cerrada, como se ve en la referencia que da Julio César Salas que aparece en los archivos de Sevilla:

M.S. Archivo de Indias de Sevilla – Año 1554 – Signatura 2-2 – 1/16 Apuntes hechos por el Dr. Venero Leyba, Presidente de la Real audiencia, Gobernador y Capitán General del Nuevo Reino de Granada del gobierno de los pueblos nuevos de Mérida – Santa Fe 31 de marzo de 1564 Encomienda Hernando Cerrada Enc. El fuerte del Tuerto el río abajo con cuatro bohíos más abajo más el fuerte del Viejo yendo por el río abajo a mano izquierda hasta un volcán que está en el deshecho de los caballos desde el alto de los páramos vertientes al dho. Río que serán 50 casas de una banda y de otra ciertos bohíos por donde entró Maldonado (Salas 1985:38-39).

De sus relatos se concluye que estos *naturales* tenían una organización social, la cual se vio trastocada en el momento del contacto con el extranjero, ese hecho histórico es el que produce el vuelco, la transición, de su status socio-económico y político a otro que da paso a una nueva categoría, pasan a ser un pueblo de Encomienda, agrupados, cercenadas sus condiciones humanas que altera su contexto cultural; surge así esta nueva institución indiana como factor modelador bajo las leyes de Indias que organiza la fuerza de trabajo, las relaciones de producción y la figura de la religión como factor que hace maleable el carácter del local.

Julio César Salas informa de las órdenes que acometieron el proceso de pacificación dirigido desde el Arzobispado de Santa Fé de Bogotá

“...Los frailes agustinos y dominicos, que tenían sendos conventos en Mérida, corrieron con la evangelización de los Timotes como de los Chamas y demás indios Mucus...” (Salas 1985:31).

“...La catequización de los Mucuñoques corrió primero a cargo de los Dominicos, primera orden religiosa establecida en Mérida, pues un fraile de esta orden, Fr. Alonso Andrade, vino como capellán de la expedición descubridora del Capitán Juan Rodríguez Suárez ...”(Salas 1985:114)

Reconocer el valor de su labor es razón suficiente para estar de acuerdo en sus cavilaciones y pensamientos como el siguiente:

“...En fin son tan numerosos los documentos de la época que tenemos a la vista que prueban esas depredaciones que terminaron con la raza indígena no obstante la infinidad de cédulas y provisiones, leyes y órdenes para prevenirlas.....era imposible atajar el mal únicamente con papeles; y así, esto constituye la mayor razón de la independencia de las colonias, aunque desgraciadamente el virus caló lento, que en muchos de estos países aún no se ha obtenido la reforma de esas administraciones y poderes públicos, que no se consideran creados para servir a sus administrados sino para explotarlos...” (Salas 1985:48)

Con lo obtenido por las referencias históricas, se infiere que este asentamiento humano de la colonia, ya antes había sido ocupado por uno indígena, como un espacio físico que además de social, era simbólico, religioso que permitió que más tarde se consolidara la población que dio uso al espacio denominado “antiguo cementerio”, después de las incursiones conquistadoras, las cuales estuvieron marcadas por la violencia, la guerra, el dominio y explotación de la fuerza de trabajo que condujo a la reducción cuantitativa de los pobladores autóctonos, que según las hipótesis de nuestros investigadores, poseían características tanto en cultura, mitología, religión, patrones funerarios, construcción de viviendas, patrones de asentamiento y técnicas agrícolas semejantes a los de de cultura chibcha, arawak, y por otro grupo, posiblemente de etnia caribe. Probablemente

compartían la misma influencia político-religiosa como toda una jerarquía de cacicazgos, en Mérida los más importantes fueron Mu-ku-chies para la Sierra del Norte, Jamú, en la actual Lagunillas, y Mucaria (Acequias) y Aricagua para la Sierra del Sur. Como hecho curioso, observado en los documentos, se ve que a los caciques o principales se les pagaba un tributo simbólico, y estos símbolos, se verán reconvertidos con la dominación española, en los representantes de la organización socio-religiosa imperial: los capitanes, encomenderos y curas misioneros doctrineros.

El sistema de encomienda y doctrinas impuesto por los españoles desplazó muchas comunidades en plena producción y desconoció los lugares sagrados por excelencia.

Si se analiza la conducta de los conquistadores tanto como el proceso de la conquista en sí misma, se observa la enorme diversidad, origen, extracción, formación y propósitos de sus actores, el cambio de su pensamiento respecto a los amerindios dada la ausencia de preconcepciones acerca del poblador americano su carácter, naturaleza y la realidad de sus culturas, lo que conllevó a una imposición del proceso colonizador hispano que responde a la concepción sociopolítica del imperio español.

Cada acto fundacional de una ciudad indiana, se da como la conciencia de creación de un espacio nuevo, sagrado, en el sentido más amplio del término: la fenomenología de la creación del nuevo espacio; que se hace patente de manera especial en dos elementos esenciales: la implantación de la fe cristiana en un mundo pagano y la designación del espacio sagrado por excelencia, la nueva ciudad cristiana y, dentro de ella, la iglesia, la casa de Dios.

El proceso de imposición del estilo de vida hispano y el adoctrinamiento en la fe católica por parte de los misioneros agustinos comenzó en 1579. Pero se observa como consecuencia, en el período prehispánico, y continuado, lo que hasta hoy es una constante, la menor carga poblacional de las zonas altas con respecto a las bajas a lo largo de la cuenca del río Chama, es decir, con una importante

disminución del tamaño de los asentamientos y con un aumento de la dispersión de la población. Es probable que las parcialidades político- territoriales de este amplio sector de la cordillera estuvieran limitadas en lo económico al estar alejadas de los centros principales de intercambio, siendo en todo caso poblaciones de menor nivel en la jerarquía económico-religiosa de la región; ello llevó a la paulatina desaparición de las lenguas nativas, cuyo vestigio nos queda en la toponimia de algunos lugares de la cordillera andina de Mérida, porque los misioneros destruyeron sistemáticamente todos los vestigios de idolatría y paganismo, siendo, según ellos, esta la causa de un doble comportamiento por parte del amerindio.

Sin embargo, la aparente y formal adhesión a la fe cristiana, las creencias de sus mayores persistieron en ellos con gran fuerza. Esta constatación fue motivo de reflexión entre los misioneros, hasta llegar al convencimiento de que sólo por la vía del conocimiento de las creencias y formas de pensar del indígena harían posible una profunda y real transformación en su religiosidad.

De hecho, los naturales, tenían sus santuarios con las representaciones de sus deidades. Los encargados del culto eran los mojanés, médicos-sacerdotes con un carácter eminentemente sagrado, quienes se comunicaban con las deidades como Suhé, Chía o el ser supremo, Ches.

El éxito del P. Bartolomé Díaz en Mucuchíes se debe a que comenzó por aprender el idioma de los indios, cuyo ejemplo siguieron otros muchos Agustinos, que compusieron catecismos para adoctrinarlos.

Algunos misioneros insertaron ritos y danzas aborígenes en los cultos católicos. Los santos y vírgenes católicos iban sustituyendo a los dioses indígenas, el culto tradicional comienza a decaer, y las deidades de los españoles son admitidas, pero en el mundo simbólico de los indígenas prefirieron la figura de la Virgen bajo la advocación de la Inmaculada Concepción.

Dentro de los referentes históricos es obligante tomar en cuenta las investigaciones de la Dra. Jacqueline Clarac de Briceño. En un discurrir por una de sus obras como *“Las Antiguas Etnias de Mérida”* en la cual trata sobre los grupos humanos que se asentaron en nuestra cordillera de Mérida, quizás hasta unos quince siglos antes de la incursión europea según indicaciones de las fechas obtenidas del trabajo arqueológico.

La Dra. Jacqueline Clarac refiere acerca de los trabajos etnológicos que permiten entonces, establecer que, la población de la cordillera se constituyó, a través del tiempo, con la probabilidad de ocupación de varios grupos humanos, bien sea un primer grupo instalado desde un tiempo indeterminado y del cual el estado actual del conocimiento no permite reconstruir la cultura; otro que llegó al comienzo de nuestra era y se mantuvo en la cordillera hasta la llegada de los españoles, el que produjo patrones que hoy en día pueden seguirse tras los rescoldos de las características de su cultura, como base étnica de nuestra población actual, pero que puede ser estudiado por los referentes de mitología, religión, patrones funerarios, construcción de viviendas, patrones de asentamiento, técnicas agrícolas, que le conduce a teorizar sobre la relación de éstos con la cultura chibcha, que se extendía a América Central, gran parte de Colombia (oriental), y el occidente de Venezuela, actuales territorios de los estados Zulia, Lara, Trujillo, Mérida, Barinas, y Táchira, acompasado esto con la presencia de un tercer grupo que quizás llegó más tarde, probablemente alrededor del siglo IX de nuestra era, pertenecía al grupo arawak, una de las más extensas e importantes tanto de América del Sur como del Mar Caribe; pero también refiere sobre otro grupo, un poco más tardío un grupo de la etnia Caribe, la cual conquistó gran parte de América del Sur, las Antillas y parte de Centroamérica, los Caribes estaban en pleno proceso de expansión marítima, terrestre y comercial al llegar los europeos. Este despliegue de análisis es el basamento para sus estudios de los grupos que conformaron las etnias que ocuparon la región andina, en sus palabras:

“Ya hice observar en una obra anterior la arbitrariedad del nombre «Timoto-cuica», atribuido a nuestros antiguos indígenas, ya que

«Timotos» y «Cuicas» eran sólo comunidades integradas a una etnia mucho mayor. Julio C. Salas había observado también esta arbitrariedad; pretendía que el grupo étnico de Mérida pertenecía a una de las poblaciones más antiguas de América, al mismo tiempo que sería de origen arawak, mientras que Febres Cordero defendía su origen pre-quechua.

Gracias a los avances de nuestro propio trabajo hoy y a la posibilidad de utilizar las informaciones que también nos aportan los investigadores colombianos, o que trabajan sobre Colombia, podemos proponer para dicha sociedad que precedió durante varios siglos a los españoles en la cordillera de Mérida el nombre de THA-KU'WA que le dan hoy a los tunebos, o el de MU-KU, que ellos mismos utilizaron para referirse a sí mismos y a su tierra. (Clarac, 1996: 27)

El nombre particular del grupo de Mérida habría sido «THAKUWA» o THA -K-U'WA, lo que significaría en tunebo «Gente mayor» o «Gentehacia atrás». Habrían tenido una primera migración hacia Colombia desde una montaña sangrada llamada KAROUWA, y desde una importante laguna, siguiendo la ruta de las tijeretas (golondrinas) (Clarac: 1996. 26).

Entre el legado lingüístico de la población originaria, pueden contarse dos lenguas denominadas amerindias: el quechua y el guaraní, las cuales han alcanzado el rango de lenguas cooficiales en algunos países hispanoamericanos, y cuya permanencia se debe en parte a su uso como lengua franca durante la obra evangelizadora colonial.

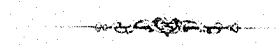
La Dra. Jacqueline Clarac de Briceño, al igual que el Dr. Julio César Salas, propone el nombre de Mucu-Chama para el grupo étnico que ocupó los territorios que hoy conforman el estado Mérida. "Los Mucu-Chamas, ocupaban la región que conocemos en la actualidad como Estado Mérida, y cuyos principales centros

prehispánicos fueron aparentemente Zamu, Macaria (o Mucuria), Chama, Mucuchíes y Timotes” (Clarac, 1985:50)

“...vale decir que son importantes los datos que pueda aportar la etnografía en cada uno de nuestros países, para interpretar el dato arqueológico...” (Clarac, 1996:46)

De los habitantes prehispánicos, como huellas históricas, han quedado la tradición transmitida oralmente, a través del relato mítico; los restos arqueológicos, que están permitiendo deducir gran parte de esa historia ignorada; la lingüística de esas etnias, cuyo estudio ha logrado acceder al origen de los aborígenes y los testimonios escritos de los cronistas europeos, los cuales sin haber logrado sustituir la memoria colectiva de los pueblos, han sido asumidos de manera preponderante por los historiadores del siglo XIX, como lo ha expresado Emanuele Amodio, quien ha considerado, que hay que re-descubrirse también en el ámbito de la historia y no solamente saberse en el mundo del mito.

www.bdigital.ula.ve



D.- Referentes Arqueológicos.

El espacio y el entorno físico son materia prima apropiada y moldeada por el hombre a partir de sus conceptos culturales y prácticas sociales, desde allí construye sus paisajes y permite hacer inteligible el mundo que habita; por tanto se entenderá como una producción humana dentro de la cual se conforman sus respectivos contextos sociales, políticos y culturales, que se erige en el lugar de la praxis, la cual es particular a cada momento histórico cultural; su análisis conduce a la identificación de sus diferentes manifestaciones en el tiempo, a partir del estudio del material arqueológico.

Así, cada detalle arqueológico, remite a una determinada estrategia de semantización que generan su arquitectura simbólica y actúa en una lógica de relaciones asociativas entre los significantes y sus soportes, dotando de contenido a esa realidad material.

Desde finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX se ha tenido información acerca de las sociedades antiguas de la cordillera del Estado Mérida, Adolfo Ernst (1913); Tulio Febres Cordero (1921); José Ignacio Lares (1950), entre otros. Entre los años 50 y 70 se dieron los primeros pasos hacia el estudio sistemático de estas sociedades en las figuras de Acosta Signes (1954); Gaspar Marcano (1971); Julio César Salas (1971); Alfredo Jahn (1973); Alfred Kidder II (1944); Cornelius Osgood y George Howard (1943) y J. M. Cruxent (1982), remitiéndose fundamentalmente a las zonas vecinas a la cuenca del río Chama.

Se tiene referencia de los estudios de José Ignacio Lares (*Etnografía del Estado Mérida* 1883), donde define sus teorías acerca de los primeros pobladores de la zona de la Cordillera Andina de Mérida a los cuales nombra “Muiscas”, pueblos indígenas que habitaban la antigua provincia formada por Táchira y Mérida (Lares, 1950: 13); un conjunto de pueblos con distintos nombres que se adjuntaban bajo

la denominación de Timotes y que tenían por confinantes los pueblos siguientes: al norte, o sea sobre las orillas del Lago de Maracaibo, los Bobures y Motilones; al sur sobre el arranque de los Llanos, los Toboros, Caros y Coyones. Al Oeste los Mombures y Aviamas del Táchira, dependientes o confinantes de los Chitareros; y al Este la nación de Cuicas, del Estado Trujillo.

Con estos trabajos se realizan, en el caso de la Cordillera de Mérida, por primera vez, construcciones tipológicas y estilísticas del material arqueológico.

Los trabajos arqueológicos realizados por arqueólogos como J. M. Cruxent (1961); E. Wagner (1964-65)(1970); Sanoja y Vargas (1967), I. Vargas (1967), Sanoja (1967-70) y Armand (1985) Meneses y Gordones (1992, 1993), Niño (1988, 1990), Ramos, (1988), y por el Museo Arqueológico de la Universidad de Los Andes a partir del año 1986, permiten hoy día manejar un conjunto de datos que nos aproximan al conocimiento del valor representativo de la cultura de las sociedades andinas de la Cordillera de Mérida. Esos datos, nos indican que la zona fue ocupada por distintas oleadas poblacionales provenientes de la región nor-central del país, de la cuenca sur-occidental de Lago de Maracaibo y posiblemente por grupos humanos provenientes de los Llanos Altos Occidentales. (Gordones.1993)

En el año 1948, José María Cruxent trabajó un sitio de habitación prehispánico en la Cuenca Alta del Río Chama, en Chipepe, Moca Bajo, Mucuchíes. Cruxent localizó un mintoy superficial y 224 tiestos cerámicos aflorados que, posteriormente le sirvieron para postular junto con Irving Rouse el Estilo Chipepe (Cruxent y Rouse, 1982). Según estos autores, el Estilo Chipepe está relacionado con el Estilo Mirinday del estado Trujillo, perteneciente al horizonte Tierroide; sobre la base de esta comparación lo incluyen cronológicamente en el período IV. (Cruxent y Rouse, 1982).

A finales de los años sesenta del siglo XX, la cordillera Andina de Mérida es escenario de estudios sistemáticos a través de proyectos arqueológicos adelantados por Erika Wagner (1970 y 1980) e Irida Vargas y Mario Sanoja

(1967, 1969). Los proyectos de investigación van a suministrar datos importantes para la comprensión de la dinámica étnica de la cordillera en tiempos prehispánicos.

En el marco del Proyecto «*Arqueología del Occidente de Venezuela*» (Sanoja y Vargas 1967, 1969 y 1970), Iraida Vargas realiza investigaciones arqueológicas en la localidad de Tabay, más específicamente en el sitio de San Gerónimo, el cual es tipificado como un sitio de habitación que se remonta, según las fechas radiocarbónicas obtenidas, entre 970 a 1310 años después de Cristo (Vargas, 1969).

Igualmente Vargas plantea que «La tradición plástica de la cual San Gerónimo parece formar parte, debe haber persistido hasta períodos muy tardíos lo cual se evidencia por la presencia de elementos característicos de esta tradición mezclados con cerámica policroma en el Chao y Mirinday, Fase Mirinday (Wagner, R.C. 1350 D.C) y en Carache (Kidder II, 1944), Guadalupe (Sanoja, 1963), etc.» (Vargas, 1969:124).

La tradición plástica presente en San Gerónimo está relacionada, según E.Wagner, con las que existían en la zona norte, es decir, Trujillo y Lara, así como la Fase Miquimú, que comparte con San Gerónimo las vasijas trípodes del tipo incensario, las vasijas globulares o subglobulares trípodes de patas sólidas, una decoración plástica basada en asas acintadas de sección circular, las asas festoneadas de sección oval, así como las cadenetas con incisión corta en forma piramidal, las tiras de arcilla aplicadas onduladas con impresión de dedos y los pectorales de piedra (Wagner, 1967).

Simultáneamente, Mario Sanoja realiza excavaciones arqueológicas en la localidad de Chiguará, obteniendo abundante material cerámico y enterramientos en urnas funerarias (Sanoja y Vargas, 1967).

En este marco de referentes arqueológicos se toma la dirección de los trabajos de la investigadora Erika Wagner del Departamento de Antropología del I.V.I.C., dado que ha centrado parte de su investigación en el área donde nuestro sitio de estudio está incluido, la denominada área intermedia por Willey en 1959, cuyo

nombre deriva de su ubicación entre Mesoamérica y los Andes Centrales, reconocidos como focos de civilización de América.

Signado su trabajo por el establecer secuencias culturales, de cuya ocupación humana considera protohistórica e histórica inicial, para Mucuchíes establece la “fase Mucuchíes” en base a las excavaciones en los yacimientos de El Mocado Alto y la Nueva Era, a finales de 1967 y comienzos de 1968, Erika Wagner excava los sitios en Mucuchíes, cuenca alta del río Chama (Wagner, 1970 y 1980). La Era Nueva fue considerado como un sitio de habitación y Mocado Alto fue catalogado por Wagner como un sitio de habitación asociado a un cementerio y un taller de placas aladas, remontándose ambos sitios, según fechas radiocarbónicas obtenidas, de estas excavaciones, a un período de ocupación que oscila entre 450 y 1120 años antes del presente, y obtiene fechas de C-14 como la de 650 D.C., proveniente de Miquimú que pertenece al período III, siendo hasta ahora la fecha absoluta más antigua obtenida por E. Wagner.

E.Wagner da como características de lo que llamó el Patrón Andino, las construcciones de piedra, terrazas agrícolas, cuevas funerarias y ceremoniales, y entierros asociados con parafernalia votiva diversificada (Wagner. 1971 y 1972). La subsistencia estuvo basada en el cultivo de la papa y otros tubérculos (*Ullucus tuberosus* y *Oxalis tuberosa*). La cerámica es más bien tosca y simple, con escasa decoración. Este patrón Andino refleja influencias culturales de Colombia, como son las fases Chibcha y Tairona, pues comparten rasgos en su cerámica, las construcciones de piedra, el tipo de agricultura, estructuras cubiertas de piedras, material votivo que acompaña a los muertos y algunos artefactos líticos, como se comprobó con la excavación que realizó de un taller y cementerio de artesanos que fabricaban artefactos alados conocidos como “pendientes alados” hechos de serpentina y esteatita, logro bajo su dirección y dado por primera vez en el Área intermedia. (E.Wagner, 1972:181-184)

Según Wagner «... El material arqueológico de los yacimientos de Chipepe, San Gerónimo, El Mocado Alto y La Era Nueva es lo suficientemente similar como para considerar que es producto de un sólo grupo humano y lo hemos asignado a la

fase Mucuchíes...» (Wagner 1970: 181). «La fase Mucuchíes comparte una serie de rasgos con otras fases dentro y fuera de Venezuela. Así notamos similitudes con Mirinday, Betijoque, La Mulera, Dabajuro y Tierra de los Indios del occidente de Venezuela. Mucuchíes también comparte una serie de rasgos con la fase Miquimú del área de Carache (cerámica tosca y la presencia de «*alas de murciélago*»). Cronológicamente, Miquimú es anterior a Mucuchíes (período III) y es muy probable que Mucuchíes recibió influencias del área de Carache...» (Wagner, 1970: 183).

En la zona de Mucuchíes, cuenca alta del río Chama, Wagner (1970, 1988) encontró en sus excavaciones un porcentaje bastante considerable de tiestos cerámicos que relaciona con la del tipo “Mirinday Pintado”, e incluida en la Fase “Mirinday” establecida por ella, razón además para considerar su presencia en Mucuchíes como producto de las relaciones interétnicas que ocurrían en la zona. Tomando en cuenta lo anterior, compartimos la tesis de Sanoja (1986) según la cual «Las áreas de distribución de la alfarería decorada con técnicas plásticas y la de la alfarería policroma en el norte de la región andina, parecen sugerir de una gradual ocupación de los valles bajos y el piedemonte norandino por los fabricantes de esta última y un repliegue de los fabricantes de la alfarería decorada con técnicas plásticas hacia las regiones altoandinas...» (Sanoja, 1986: 13).

Alfredo Jhan: describió los objetos y prácticas rituales asociadas a ellos, de la región de los Andes, se refiere en especial a los mintoyes (construcciones de piedra que pudieron servir como tumbas o alternativamente como silos para almacenar granos y/o tubérculos) del Alto Chama.

Sin embargo, investigaciones arqueológicas recientes han permitido afirmar que existió en la Cordillera de Mérida una organización social jerarquizada y multiétnica que se extendió por todos los pisos altitudinales de la región (Gordones y Meneses, 2005).

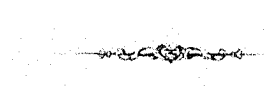
Al tratar de integrar la interpretación de los resultados arqueológicos con los datos

etnohistóricos como evidencia, permite reconstruir el modo de vida de los aborígenes de la región andina, pero los caminos de recuas, solitarios y azotados por las ventisqueras dan pie a toda conseja y leyenda, éstas que configuran una nueva estructura poblacional y un proceso de urbanización calcado en los moldes estandarizados impuestos por los planificadores de turno.

Ese proceso de mestizaje y aculturación se fue dando paulatinamente, si bien prevalecían los rasgos indígenas, se consolidó el poblado y su proceso de aculturación, entonces, surgió una nueva realidad cultural mestiza.

En palabras del historiador Julio César Salas:

"...Con los datos que tenemos presentes o sean multitud de documentos escritos de la época de la conquista y colonización y la toponimia de estas comarcas venezolanas recogidas por nosotros... Destituidos, eso sí, de toda fantasía o prejuicio que estorbe el severo análisis y que impida nuestra propia rectificación, en una materia que ansiamos conocer a fondo y que desgraciadamente ha sido campo hasta hoy de especulaciones y elucubraciones sin base seria... (Salas, 1985:104).....no obstante, como lo que consignamos puede ser sometido a rectificación o ratificación....el lector está en libertad de formar su propio criterio, pues nosotros hemos formado el nuestro, tras vigiliias y gastos que a él le evitamos, sintiendo nuestra única recompensa haber contribuido en la medida de nuestras fuerzas en el conocimiento de la patria venezolana, y de la encantadora cuando dura, áspera y bella, montaña nativa..."
(Salas, 1985:106)



E.-Referentes Bioantropológicos.

E.1.- Antropología Dental.

Este término aparece como concepto formal por primera vez en 1900 en un artículo publicado por George Buschan, según Scott & Turner II (1988). Se le puede definir como una especialidad de la antropología física y constituye una alternativa de investigación que facilita la exploración y conocimiento de algunos elementos biológicos vinculados a los procesos microevolutivos e históricos, y que mediante el análisis de la variación morfológica presente en la dentición humana permite inferir aspectos sociales, históricos y filogenéticos en los individuos o grupos de las sociedades antiguas o pretéritas

En palabras de Rodríguez Flores: "es la disciplina que se encarga de registrar, analizar, explicar y comprender todo aquello que la morfología de los dientes puede indicar de los grupos humanos en cuanto a su condición biológica asociada a sistemas culturales, y la cual facilita la exploración y conocimiento de algunos elementos biológicos vinculados a los procesos microevolutivos e históricos de las sociedades antiguas" (RODRÍGUEZ Flórez C.D. 2003).

Dentro de su campo de estudio, se hace presente la *odontoscopia* o morfología dental, concebida desde el punto de vista de la antropología física, como la disciplina que se encarga de registrar, analizar, explicar y comprender rasgos marcadores en la taxonomía de la especie humana y en la identificación con fines forenses introduciendo valiosa información sobre edad, sexo, población, y hábitos alimenticios, es decir, todo aquello que la morfología coronal y radicular de los dientes puede indicar de los grupos humanos en cuanto a sus actividades culturales, condiciones biológicas y calidad de vida.

Los dientes como *indicadores* para el estudio de las poblaciones humanas, se constituyen en *marcadores y unidades de comparación* poblacionales de origen

genético, y permiten clasificar a los grupos humanos taxonómica, filogenética y evolutivamente a través de la frecuencia, el dimorfismo sexual, la bilateralidad y la asociación de las características morfológicas dentales (métricos y no métricos), las cuales reflejan una parte del genotipo de una población, ese rasgo discreto que expresa la especificidad genética de ella, o bien, las tendencias evolutivas en el desarrollo de enfermedades: caries, enfermedad periodontal, defectos del esmalte y la asociación del desgaste dental con determinados patrones alimenticios, etc.

Además, sus análisis, contribuyen con la reconstrucción de la osteobiografía (odontobiografía) individual y general con fines forenses, y en contextos arqueológicos y antropológicos ayudan a la estimación biológica de las poblaciones para esclarecer su historia, origen, formación, contactos y desplazamientos de los grupos humanos actuales y pasados. Es una rama inter y transdisciplinaria de la Antropología, Biología, Odontología, Paleontología, Paleopatología y Etnología.

Para los antropólogos biológicos norteamericanos R. G. Scott y C. G. Turner II es la ciencia que contribuye al estudio antropológico de la variación biológica en el espacio y el tiempo desarrollando aspectos como la adaptación, variación e historia de los grupos humanos (Scott R.G. & Turner II C.G. 1997). Otros afirman que la antropología dental es el campo de investigación que utiliza la información obtenida de los dientes de poblaciones humanas modernas y esqueletizadas para resolver problemas antropológicos, es decir, la especialidad que estudia el origen etnogenético de las poblaciones humanas usando rasgos morfológicos y odontogénicos como marcadores genéticos.

Mientras que otros como el antropólogo estadounidense J. R. Lukacs, afirma que el estudio de los dientes sirve para determinar patrones alimenticios y niveles de estrés fisiológico ocurridos en la prehistoria, lo que reflejaría patrones de crecimiento y desarrollo en humanos y primates, para determinar la edad precisa de muerte y la demografía de los primeros homínidos, para configurar relaciones taxonómicas entre especies, para estimar afinidades biológicas y patrones de

migración en las poblaciones humanas antiguas (Lukacs J.R. 1989), es decir, es una especie de *heterografía dental* que permite resolver problemas de tipo histórico, cultural y biológicos.

Se observa coincidencia en el concepto de Antropología Dental que hacen diferentes autores en la literatura convencional que la definen como la ciencia del estudio de los dientes como fuente de información que ayuda a conocer la historia evolutiva de los seres humanos y que a la vez, es utilizada con fines socio-históricos.

De este abanico de opiniones se puntualiza que la antropología dental persigue tres objetivos principales: el primero es la reconstrucción filogenética de los diferentes grupos humanos, el segundo es la reconstrucción biológica de las poblaciones antiguas, y el tercero es la identificación de restos humanos en contextos forenses (J. Kelso, 1978).

En el último decenio la Antropología Dental ha avanzado considerablemente en el desarrollo de nuevos métodos y técnicas de análisis, ha abarcado nuevas poblaciones antiguas y modernas en el estudio de la variación morfométrica dental. Igualmente, ha abordado la problemática de las principales tendencias evolutivas en el desarrollo de algunas enfermedades como la caries, enfermedad periodontal y los defectos del esmalte, y la asociación del desgaste dental con determinados patrones alimenticios. En la identificación de personas ha contribuido con datos sobre estimación de sexo, edad, filiación poblacional y otros rasgos individualizantes.

Haciendo uso de la interdisciplinariedad del ámbito en el cual nos desenvolvemos, es posible integrar la información de los contextos mortuorios a un discurso antropológico, utilizando la información obtenida, es decir, los datos, con los cuales podemos obtener vestigios de corporeidad que revelan la realidad biológica, como una manera de trascender a la vida a partir de la muerte, en este caso en particular, utilizando técnicas metodológicas, que abordan también a estos restos corpóreos y nos permiten delinear además vinculaciones con otras

áreas antropológicas puesto que la persona, como ser social, está determinada por las características propias de cada sistema, y el análisis de un grupo que, en este caso, es objeto de este estudio de investigación, integra la antigua necrópolis de la población de Mucuchíes, permitiría una aproximación plausible a la organización de esa sociedad.

Los dientes, con frecuencia, son la única parte del cuerpo que puede ser recuperada de las excavaciones, cementerio, etc., debido a la dureza, robustez y durabilidad de su estructura, pudiendo obtenerse una gran cantidad de información, como por ejemplo, sobre la dieta, la higiene oral, la ocupación, el comportamiento cultural, etc. (Lukacs, 1989:261).

Representan en la mayoría de los casos, el único testimonio fósil de la evolución de las especies; gracias a su particular resistencia, la dentición está adaptada para soportar sin alterarse un gran número de agentes -químicos, biológicos y físicos- ante y post-mortem. A causa de sus cualidades: dureza, calcificación, densidad... etc., el diente puede mantener tras la muerte su integridad ante circunstancias que provocarían la descomposición y pérdida de sustancia en otro tipo de tejidos. Todo ello, junto con la capacidad de conservarse fosilizado durante largos períodos de tiempo sin alterarse, hace que la dentición constituya un material de estudio valiosísimo de las poblaciones pasadas y presentes.

La dentición preserva una memoria histórica, refleja en forma acumulativa los cambios acontecidos desde su surgimiento hasta las formas contemporáneas, además de la evolución de las enfermedades dentales, razón ésta por la que la Antropología Dental estudia la variación morfológica y métrica de la dentición de las poblaciones humanas, en el tiempo y en el espacio, y su relación con los procesos adaptativos y los cambios en la alimentación que condujeron a la evolución de los humanos en el tiempo, espacio y según los distintos grupos étnicos.

La forma y el tamaño de los dientes está codificada genéticamente, lo que quiere decir que representan de una forma bastante objetiva, elementos para las

reconstrucciones filogenéticas. La morfología refleja una parte del genotipo de una población, el rasgo discreto expresa la especificidad genética de ella, el estudio de la variación morfométrica dental se asocia a las tendencias evolutivas en el desarrollo de enfermedades: caries, enfermedades periodontales, defectos del esmalte y la asociación del desgaste dental con determinados patrones alimenticios (Rodríguez Cuenca. 2003).

La utilidad de la morfología dental y su fácil aplicación en la solución de problemas antropológicos asociados a estructuras de parentesco, relaciones genéticas entre grupos y patrones de movilidad en el pasado han sido demostradas en varias investigaciones (Rodríguez Cuenca. 2003). Estudios realizados en la región andina colombiana apoyan la utilidad de los rasgos morfológicos dentales para la solución de problemas similares, como es el empleo de los dientes como fuente de información relacionada con el comportamiento social de los grupos humanos prehispánicos.

Se sabe que los tipos de alimentos determinan la variedad de los gérmenes de la boca y, el estado de la boca de un individuo refleja la composición del alimento, pero como los dientes son el tejido del cuerpo más fuerte y estable en el ámbito químico, su análisis e interpretación contribuyen de manera inestimable a la reconstrucción del comportamiento humano del pasado, de sus padecimientos o enfermedades.

Las anomalías de los dientes, son las más comúnmente documentadas dada su frecuencia de aparición en las poblaciones humanas como fuente valiosa para complementar la datación dentro de los parámetros de la antropología y la paleoantropología, debido a las ventajas del material dental por encima de otros tejidos anatómicos que lo habilitan como un registro óptimo pues tras su formación, el diente no cambia ni en su forma ni en su composición a diferencia otros tejidos duros como el hueso, los cambios en el diente son leves y lentos; al no estar recubiertos por tejidos blandos posee una mayor accesibilidad y puede medirse tanto en seres vivos como en restos fósiles con métodos similares, los

rasgos dentales tienen alta heredabilidad. Ofrecen determinación concreta de la especie, del sexo, de la edad y reflejan características específicas de grupos ancestrales por tanto ofrecen la oportunidad de registrar información biológica que facilita la comparación entre dos o más grupos humanos separados en el espacio y tiempo, con estas diferencias entre poblaciones permiten obtener una idea sobre los desplazamientos y contactos que han dado lugar al poblamiento y variación étnica de amplias regiones.

La distribución y prevalencia de los rasgos dentales (discretos, descriptivos, no métricos, epigenéticos, polimórficos, fijados, etc.) y su variación normal en una o más poblaciones, permite a los antropólogos establecer marcadores intergrupales que facilitan el análisis comparativo y ayudan a esclarecer la historia, origen, formaciones, contactos y desplazamientos de los grupos humanos actuales y del pasado.

Dentro del abanico de posibilidades estudio se pueden resaltar tópicos de la antropología dental

- *Morfología hereditaria*: se emplea para determinar relaciones biológicas y estimar semejanza genética entre grupos y personas, ayudando a solucionar la problemática sobre las relaciones genéticas asociadas a procesos históricos y étnicos del pasado y sus repercusiones en la actualidad (Rodríguez Flórez 2003). Esto se debe a que las diferencias fenotípicas dentales que encontramos entre dos o más grupos humanos a través del espacio y el tiempo pueden ser asumidas como el reflejo temporal de cambios en las frecuencias genéticas (Scott & Turner II 1988). Por esta razón, la comparación geográfica y temporal puede darnos información relevante con el origen y procesos de poblamiento humano en áreas específicas.

- *Odontometría*: los estudios sobre poblaciones prehispanicas las dimensiones dentales son usadas para determinar el sexo de los individuos y complementar la información paleodemográfica de las poblaciones, debido a que las distancias de forma exhiben un alto nivel de consistencia taxonómica.

- *Patologías:* como fuente importante de información que permite inferir las condiciones de salud y enfermedad oral, como: el *desgaste* de las superficies dentales que ayuda a obtener información indirecta sobre la dieta de los grupos humanos en el pasado, como indicadores de desarrollo tecnológico, o estrés cultural originado en el uso de los dientes como una tercera mano en la manufactura de algunos utensilios.

- *Desarrollo y crecimiento:* para establecer técnicas de observación y determinación de la edad biológica de muerte del individuo para complementar información de interés paleodemográfico.

- *Tratamientos culturales:* la mutilación de los dientes, su modificación intencional o tratamiento con fines culturales,

- *Análisis de fitolitos:* identificación de pequeñas estructuras de sílice en el cálculo dental permite determinar las familias de plantas que eran empleadas por los grupos humanos prehispánicos para su uso alimenticio, ritual o simplemente para aseo personal.

Dentro del abanico de las problemáticas de investigación más comunes abordadas por la antropología dental como base para la comprensión de algunos interrogantes antropológicos de procesos sociales e históricos en las poblaciones humanas actuales y antiguas

- *Origen y poblamiento:* la información dental de origen hereditario, como los rasgos fenotípicos especiales, es relevante para generar hipótesis sobre la movilidad y distanciamiento genético entre grupos asociado a regiones geográficas y épocas específicas.

- *Calidad de vida:* como un elemento social susceptible a medición biocultural mediante la identificación de algunas enfermedades como la caries, hipoplasia en el esmalte, pérdida de dientes antes de morir, periostosis, cálculo y ausencia congénita entre otros, considerados como registros directos de procesos

patológicos asociados a las condiciones alimenticias y el desarrollo tecnológico en la preparación de alimentos de los grupos antiguos.

- *Patrones de enterramiento*: porque la información dental rescatada contribuye a complementar sustancialmente la recreación del patrón de enterramiento en una población prehispánica.
- *Identificación humana*: facilita el proceso de identificación humana y forense.

E.2.-Paleodontopatología.

La Paleodontopatología como rama de la Paleoantropología (del griego, *paleos* – antiguo-, *anthropos* –ser humano-, y *logos* – conocimiento-), que a su vez pertenece al campo de la Antropología Biológica ocupada del estudio de la evolución humana y compartido con la Paleomedicina, es decir, el estudio de las huellas y signos de una acción médica dejadas en estos fósiles o momias así como los objetos arqueológicos de los cuales se sirvieron.

Se trata de una ciencia de carácter retrospectivo, que abarca principalmente el estudio y análisis de las huellas que una patología deja en la estructura masticatoria, recabada en restos humanos procedentes de tiempos antiguos, teniendo como fin básico posible, recabar los signos que conlleven al diagnóstico sobre la situación de la salud bucal de una comunidad pretérita.

El estado de conservación de los restos humanos objeto de estudio depende de factores tales como:

- Las condiciones de la inhumación o depósito.
- La dureza de los tejidos (dientes, huesos, cartílagos, tejidos blandos).
- El medio ambiente en el que se hallen.
- Los métodos de excavación y el tratamiento recibido por dichos restos.

Para los antropólogos biológicos norteamericanos R. G. Scott y C. G. Turner II es la ciencia que contribuye al estudio antropológico de la variación biológica en el espacio y el tiempo desarrollando aspectos como la adaptación, variación e historia de los grupos humanos (Scott & Turner II 1997).

Campillo Assumpció Malgosa Morera, en su texto Paleopatología: *"La enfermedad no escrita"* (2003), comenta que la primera definición de este término fue propuesta por Schufeldt en 1882, y publicada en 1885 en el Standard Dictionary, vol. 2; este investigador se refería a la paleopatología como *"la ciencia de la condiciones patológicas presentes en los órganos de los animales extintos y petrificados"*. Luego de transcurrir cierto tiempo, esta definición expuesta por Schufeldt sufrió algunas modificaciones, entre éstas se encuentra la que propuso Sir Marc Armand Ruffer, la cual ha resultado ser la más aceptada: *"es la ciencia que ha podido demostrar la presencia de enfermedades en los restos humanos y de animales de los tiempos antiguos"*.

Para la paleopatología, la fuente principal de conocimiento, son los restos esqueléticos humanos; y la importancia del proceso de recuperación de los restos es decir, la excavación y los datos obtenidos en el campo son parámetros fundamentales que proporcionan la máxima información al paleontólogo con el fin de establecer un diagnóstico lo más fiable posible.

Dice Malgosa Morera (2003), "los restos óseos de un individuo son únicos e irrepetibles" razón primordial por la que hay que evitar que la información que puedan proporcionar los restos óseos, ya limitada por la naturaleza misma del material y los fenómenos tafonómicos asociados al enterramiento, se vea disminuida por una recuperación, manipulación y documentación no correcta, *porque, tanto el cuidado en la recuperación de los restos óseos como la exhaustividad de la documentación que se recoge in situ van a facilitar el diagnóstico paleopatológico lo cual conlleva a una buena aproximación a la casuística individual y a la interpretación paleoepidemiológica de una población.*

El acaecer histórico tiene la peculiaridad de poseer una doble representación en el tiempo, por un lado, está ligado al pasado y, por otro, es parte, aunque oculta, del presente, ya dice San Agustín: *"La historia de toda la humanidad, desde el comienzo al fin del mundo, es como la historia de un solo hombre"*.

Lo que parece esencial en estos pueblos en cuanto a la medicina, es la idea de la enfermedad como fenómeno sobrenatural por acción de demonios o por encantamiento debido a una falta cometida por el enfermo. La enfermedad tiene, por lo tanto, un valor moral. Pero a esto hay que agregar que en esta medicina primitiva el diagnóstico y tratamiento eran, en mayor o menor grado, consecuentes a esa idea de enfermedad como fenómeno sobrenatural. El diagnóstico y el tratamiento también se hacían con elementos mágico-religiosos.

Las patologías bucales han sido estudiadas por diferentes especialistas, principalmente por los investigadores en paleopatología (Brothwell, 1981; Lukacs, 1989; Dahlberg, 1991; Scott y Turner, 1997) quienes han descubierto en ellas, una importante fuente de conocimientos que brindan la posibilidad de acercarnos, a pesar de la diversidad o variabilidad biológica y del aparente "aislamiento" de los grupos humanos en los diferentes periodos históricos, a un pasado común para nuestro género y especie (García S., 1997).

Las patologías bucales incluyen una gran variedad de malformaciones o cambios estructurales, que pueden afectar un solo diente, varios de ellos o a todo el sistema dental. Ellas varían en su localización, desarrollo y frecuencia, dependiendo de las características anatómicas de la región donde se establezcan, aunque patologías diferentes puedan presentar la misma etiología, pues las enfermedades bucales pueden tener efecto, tanto en la dentición permanente, como en la temporal, indiferentemente de los desórdenes locales o sistémicos que comprometan al individuo.

Los trastornos bucales proporcionan un registro permanente, ya que una vez instalada la enfermedad, ésta queda "grabada" en el hueso y en el diente, persistiendo a lo largo del tiempo, hecho éste que ayuda al conocimiento e

identificación de los principales desordenes físicos que sufrió el hombre del pasado. Por lo tanto, el análisis odontológico en restos óseos del sistema dental genera una información trascendental que sirve para estudiar el desarrollo de la enfermedad a lo largo de la historia evolutiva del hombre.

Como la base para la decantación del proceso investigativo se han utilizado los dientes, y las partes esqueletizadas del aparato estomatognático porque los dientes son estructuras altamente mineralizadas por lo que soportan mejor que otras regiones anatómicas las alteraciones postdeposicionales, esta es probablemente la razón por la que son los restos que se detectan con más frecuencia en las inhumaciones antiguas.

El diente constituye la estructura más sólida del cuerpo humano, es el tejido más resistente al paso del tiempo; existe una relación favorable entre su forma y tamaño anatómico; las coronas de los dientes poseen algunas características que permiten su óptima conservación y las raíces presentan una protección física natural al estar enclavadas en los huesos maxilares; su resistencia al paso del tiempo y al ataque de agentes tafonómicos aporta un importante arsenal de rasgos marcadores en la taxonomía de la especie humana y en la identificación con fines forenses por la valiosa información sobre edad, sexo, población, y hábitos alimenticios; revelan las tendencias evolutivas en el desarrollo de enfermedades: caries, enfermedades periodontales, defectos del esmalte y la asociación del desgaste dental con determinados patrones alimenticios.

Uno de ellos se refiere al valor taxonómico que demuestran pequeñas características morfológicas que reflejan una parte del genotipo de una población para estimar relaciones biológicas entre poblaciones. En términos generales, la distribución y prevalencia de estas características o rasgos dentales (discretos, descriptivos, no métricos, epigenéticos, polimórficos, fijados, etc.) y su variación normal en una o más poblaciones, permite a los antropólogos establecer marcadores intergrupales que facilitan el análisis comparativo y ayudan a

esclarecer la historia, origen, formaciones, contactos y desplazamientos de los grupos humanos actuales y del pasado.

La determinación del sexo y la edad permite establecer diversas pautas de inhumación según la distribución de los individuos por estructura funeraria, ofreciendo una idea aproximada del comportamiento funerario de la población. Pero desde el punto de vista antropométrico se pueden diferenciar los hombres de las mujeres, por las mayores dimensiones, en términos generales, que suelen presentar aquéllos respecto a éstas, sobre todo en el tamaño de la mandíbula y en la robustez de los puntos de inserción muscular (Chimeno y Malgosa, 2002).

El diente representa en la mayoría de los casos, el único testimonio fósil de la evolución de las especies y nuestra dentición preserva una memoria histórica pues refleja en forma acumulativa los cambios acontecidos desde su surgimiento hasta las formas contemporáneas como una de las fuentes de información más preservadas de nuestro pasado, debido a los cuales, son argumentos válidos para facilitar la solución de problemas antropológicos. Como en nuestro caso, nos generan datos sobre las características físicas, evolutivas, socioculturales y de la salud buco-dental de una población, así como también los orígenes e incidencia de las patologías bucales que se producen como respuesta del organismo al contexto ambiental y cultural del que forma parte como individuo de determinado grupo social.

La importancia y conocimiento de estas sociedades, radica en el hecho de que ellas son portadoras de un conocimiento tecnológico que les permitió relacionarse con otros grupos humanos en geografías próximas y distantes. Circunstancia ésta que ha debido ser una constante en los grupos humanos de la cuenca alta del Chama. Por lo tanto, los modelos de comportamiento social, sus inter-relaciones, el aprovechamiento y apropiación de materias primas, así como las redes de intercambio de bienes manufacturados y productos agrícolas, han debido llevar a la necesaria adecuación de los espacios y de su propio trabajo, este proceso de

sus "huellas" de vida, que como una impronta nos permite aproximarnos a una mejor comprensión de estas sociedades antiguas de artesanos (Niño, 1996).

Investigaciones arqueológicas recientes han permitido afirmar que existió en la Cordillera de Mérida una organización social jerarquizada y multiétnica que se extendió por todos los pisos altitudinales de la región (Gordones y Meneses, 2005).

Dentro de la temática de Antropología Física y osteología se ha tomado una serie de conceptos básicos aplicables a las poblaciones antiguas, tanto para las lesiones óseas como para el diagnóstico retrospectivo o de presunción de las diferentes entidades nosológicas; el uso de las citadas lesiones elementales permite una estandarización de las descripciones patológicas que vendrían a definir las principales observaciones macroscópicas en el hueso arqueológico, pero la propia elección de patologías a considerar puede ser un elemento decisivo a la hora de obtener información relevante sobre la capacidad adaptativa al medio. Desgraciadamente, la estructura ósea reacciona sólo ante determinadas enfermedades, y además pueden detectarse parecidas manifestaciones macroscópicas en el hueso producidas por diferentes agentes etiológicos

Las manifestaciones de las patologías orales son numerosas y suelen clasificarse en función de la causa que las generan (Lukacs 1989), por lo cual se propone un protocolo para el diagnóstico selectivo en los estudios paleodontopatológicos de esta investigación:

- sexo: se presentan frecuentemente unas características morfométricas distintas en el hombre que en la mujer lo cual permite establecer tal diferenciación. (el problema viene planteado por los individuos con características mixtas, denominados *alofisos* (Chimenes.1992))
- edad: la cronología de la calcificación y erupción dentarias permite un diagnóstico bastante preciso de la edad del individuo, el diagnóstico de la edad dentaria se basa en el grado de mineralización y en la fase eruptiva en que se encuentren las piezas dentarias al sobrevenir la muerte (Schour

& Massler, 1941; Ubelaker, 1989)...en individuos adultos, es decir, con toda la dentición permanente erupcionada, el diagnóstico se hace más difícil, debiéndose tener en cuenta distintos factores, como son el grado de desgaste de la superficie oclusal (Brothwell, 1981; Perizonius, 1983), la pérdida de soporte óseo periodontal y la pérdida *ante mortem* de piezas dentarias (Chimenos et al., 1990)

- se consideran enfermedades infecciosas las producidas por un microorganismo patógeno y las consecuencias secundarias de dicha infección (caries, abscesos, pérdida *ante mortem*).
- las alteraciones degenerativas representarían una pérdida de tejido óseo o dental (caso de la enfermedad periodontal), caries, atrición, abrasión, erosión dentarias
- las lesiones relacionadas con el desarrollo tendrían lugar durante la formación del diente (hipoplasia) o del tejido óseo de ambos maxilares.
- en el caso de la edentación o pérdida de las piezas dentarias, provoca una nutrición inadecuada, con lo que disminuyen las defensas del organismo y se compromete el estado de salud general.

El número y la severidad de las lesiones aumentan según envejecemos. Un problema añadido es que no siempre se cuenta con información relativa a las treinta y dos piezas dentarias presentes en la dentición definitiva debido a su ausencia en el registro fósil. Por tanto, siempre obtenemos una subestima de la prevalencia de la enfermedad.

Ocasionalmente puede producirse la formación de una infección severa que como proceso originará finalmente un cambio en la estructura del hueso provocando un cambio en la cavidad oral.

Un aspecto de interés paleopatológico es la presencia de paradontolisis, la enfermedad periodontal que afecta al soporte óseo del diente. Morfológicamente se identifica por la modificación del reborde óseo del alveolo dental ya que en lugar de aparecer de forma neta y definida se detecta la existencia de

remodelación y osteítis con una paulatina reducción de la altura del hueso. Si la patología se prolonga en el tiempo se produce la pérdida *ante mortem* del diente por desaparición de soporte alveolar al que se unen los ligamentos periodontales de la raíz dental.

La hipoplasia del esmalte dental es una alteración del desarrollo de la corona del diente por la que el espesor del depósito del esmalte es menor del normal (Trancho y Robledo 2000). Puesto que la mineralización sólo se produce durante la edad de formación del diente, la hipoplasia es un indicador excepcional del registro de los acontecimientos del desarrollo que sufrió el individuo durante la infancia.

www.bdigital.ula.ve

Capítulo III

Metodología y Técnicas de la Investigación.

A.- Metodología de la Investigación.

En base a un estudio interdisciplinario se ha guiado esta investigación con el objetivo de teorizar sobre la caracterización del conjunto de individuos que ocuparon una "antigua necrópolis" y por ende representantes de una comunidad, una sociedad, que habitó el entorno específico de Mucuchíes en la época de 1601 a 1873 aproximadamente; para esto, se proponen metodologías científicas que permitan inferir premisas, es decir, se parte de un estudio etnohistórico, es decir, una investigación etnográfica y etnológica cuyo objetivo es tratar de percibir, reconstruir y estudiar una comunidad pero vista desde una perspectiva antropológica, que permita reconocer el contexto, seguido de un estudio bioantropológico: el análisis de las patologías orales reconocidas en los restos esqueléticos encontrados.

La guitura de la investigación ha sido signada por metodologías científicas propuestas como idóneas para inferir premisas con el objetivo de realizar un estudio paleodontopatológico, para lo cual es preciso recordar que tan sólo podemos investigar el conjunto de las alteraciones señaladas como patologías orales, pero específicamente de enfermedades susceptibles de causar una impronta ósea, cuya identificación, estudio, y clasificación permitan inferir acerca de su prevalencia, las posibles causas ambientales, alimenticias o culturales, que ocasionaron la instalación y posterior desarrollo de las mismas, así como

referenciar otras características dentales que sin ser consideradas patológicas, guardan relación con estudios antropológicos.

De esta manera se obtiene un cuerpo de datos, en base al cual se trata de reconstruirle significativamente, como un documento humano, como entidad biológica que interacciona dentro de un contexto cultural y ambiental y por ende, aporta información específica sobre las condiciones de salud bucal de ese grupo humano, objeto del estudio; lo que conduce a la obtención de una imagen-reflejo etnológica de un tipo de comunidad y sistema sociocultural desarrollado en la cordillera andina en tiempos pretéritos, como colofón al agregar un granito de arena al enriquecimiento y rescate de la historia regional.

A.1.- Método Etnográfico.

La importancia de analizar poblaciones desaparecidas no solo tiene el propósito del conocimiento del hombre como ser biológico, sino también los hechos ecológicos y culturales que influyen de manera trascendental en sus características físicas, su variabilidad y las condiciones generales de vida

Según la acepción de Malinowski, la Etnografía es aquella rama de la antropología que estudia descriptivamente las culturas. Etimológicamente, el término significa la descripción (grafé) del estilo de vida de un grupo de personas habituadas a vivir juntas (ethnos), ese ethnos, viene siendo la unidad de análisis para el investigador acerca de cualquier grupo humano que constituya una entidad, miembros de un grupo étnico, cultural o situacional que comparten una estructura lógica o de razonamiento que, por lo general, no es explícita, pero que se manifiesta en diferentes aspectos de su vida.

Para el desarrollo de la metodología etnográfica se hace necesario el desear acercarse a la verdadera naturaleza de las realidades humanas, centrarse en la

descripción y la comprensión de las historias que narran, describen e interpretan las realidades observadas pero desde el punto de vista conceptual de sus protagonistas, para profundizar en la investigación con una mente lo más abierta posible lo cual permite que vayan emergiendo las impresiones, y luego de concentrada información en nuestra libreta de campo, analizarlas, cotejarlas con los obtenidos por otros métodos.

Desde el pasado siglo se conciben nuevos enfoques y nuevas metodologías para hacer más integral el estudio de determinadas sociedades, en este caso en particular, está dirigido a los restos óseos humanos, pertenecientes a una necrópolis y como tal, son representantes de una comunidad asentada en una zona de nuestra cordillera andina. Claro, las sociedades que ahí habitaron no eran iguales a las de hoy, pero, se estudia a sus descendientes, sus representantes hoy día, por ocupar la misma región, surge entonces un intercambio, se revelan reminiscencias de esos pobladores, muy lejanas, luego, la confrontación con los datos arqueológicos e históricos conduce a una comprensión mayor del pasado, esa etapa de cambio sociocultural que representó la incursión de los españoles, reflejada en sus documentos escritos, narraciones que tuvieron que ver con las sociedades indígenas que ya habitaban estos territorios venezolanos, como proceso continuo de los seres humanos y que tienen también su propia forma de concebir su historia, de concebir su pasado, y lo enriquece el propio discurso en relación con los mitos, las representaciones simbólicas, las técnicas agrarias, la organización social, las creencias y rituales religiosos y su obligada relación con la cultura del recién llegado europeo.

No obstante las fuentes puedan ser subjetivas en vista de que para cada cual es "su" verdad la que se alberga en el recuerdo, por lo lejana de la época investigada, sin menosprecio de la capacidad informativa de este tipo de fuentes, pues presentan un paradigma de una coetaneidad aparente, pero, nuestra es la relativización de esa verdad, así entendemos la realidad desde la perspectiva de

cada ciencia como diferente pues se centra en lo que destine cada una, como objeto de estudio.

En este caso, los elementos objetivos, como materiales reconocibles son mejores evidencias porque no existen generadores de información directa, se toman entonces, los objetos arqueológicos, los restos óseos, se convierten en fuentes entendibles y aunque aleatorios, pero, que ofrecen una visualización como prueba material de un producto social, como el medio para la pesquisa de pruebas objetivas de soporte para el estudio y acceso a la simbología, que cifran materialmente los sentimientos y sensibilidad de individuos de otros tiempos.

Ese producto social revela estructuras sociales, el uso social de lo material; la estructuración de los elementos en el espacio refleja lo que ha sido utilizado en función de quien lo ha hecho y es ese acceso lo que permite la configuración del relato etnográfico, al redactar la información obtenida apoyada en las pautas dictadas por la etnografía para traer del pasado los orígenes de la realidad presente.

Los métodos científicos conforman un abanico de posibilidades dentro de la realidad de este conjunto arqueológico donde concursan diferentes teorías e hipótesis factibles y alternativas. Hallamos un conjunto social, que contiene un espacio estructurado como área de actividad social, cementerio, necrópolis o sitio de inhumación en representación de la materialidad social y de las relaciones entre los sujetos sociales; pero más tarde estructurado con un nuevo fin, área de producción agrícola.

Para la época de la necrópolis, los conjuntos naturales (depósitos geológicos) vendrían a constituir el soporte físico de los espacios sociales, es decir, el marco de la materialidad social que consistiría en el territorio de producción, el medio ambiente y los paisajes percibidos.

Dado que la comunidad de asentamiento es caracterizada como un agregado de conjuntos sociales de tipo rural, se toma en cuenta entonces, la estructuración del

espacio, en este caso, un cementerio, como "*residencia*" de un colectivo humano lo que para este ámbito reconocemos como un espacio social.

Bajo esta premisa, es posible obtener una interpretación arqueológica que aproxime al investigador a la realidad de la cultura de ese momento, hoy desaparecida, esto lleva a delinear enfoques específicos como el histórico cultural, que supone el protagonismo de los grupos étnicos en la generación de su cultura material que caería dentro de la teoría social, que conlleva a una revisión de los paradigmas propios del materialismo histórico.

El estudio busca realizar una interpretación teórica de la cultura, una construcción sistemática de ésta, para ello parte del presupuesto de que lo cultural es lo fenoménico, lo real, lo aparente. La opción metodológica de esta manera de abordar los contextos sociales-arqueológicos se fundamenta en el materialismo dialéctico que considera a los fenómenos materiales como *procesos* y el materialismo histórico con su concepto de transformación del mundo mediante el trabajo.

Porque cada modo de vida es diferente a los demás, y por consiguiente, el investigador no se propone explicar una cultura sino interpretarla o comprenderla.

A.2.- Método Etnohistórico.

El desarrollo cultural de América es un proceso continuo que se debe intentar reconstruir, analizar e interpretar como un todo con variables amplias y complejas de espacio, tiempo y problemática cultural; para su estudio se ha hecho necesario orquestar un nuevo método de acercamiento, de investigación científica, que aplicado de manera sistemática nos permita investigar la cultura de sociedades concretas, pero para el estudio integral de los fenómenos sociales de un grupo

humano determinado, para investigar la cultura de esta sociedad concreta, es menester el concurso complementario de otras disciplinas, de los métodos antropológicos, arqueológicos e históricos, en la consecución de un enfoque interdisciplinario que sea fuente indirecta de conocimiento para el período prehispánico.

El texto es el producto de una investigación, basada fundamentalmente en fuentes documentales (manuscritas e impresas), biblioemerográficas y orales, antiguas y actuales; en el que se perciba el cambio cultural a través de una larga secuencia temporal desde el momento del contacto americano/europeo; continuando con el período colonial.

Así, el método etnohistórico es diseñado para utilizar todas las técnicas, todas las fuentes de conocimiento, para una más completa interpretación científica del fenómeno cultural como fenómeno humano.

Las fuentes documentales para la historia de la cultura prehispánica de América pueden clasificarse, según su origen, en fuentes indígenas y españolas.

Dado el tan limitado alcance que la escritura tuvo en la América prehispánica, las fuentes documentales indígenas de ese período son muy reducidas en número y su contenido se ciñe a aspectos muy concretos. Las fuentes españolas, por el contrario, son abundantísimas y sus autores y temas tan diversos que prácticamente no queda ningún aspecto importante de la cultura indígena o de la organización social sin alguna referencia; sin embargo, son siempre posteriores al contacto.

Estas fuentes pueden informar sobre la situación prehispánica y, por supuesto, sobre el fenómeno de aculturación que significó la misma presencia española, y además, están los miles de documentos de archivo que total o parcialmente se refieren a los indios, o que en forma directa o indirecta pueden proporcionar datos sobre ellos, en cuanto al material histórico, de aquella parte que se encuentra en los archivos desde que los documentos dejaron de ser partes vivas de todo un

sistema de comunicación, de todo un sistema cultural, y se convirtieron en piezas históricas y hasta de museo.

El etnohistoriador se enfrenta a ese campo inmenso e inhóspito y una vez que el material se ha extraído y clasificado de una manera preliminar, comienza una nueva fase de su labor, con esos datos obtenidos de documentos de archivo, arma una base de datos, la cual sería como la etnografía del etnólogo; pero con la gran diferencia, una dificultad diría pues, limitante, al documento de archivo no se le pueden hacer preguntas directas, por lo que debemos contentarnos con «leer» lo que hay en ellos mismos y todo lo más, inferir otros datos por medio de analogías y otros procedimientos.

No obstante al tener ese material, apenas se da comienzo al verdadero proceso, al clasificarlo, evaluarlo y desarrollar técnicas y procedimientos para obtener lo máximo de información que contiene y sobrepasar la dificultad de inferir otros hechos que se dan en forma velada.

La documentación de archivo puede también clasificarse en «tipos» según el carácter del documento, del material hallado, los tres criterios principales con arreglo a los cuales podrían clasificarse estos documentos, son los siguientes:

Carácter del documento: criterio necesarios como forma de separar o clasificar el material buscado: la carta (generalmente es el documento más abundante); la probanza; los pleitos; las tasaciones impuestas a los pueblos de indios; documentos referentes a obligaciones tributarias de cualquier sector de la población; los documentos mercantiles; los juicios de residencia; las “*visitas*” (que tenían por objeto comprobar la actuación de ciertos funcionarios, conocer la situación de una región, las ordenanzas que determinan las obligaciones y responsabilidades de un funcionario, un grupo o una institución); las provisiones y “*cédulas reales*” donde se especifica la política de la Corona y se transmiten toda clase de órdenes que afectan a todos los niveles y grados la vida y el comportamiento de toda la población, y otros tópicos más.

Condición de su autor: pues, particularmente los que se redactaron en Indias y tenían España como destino, es muy variada y muy significativa. Estos auténticos informantes de una situación etnográfica podían ser funcionarios u oficiales de algunas de las entidades de la administración colonial, miembros de una orden religiosa o del clero secular o individuos particulares. Los documentos, tales como cartas, podían venir firmados por una sola persona o por varias, o haber sido redactados en nombre propio o en representación de alguien.

La situación o circunstancias bajo las que se redactó el documento: es quizás el más fundamental, porque proporciona a la documentación de archivo unas características humanas, sociológicas, de que carecen otros textos más formales y menos espontáneos como las "*crónicas*" o "*histonas*". Las circunstancias bajo las cuales el autor de un documento podía encontrarse en el momento de redactarlo, dependían del lugar, el tiempo, la relación personal del autor con la materia tratada, el hecho de escribir desde su posición oficial o a título privado o el hecho de escribir espontáneamente, rutinariamente o en respuesta a un requerimiento o consulta del Consejo de Indias o, en fin, con propósitos tan distintos como denunciar y atacar, defenderse, suplicar, etc.

Es la tarea del etnohistoriador, precisamente, penetrar en esa masa de datos y juicios muchas veces contradictorios, otras veces complementarios o aclaratorios, para construir el esquema dentro del cual adquiriera sentido la vida, la cultura, de aquella población. Se busca transformar los datos históricos de la documentación en información etnográfica, tomando al documento en su valor como exponente de una diversidad social y cultural mucho más interesante que el mismo dato, porque dan a conocer el punto de vista del grupo dominado en la situación de contacto sin inferir datos etnológicos del material del proceso de aculturación del indio americano, que inicia la presencia europea pues se trata de probar con la fuerza de los textos la viabilidad del método etnohistórico en el estudio del indio y cómo la documentación española de los primeros años puede contribuir firmemente al establecimiento de una línea base de la cultura antes del contacto.

Para establecer la credibilidad de cada afirmación y extraer todo el potencial informativo se requiere una exhaustiva acumulación de citas y una confrontación con otras fuentes documentales.

La contribución de la etnohistoria a la reconstrucción de un proceso cultural y al establecimiento de un marco común de referencia se basa en el trabajo interdisciplinario que en el aspecto cultural debe estar bajo los principios integradores y coordinadores de la teoría general antropológica.

Los papeles de archivo son un material inapreciable para un propósito muy concreto pero esencial en una interpretación dinámica de la cultura, la fotografía instantánea de aquella experiencia masiva de contacto cultural que no tiene paralelo en la historia.

Por tanto, debemos ir afinando siempre, entonces, nuestros instrumentos, explorando otros enfoques en nuestras investigaciones, lingüístico, bioantropológico, genético, geológico, etnobotánico, etc., a fin de contrastar sus resultados con los nuestros, de modo que lo que hemos venido llamando “etnohistoria” hasta ahora sea una forma de enfocar el estudio del pasado y del presente, que se ha revelado necesariamente pluridisciplinario y a la vez de un cuestionamiento continuo, porque nos lleva a explorar también nuevas teoría de diferentes disciplinas pero que pueden ayudar a obtener la visión global que el tema de la investigación amerita.

En este caso específico, “la Paleodontopatología a través de un prisma etnológico”, se hace obligante la investigación que relaciona la historia, la cultura, la geografía, etc., con la patología oral, es involucrarse sistemáticamente en las disciplinas que coadyuden a lograr una imagen como reflejo de los seres que nos precedieron en este espacio de nuestra cordillera andina.

Esas horas de apasionada investigación nos permiten obtener a veces pocas, para algunos sin relevancia, conclusiones tales como las que dejan traslucir que estas sociedades amerindias sufrieron un profundo deterioro de la salud durante el

contacto Europeo y la posterior colonización. De igual forma la diversidad en la dieta y la calidad nutricional decrecieron mientras que la violencia y las labores de trabajo se incrementaron considerablemente.

Las consecuencias socioculturales de dicho contacto ya han sido suficientemente documentadas por la arqueología, la historia y la etnohistoria, pero hoy día el estudio de las secuelas biológicas permite evaluar el impacto biológico de la llegada de los europeos a través del estudio de los restos óseos, de los que se han obtenido datos de diferentes tipos de enfermedades dentales, así como de estrés fisiológico.

Esto se convierte en hilo conductor para conocer mejor el tipo de alimentación, la diversidad dietaria y nutrición y el estado de salud oral de las comunidades nativas. Los análisis paleodontopatológico muestran un notable incremento en el transcurso del tiempo, en los índices de caries, cálculo, enfermedad periodontal, pérdida dental ante mortem e hipoplasias del esmalte, que sugieren quizás, un incremento en el consumo de plantas ricas en carbohidratos y alta dependencia de plantas como el maíz y otros granos, lo cual implica un cambio en la nutrición, salud y forma de vida de estas comunidades.

A.3.-Método Bioantropológico: Paleodontológico.

La metodología de investigación seguida para el registro y análisis morfológico de paleopatologías dentales en la muestra seleccionada se organizó con la idea de construir un modelo que se adaptara a las condiciones de la muestra, siguiendo de manera clara las finalidades y objetivos perseguidos con esta investigación. Los objetivos se corresponden a través del análisis para sustentar una aproximación al conocimiento del estado del proceso salud - enfermedad de esta población moradora del “Antiguo cementerio” de Mucuchíes.

Nuestra metodología se desarrolla siguiendo secuencialmente, dentro del tiempo y el espacio recorrido por la muestra, ya que la cronología del yacimiento y el contexto etnohistórico permitieron, en determinadas ocasiones, ajustar la etiología diferencial de algunas patologías presentes.

El hueso como tejido y como órgano es afectado durante la vida del individuo tanto por factores endógenos como exógenos. Por tal razón, su estructura se modifica en el tiempo y en el espacio de acuerdo al principio de la variabilidad filogenética (evolutiva), étnica (ancestral), sexual, ontogénica (durante su crecimiento y desarrollo), individual (según la intensidad y tipo de actividad física) y cultural (de acuerdo a las prácticas culturales arraigadas).

A continuación se describirán de manera general los elementos metodológicos utilizados en el proceso del análisis paleopatológico de estas evidencias óseas:

1.- *Limpieza y Clasificación*: se realizó en tres etapas:

a) Del universo de restos óseos ubicados en el depósito aledaño a la iglesia, se realizó la tarea de clasificar y separar los restos fácilmente identificables, y ubicarlos en cajas plásticas rotuladas, luego de una limpieza en seco, como se observó en las imágenes del I capítulo, se utilizaron cepillos y pinceles especiales para evitar agravar el ya deteriorado estado de la muestra

b) Luego secuencialmente se apartaron los fragmentos óseos para tratar de formar unidades, tarea ardua por las condiciones existentes en el ámbito de trabajo.

c) Los contenedores plásticos con las evidencias *reconocibles* son trasladados a la ciudad de Mérida.

d) Una vez ubicados en el cubículo de la cátedra de Anatomía dentaria, se da inicio a la limpieza húmeda de las piezas, a causa de los sedimentos acumulados desde el 2004 en el área de ubicación. Se realizó con agua pura y algunos con una solución de alcohol y agua, en proporciones suministradas por la señora

Marielena Henríquez, técnico en Conservación y Restauración del Museo, quien muy diligentemente se dio a la tarea de enseñarme tal proceso. Se secaron sin exponerse al sol.

2.- *El análisis tafonómico*: todo elemento ya sea biológico o cultural contenido bajo sustratos que permitan su deterioro y/o conservación, ya sean estos intencionales o no, sufren procesos tafonómicos que causan algún grado de alteración en las piezas. La tafonomía puede entenderse como los procesos que afectan los dientes desde que el individuo muere y es enterrado hasta su hallazgo en contextos arqueológicos (Efremov I. A. 1940, en Hurlbut 2000). En este caso, no hubo mantenimiento alguno de la muestra. Su marcado deterioro revela toda una época de abandono en paupérrimas condiciones, no hubo almacenaje, ni ningún tipo de cuidado desde el año 2004 desde cuando permanecían en un depósito de materiales para la construcción, lo que dio como resultante, piezas sumamente fracturadas y otras prácticamente reducidas a pequeños e irreconocibles fragmentos.

3.- *Número Mínimo de Individuos NMI*: trata de establecer la cantidad de individuos que se encontraban enterrados en el "Antiguo Cementerio", en este caso, la relación a la cual nos enfrentamos es al número de individuos localizados en el depósito, que llamaremos universo, debido a que no relacionamos una excavación sino que se tiene la referencia oral del Lcdo. Antonio Niño, que señala que para el momento del rescate de la evidencia, año 2004, se contaron en número de 100 individuos, lastimosamente, para el año 2008, fecha inicio de este estudio, la muestra esquelética se había mermado en número y calidad, con respecto a lo referido, y al conteo de los individuos basado en huesos homónimos (por ej. fémur derecho e izquierdo) permitió deducir el número a 75 individuos, y dadas las condiciones misérrimas en que estos se encuentran, se han seleccionado 35 individuos, es decir, se llama individuo a la unidad soporte dentoalveolar que ostenta el objeto de estudio de la tesis: Paleodontopatología, entre los cuales 25 son maxilares superiores y 10 son maxilares inferiores,

individualmente, a causa de la no correspondencia entre unos y otros para formar un solo aparato masticatorio; razón por la cual, el número mínimo de individuos (NMI), para este estudio es de 35, que consideramos equivalente al 35% de la muestra.

4.- *La estimación de la edad:* la edad al morir se relaciona con la pérdida progresiva del esmalte dental causada por procesos fisiológicos normales, esto es la atrición dental, que es particularmente usada para suministrar la edad a los restos óseos hallados en contextos arqueológicos debido principalmente a la preservación y fiabilidad de los datos proporcionados por las piezas dentales; además es importante subrayar que en algunos casos los elementos contenidos en la dieta de una población pueden ser factores que afecten un diagnóstico preciso de la edad debido al desgaste patológico que puedan presentar, bien sea por la tecnología usada en la preparación de los alimentos u bien por el uso de los dientes en labores como "tercera mano" (abrasión).

5.- *La determinación del sexo*

La determinación del sexo de un individuo es más fiable si se estudian las características de los restos pelvianos que los del aparato masticatorio. Sin embargo, desde el punto de vista antropométrico se pueden diferenciar los hombres de las mujeres, por las mayores dimensiones, en términos generales, que suelen presentar aquéllos respecto a éstas, sobre todo en el tamaño de la mandíbula y en la robustez de los puntos de inserción muscular. La mayor dificultad diagnóstica la entrañan los individuos muy jóvenes (niños o subadultos) y los alofisos (que presentan características mixtas, masculinas y femeninas).

El cráneo no es la región del esqueleto cuyo sexo resulta más fácil de determinar, sobre todo si se encuentra roto o fragmentado. De modo general se puede distinguir el cráneo masculino del femenino atendiendo a los siguientes detalles (ver Brothwell 1987): por lo general es mayor y más pesado; los rebordes de las inserciones musculares, tales como la línea temporal y la cresta occipital son más

marcados; la protuberancia occipital externa y el proceso mastoideo son más desarrolladas; el margen superior del relieve de la órbita es más redondeado; el hueso palatino es mayor; los dientes son a menudo más grandes (diámetros coronarios mesodistal y bucolingual); la cresta supramastoidea se extiende algo más allá del conducto auditivo externo formando un reborde definido; la mandíbula es más robusta con regiones goniales más desarrolladas y destacadas y la rama de la mandíbula es más ancha y prolongada en los hombres, con procesos coronoides mejor desarrollados.

6.- *La observación de las condiciones patológicas enmarcadas en la paleopatología dental*, con los consabidos referentes y perspectivas clínicas, biológicas y antropológicas: De origen infeccioso (periodontopatía, caries, hipoplasia por infección local), De origen nutricional (hipoplasia por deficiencias) De origen ambiental (di-laceración, cálculo, desgaste severo)

7.- *El diagnóstico*: de la biología individual de la persona, que incluye las anomalías óseas, patologías, estado de salud-enfermedad, se refiere a la identificación e interpretación clínica de una lesión, su reconocimiento como tipo de lesiones presentes o posibles. El análisis osteopatológico, es decir, el estudio de las enfermedades que dejaron huella en el esqueleto, representa una fascinante fase en el proceso de individualización durante la reconstrucción de la biografía biológica antemortem, tanto del individuo como de la población. La estimación del estado de salud-enfermedad de un conjunto de individuos nos permite relacionar los aspectos biológicos y culturales (bioculturales). La paleopatología dental generalmente desarrolla tres niveles de análisis en la interpretación de las lesiones dentales: 1) Morfológico, 2) Radiológico y 3) Histológico. En esta investigación, debido a circunstancias académicas, se utilizó el modelo morfológico para observación y registro de paleopatologías dentales.

A.4.- Nociología.

Se ha querido realizar acá un inserto para dar una idea a aquel lector ajeno a la odontología acerca de la morfología, anatomía y detalles que serán manejados en el desarrollo del estudio investigativo con la convicción de que al hacer uso de estos complementos será más explícito el texto.

Morfología dental.

Según la descripción anatómica, existen cuatro tipos de dientes en el arco dental humano: incisivos, caninos, premolares y molares, y esta morfología específica, que refleja la función de cada uno de ellos está bajo la influencia morfogenética.

En el ser humano existen dos tipos dentarios distintos: la dentadura decidua, que consta de 20 piezas: 8 incisivos, 4 caninos, 8 molares; y la dentadura permanente, que consta en total 32 de piezas: 8 incisivos, 4 caninos, 8 premolares, 12 molares.

Al hacer referencia a la estructura dental (imagen III., se encuentran en todos y cada uno de ellos, zonas importantes para definir este estudio, ellas son: *regiones* (a), *caras* (b) y uniones o límites (c)

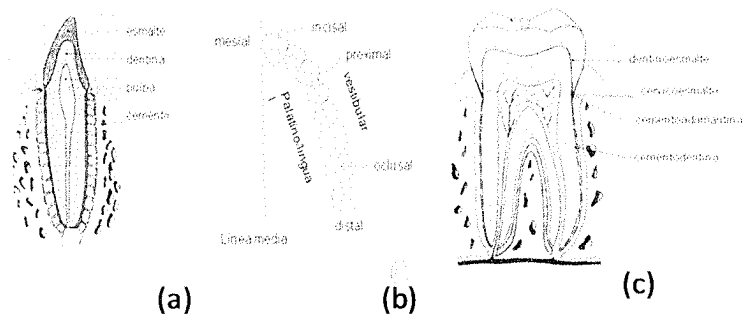


Imagen III. 1

El esmalte es el tejido más duro y quebradizo del organismo humano, compuesto aproximadamente un 96% de sustancia inorgánica y el 4 % orgánica. Su color

varía entre blanco grisáceo y amarillo, dependiendo del grado de translucidez del esmalte o de la dentina subyacente. La capa más delgada de esmalte se ubica en la unión cementoadamantina, y la mayor en las cúspides.

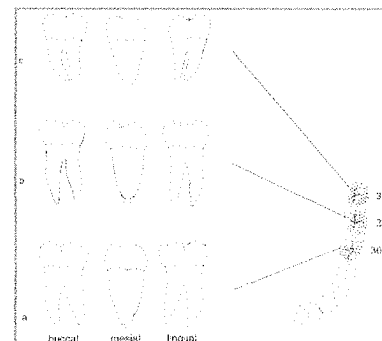
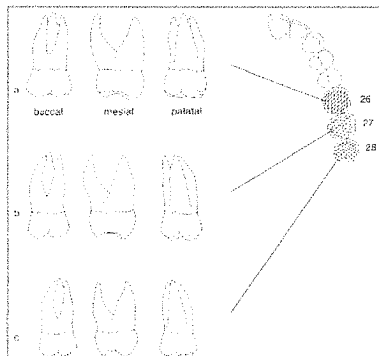
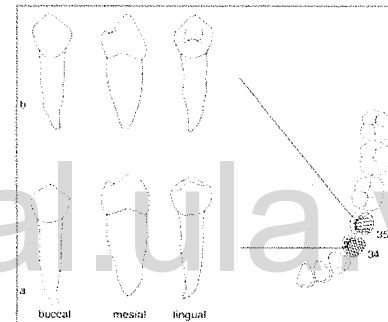
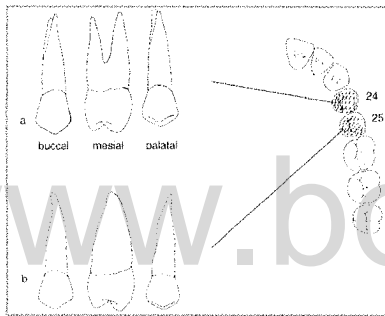
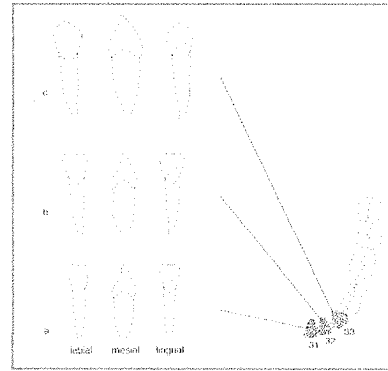
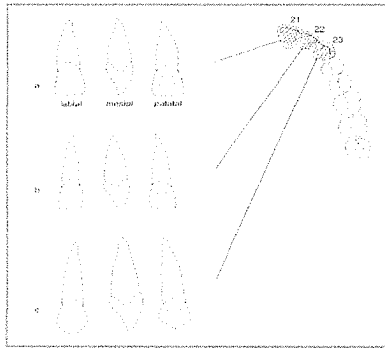
La estructura esencial de la matriz del esmalte son los prismas de esmalte y los bastoncillos, que se disponen transversalmente desde la unión dentina – esmalte hasta cerca de la superficie de la corona, donde se ubican también las estrías de Retzius. Parte del diente tiene una delgada capa de esmalte aprismático. Las bandas de Wilson se correlacionan con defectos hipoplásticos.

La *dentina* es un tejido duro, denso y calcificado, que forma la masa principal del diente. Su color es amarillo y es de naturaleza elástica. Su composición química es de 70% de sustancia inorgánica y 30% orgánica. A diferencia del esmalte, la dentina puede regenerarse, formando dentina secundaria de color parduzco en la cámara pulpar, y dentina terciera con finalidad de reparación. La dentina está cubierta por esmalte en la corona y por cemento en la porción radicular.

El *cemento* cubre la raíz del diente y sirve como medio de unión del diente con el alveolo, mediante el ligamento periodontal. La composición química comprende un 50% de sustancia inorgánica y 50% orgánica. El cemento acelular cubre la totalidad de la raíz anatómica y su menor espesor se localiza en la unión cementoadamantina o línea cervical, zona que forma el límite de demarcación de la corona con la raíz. El cemento celular se confina al tercio apical de la raíz y puede reproducirse, y por consiguiente compensar los efectos del desgaste en la superficie oclusal de la corona.

La *pulpa* ocupa la porción central del diente. Está rodeada de dentina y juega un papel importante en la embriogenia, pues da origen a los odontoblastos, que producen la dentina. La pulpa posee una abundante red de vasos y fibras nerviosas; ocupa un espacio denominado cámara pulpar ubicado en la zona central de la estructura dentaria, con un orificio apical por el cual penetran del tejido circundante, los vasos sanguíneos, los linfáticos y los nervios.

Los dientes y su posición en el arco dentario.-



B.- Técnicas aplicadas en la recolección de información paleodontopatológica.

B.1.- Definición de variables e indicadores utilizados en el análisis paleodontopatológico de las evidencias óseas originarias del "Antiguo Cementerio" de Mucuhíes.

Para este estudio se ha trabajado con una muestra de 35 individuos equivalente a un 35% del universo total de los individuos, los cuales según referencia del Lcdo. Antonio Niño, alcanzaba la cifra de 100, para el momento de la recuperación,

La recolección de los datos se ha basado en la observación macroscópica de los restos, en el campo de la paleopatología dental se desarrollará el análisis morfológico para la interpretación de las lesiones dentales dada la imposibilidad de acceder al registro radiográfico como se hace constar en comunicación que se agrega como anexo N°3, lo cual no resultó mayor impedimento para una sustanciosa recolección de datos y reconocer el diagnóstico de las patologías presentes.

Para el desarrollo de los análisis se ha disciplinado la secuencia en el uso de las variables, y de igual manera el encuadre y disposición de los elementos:

El registro de los datos se realiza dividiendo las arcadas dentarias en cuadrantes:

Cuadrante 1: superior derecho: desde el tercer molar superior derecho hasta el incisivo central superior derecho

Cuadrante 2: superior izquierdo: desde el incisivo superior izquierdo hasta el tercer molar superior izquierdo

Cuadrante 3: inferior izquierdo: desde el tercer molar inferior izquierdo hasta el incisivo central inferior izquierdo

Cuadrante 4: inferior derecho: desde el incisivo central inferior derecho hasta el tercer molar inferior derecho

Soporte óseo dento-alveolar: con esta nominación nos referimos a la porción, segmento del aparato masticatorio que vamos a analizar.

Cada elemento dental hallado en el cuadrante se evaluó por vestibular, palatino y lingual, tomando tres puntos de referencia: distal, medio y mesial, para determinar el grado de pérdida de inserción, lo que indica la severidad de la patología. Asimismo, se ubicó el nivel óseo con respecto a los tercios radiculares: cervical, medio y apical.

Para el examen periodontal se evaluó la condición del hueso alveolar o de soporte dentario, con ese fin, se tomó en consideración, como punto de referencia, desde el límite amelocementario (LAC) hasta el hueso alveolar remanente en mm, y se ubicó el nivel óseo con respecto a los tercios radiculares: cervical, medio y apical,

Alteraciones de carácter inflamatorio o infeccioso. Este apartado hace referencia a los procesos patológicos relacionados con una respuesta inflamatoria evidenciable como impronta en los restos óseos humanos estudiados: fístulas o lesiones óseas compatibles con procesos infecciosos dentarios y periodontales, pérdida de soporte óseo periodontal atribuible a periodontopatías, caries coronarias o radiculares, etc.

Variables.

A.- *Soporte óseo dento-alveolar*: maxilar superior o inferior

B.- *Estado de conservación* en que se encuentra: bueno, regular, malo o muy malo.

C.- *Edad probable*: la estimación de la edad de muerte nos brinda la oportunidad de reconstruir la demografía de poblaciones del pasado, su esperanza de vida, las condiciones biosanitarias y la identificación forense en el caso de restos óseos recientes.

Unas líneas de investigación en este campo se han centrado en la formación de las líneas de crecimiento (las estrías de Retzius y líneas de parenquimata), como consecuencia del depósito de capas concéntricas de dentina y cemento en los dientes, el patrón de desgaste de la superficie oclusal, superficie masticatoria del diente, de los molares definitivos (Miles, 1963) y la transparencia radicular de dientes de raíz única (Lamendin, 1992)

Para la estimación de la edad en nuestro estudio, se han utilizado los sistemas de valoración a través del desgaste de las caras oclusales de los molares, propuestos por Miles (1978) y Brothwell (1989), el grado de desarrollo y erupción dental, según los esquemas de Ubelaker (1989) y el grado de sinostosis de las suturas craneales (Masset, 1982).

La edad dentaria es fiable como la edad ósea. El diagnóstico de la edad se basa en aspectos como: la cronología de la erupción (con tres denticiones: decidua, mixta y permanente), el grado de desgaste oclusal de los dientes, el número de pérdidas dentarias y su causa (caries, periodontopatías, traumatismos).

En cuanto al desgaste dentario, cabe destacar que la corona de los dientes puede presentar un determinado grado de atrición (desgaste fisiológico, debido a la masticación), abrasión (desgaste patológico, debido a parafunciones –como el bruxismo- o a sustancias abrasivas), o erosión (desgaste químico no bacteriano - por ácidos-). Este desgaste puede estar relacionado con hábitos alimentarios (los vegetales crudos contienen fitolitos, que rayan los tejidos duros), así como con hábitos culturales (uso de la boca como tercera mano, mutilaciones dentarias, incrustaciones de piedras preciosas)

D.- Sexo probable:

El cráneo no es la región del esqueleto cuyo sexo resulta más fácil de determinar, sobre todo si se encuentra roto o fragmentado. De modo general se puede distinguir el cráneo masculino del femenino atendiendo a los siguientes detalles (ver Brothwell 1987):

- Por lo general es mayor y más pesado.
- Los rebordes de las inserciones musculares, tales como la línea temporal y la cresta occipital son más marcados.
- La protuberancia occipital externa y el proceso mastoideo son más desarrolladas.
- El margen superior del relieve de la órbita es más redondeado.
- El palatino es mayor.
- Los dientes son a menudo más grandes (diámetros coronarios mesodistal y bucolingual).
- La cresta supramastoidea se extiende algo más allá del conducto auditivo externo formando un reborde definido.

- La mandíbula es más robusta con regiones goniales más desarrolladas y destacadas.
- La rama de la mandíbula es más ancha y prolongada en los hombres, con procesos coronoides mejor desarrollados.

Habrá que señalar, por último, que el cráneo masculino es más redondeado en vista lateral, mientras que el femenino tiende a conservar una forma adolescente de apariencia grácil, con pares de eminencias en el frontal y parietal. Imágenes 2 y 3 muestran las diferencias craneales al respecto del dimorfismo sexual. (Udo Krenzer)

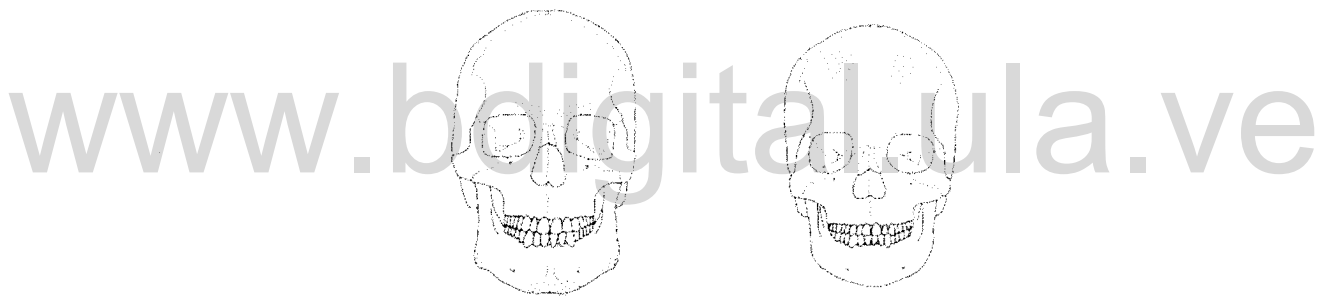


Imagen III.2 Características para el sexamiento de cráneos en norma frontal (según Herrmann et al. 1990)

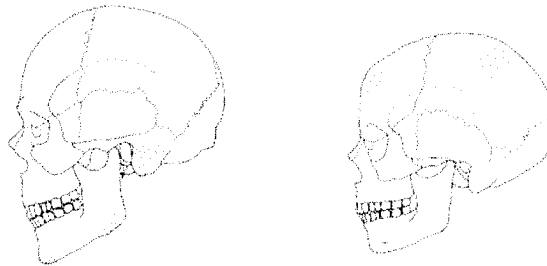


Imagen III.3 Características para el sexamiento de cráneos en norma lateral (según Herrmann et al. 1990)

La determinación del sexo de un individuo es más fiable si se estudian las características de los restos pelvianos que los del aparato masticatorio. Sin embargo, desde el punto de vista antropométrico se pueden diferenciar los hombres de las mujeres, por las mayores dimensiones, en términos generales, que suelen presentar aquéllos respecto a éstas, sobre todo en el tamaño de la mandíbula y en la robustez de los puntos de inserción muscular. La mayor dificultad diagnóstica la entrañan los individuos muy jóvenes (niños o subadultos) y los alofisos (que presentan características mixtas, masculinas y femeninas).

E- Estado dentario.

Consiste en valorar la presencia o ausencia de un diente en particular en su alvéolo correspondiente y, de no encontrarse, aproximar la información a la causa de su ausencia o situación. Para valorar el estado dentario se propone emplear las categorías siguientes:

- 1) Diente *in situ*: el diente explorado se encuentra ubicado en su alvéolo.
- 2) Diente perdido *ante mortem*: esta situación se determina de forma indirecta y la información se completa al estudiar el alvéolo correspondiente, en el que se observa una reabsorción ósea: reabsorción parcial o reabsorción total.
- 3) Diente perdido *post mortem*: esta situación se determina de forma indirecta, mediante la observación del alvéolo correspondiente, donde no existe reabsorción alguna.
- 4) Diente no erupcionado: esta situación indica que el diente se encuentra incluido en el hueso alveolar, lejos aún de su posición definitiva

5) Acá se pueden destacar alteraciones del desarrollo óseo y dentario, como anomalías que sospechamos de origen congénito, como otras adquiridas (maloclusiones, malposiciones dentarias).

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

Un aspecto de interés paleopatológico es la presencia de paradontolisis, la enfermedad periodontal que afecta al soporte óseo del diente. Morfológicamente se identifica por la modificación del reborde óseo del alvéolo dental ya que en lugar de aparecer de forma neta y definida se detecta la existencia de remodelación y osteítis con una paulatina reducción de la altura del hueso. La pérdida *ante mortem* del diente por desaparición de soporte alveolar puede ser producto de una prolongada patología periodontal, que conduce a la reabsorción alveolar.

Los dientes más susceptibles a la enfermedad periodontal son los molares superiores e inferiores, mientras que los más resistentes son los caninos; los incisivos y premolares se encuentran entre estos extremos. El patrón de supervivencia dental es aplicable a las poblaciones de cazadores-recolectores, agricultores tempranos y a las contemporáneas (Hillson 2002, Rodríguez Cuenca 2003, Strohm & Alt 1998).

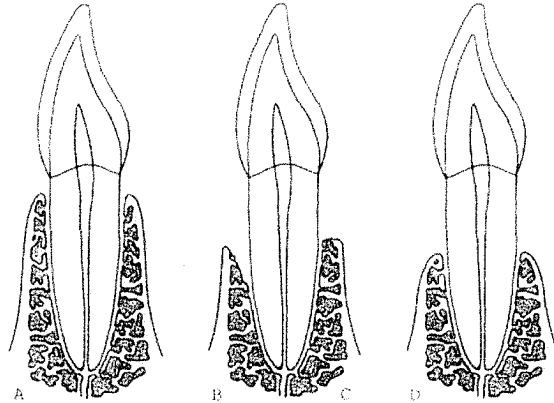


Imagen III.4 Clasificación de la enfermedad periodontal; a) peridoncio sano; B) periodontitis marginal con destrucción vertical; C) periodontitis marginal con destrucción horizontal; y D) atrofia (por Strohm & Alt 1998)

Este parámetro indica la aparente reabsorción del hueso alveolar, compatible con patología periodontal (periodontitis). En la valoración de este tipo de patología se consideran las categorías siguientes:

1) No valorable: el mal estado o ausencia de conservación del alvéolo en estudio no ofrece ninguna información en este caso.

2) Ausencia (< 3 mm): la pérdida de soporte óseo periodontal observable no supera los 3 mm, en ninguna zona del diente en cuestión.

3) Presencia, leve a moderada (3 – 6 mm): la pérdida de soporte óseo periodontal observable se encuentra entre 3 y 6 mm, en alguna zona del diente en cuestión.

4) Presencia, grave (> 6 mm): la pérdida de soporte óseo periodontal observable supera los 6 mm, o también se observa una lesión de furca (la furca interradicular está expuesta).

5) Otros valores o situaciones no incluidos entre los anteriores.

La patología periodontal se asocia con más frecuencia al grado 2, que puede ser generalizado para toda la dentición del individuo. Sin embargo, a menudo puede coexistir en el mismo individuo alguna lesión más grave (grado 3), coincidiendo tal vez con pérdidas dentarias *ante mortem* de dientes contiguos al valorado

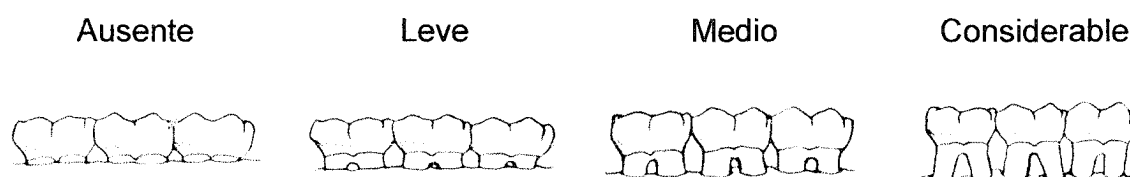


Imagen III.5 Estados de reabsorción alveolar (modificado, según Brothwell 1987)

F.2.- Caries:

Del latín: caries o putrefacción, probablemente la más común de las enfermedades dentales con una etiología multifactorial, como enfermedad infecciosa, trasmisible, que ocurre en la boca, en donde la destrucción progresiva de la estructura dental se inicia a partir de una actividad microbiana causada por *Lactobacillus acidophilus* o *Streptococcus mutans* en la superficie del diente, indicado por una decoloración del esmalte, que hace progresiva la destrucción de la pieza dental y los tejidos desmineralizados por esta combinación, se oradan dando por resultado cavidades de tejido necrótico plagados de bacterias. También puede originarse en lesiones por desgaste físico severo del que resultan superficies dentales de estructura debilitada que permite la penetración de las bacterias. Comúnmente es registrada según un sistema de graduación según sea la parte de la estructura dental, la afectada.

El diagnóstico visual de caries se confirma con la retención del extremo de un explorador dental en el interior de la lesión. Las categorías propuestas para valorar

este tipo de patología incluyen dos aspectos distintos, atendiendo, respectivamente, a la localización y al grado de afectación o gravedad de la lesión.

Para que se desarrolle la caries se requiere de una condición bacteriana, pero algunos factores internos de la estructura dental pueden contribuir a favorecerla, así como el tipo de dieta y la calidad de higiene dental. Se observan correlaciones entre la caries y la cantidad de azúcar y la fécula en hidratos de carbono, que baja el ambiente del valor del pH.

La clasificación de la caries enfoca principalmente en la localización y severidad de la lesión, donde se distingue entre:

(I) esmalte

(II) dentina

(III) cemento

(IV) pulpa

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

La hipoplasia del esmalte dental es una alteración del desarrollo de la corona del diente por la que el espesor del depósito del esmalte es menor del normal (Trancho y Robledo 2000). Puesto que la mineralización sólo se produce durante la edad de formación del diente, la hipoplasia es un indicador excepcional del registro de los acontecimientos del desarrollo que sufrió el individuo durante la infancia. Su origen se relaciona esencialmente con la edad de destete, una dieta inadecuada y/o enfermedades infecciosas gastrointestinales que disminuyeron la capacidad de absorción del alimento reduciendo la capacidad de síntesis de los ameloblastos, las células que sintetizaron el esmalte (Goodman *et al.* 1984).

Este indicador se debe a un período de estrés metabólico no específico, ocasionado por falta de nutrimentos en una alimentación deficiente o por enfermedades infecciosas, así como también parasitarias que afectan la absorción

normal de los nutrientes, dando como resultado una insuficiencia en el grosor del esmalte debido a la interrupción de la amelogénesis o formación de la capa del esmalte que recubre el diente (larsen, 1997:45) Se presenta en forma de líneas horizontales sobre el esmalte del diente (caninos e incisivos), como consecuencia de la alteración estructural del esmalte. Es observable macroscópicamente en la superficie de la corona, especialmente de los dientes anteriores superiores, en forma de bandas u hoyuelos.

Atendiendo a su existencia, se distinguen tres categorías:

1) No valorable: no se conserva el diente, o bien el estado de conservación u otros factores impiden valorar si existe o no este tipo de alteración.

2) Ausencia: no se observa ninguna alteración estructural compatible con una hipoplasia dentaria.

3) Presencia: se observa alguna alteración estructural compatible con una hipoplasia dentaria.

4) Otros: en esta categoría deberían incluirse situaciones excepcionales, distinguibles de los aspectos anteriormente tratados.

Atendiendo a su tipología, se pueden distinguir subcategorías como:

- Línea: la alteración adopta una forma lineal; una o más líneas surcan transversalmente la corona del diente afecto.

- Banda: una banda del esmalte está alterada, mostrando un menor espesor, que a veces puede dejar expuesta la dentina.

- Pozo: el defecto del esmalte adopta la forma de un pozuelo, bien circunscrito, de escaso diámetro, por lo general.

- Cambio de coloración: la reducción del espesor del esmalte, en mayor o menor superficie de la corona, hace que el color de la misma adopte una tonalidad diferente a la que cabría esperar (suele ser más oscura de lo normal).
- Otros: dada la gran variabilidad de este tipo de anomalías, en alguna ocasión puede aparecer un tipo de alteración que no encaje en los anteriormente referidos, o que incluya varios de ellos

F.4.- Cálculo:

El cálculo dental o dentario, este parámetro corresponde a depósitos de diverso espesor de placa bacteriana calcificada. Estos depósitos se asocian con frecuencia a patología periodontal, sobre todo en su forma subgingival, de aspecto más oscuro, y más adherido al cemento radicular. Sin embargo, la manipulación de los restos tras su recuperación arqueológica favorece en algunas ocasiones el desprendimiento total o parcial de tales acúmulos calcificados, lo que hace imposible averiguar cuál fuera la situación real en vida del individuo. Ello hace que el valor de este parámetro pueda tener un interés limitado en determinados yacimientos.

La mineralización de la placa bacteriana, compuesta de una capa pegajosa de glucoproteínas, partículas de comida y microorganismos vivos y muertos (ácidos orgánicos, proteínas, péptidos y aminoácidos) constituye el factor irritante principal en la evolución de la enfermedad periodontal. Habitualmente, la escala para la determinación de cálculo dental más empleada es la de Brothwell; en la expresión ligera se encuentra una línea del cálculo, mientras la manifestación media describe una banda pronunciada alrededor de la corona. Cuando el sarro cubre la mayor parte de la corona y el cuello, se denomina este estado como considerable (imagen 6).

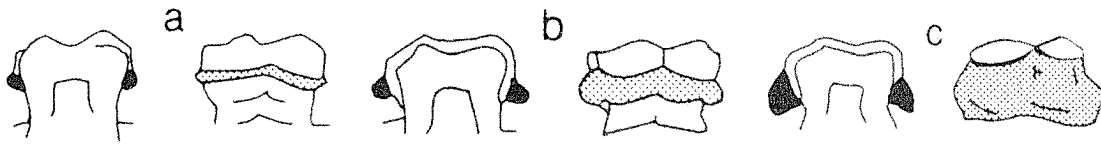


Imagen III.6 Expresiones de cálculo dental según Brothwell; a) leve, b) moderado, c) fuerte (por Buikstra & Ubelaker 1994) Buikstra & Ubelaker (1994)

Atendiendo a su existencia, se distinguen tres categorías:

- 1) Ausencia del cálculo: no se observa cálculo depositado en ninguna zona de la superficie dentaria
- 2) Expresión leve: se observa cálculo depositado en alguna zona de la superficie dentaria.
- 3) Expresión moderada
- 4) Expresión severa
- 5) Otros: este apartado permite describir algún aspecto destacable que complete la información antedicha.

Según los estudios realizados existe una fuerte correlación entre la acumulación de cálculo dental, la falta de limpieza en la boca, la dieta alimenticia, la caries, la periodontitis, el sexo y la edad. Por lo visto, los hombres consumían mayor cantidad de alimentos ricos en proteínas (hidratos de carbono) y su higiene dental, además, era bastante precaria (Hillson 2002, Rodríguez Cuenca 2003). En su finalidad, la placa y el sarro pueden causar la caída de los dientes afectados, que forman el hábitat para microorganismos como *Streptococo mutante*, *Actinomicos* o *Cactobacilo*, los cuales se nutren en primera línea por azúcar (Hillson 2002).

F.5.- Desgaste dentario

Es el “resultado natural del estrés masticatorio sobre la dentición durante el curso, tanto de la actividad alimentaria como de la tecnológica” (Powell, 1985:308)

En este parámetro se hace referencia a la pérdida de tejidos duros de la corona dentaria, atribuible tanto a la masticación (atrición: desgaste fisiológico), como al uso parafuncional o cultural de los dientes (abrasión: desgaste patológico) .

Habitualmente, la superficie oclusal de los dientes se desgasta, bien sea por la acción mecánica producida por el contacto de diente contra diente (atrición), o bien por el contacto con materiales extraños (abrasión) o por el uso de los dientes en la elaboración de tiras de piel o vegetal. Así, el desgaste dental depende del grado de la abrasividad de los alimentos, la duración y fuerza del movimiento másticadorio, las características de la oclusión del individuo y del pulido patológico causado a los dientes durante el sueño (bruxismo).

Se distinguen las siguientes categorías:

1) No valorable: el mal estado de conservación o la pérdida del diente no ofrecen información sobre este parámetro.

2) Corresponde a los grados 1 y 2 de los autores citados: el esmalte está indemne o levemente desgastado.

3) Grados 2+ a 3+: el esmalte se ha desgastado lo suficiente, como para dejar algún punto de dentina expuesta en la superficie oclusal de la corona.

4) Grados 4 y 4+: hay varios puntos de dentina visibles, pero se conserva aún una considerable superficie de esmalte.

5) Grados 5 y más: prácticamente ha desaparecido el esmalte de la superficie oclusal de la corona, quedando expuesta la dentina y en ocasiones la cámara pulpar. Puede coincidir con situaciones de fracturas coronarias de origen traumático.

6) Otros: situación diferente o no contemplada anteriormente.

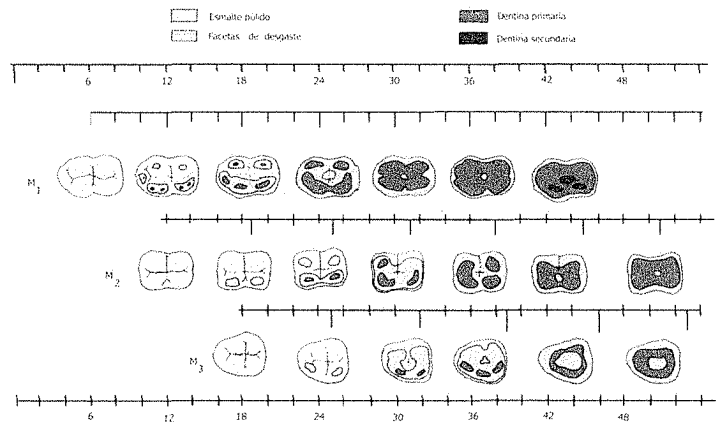


Imagen III.7 Valoración del desgaste dental de las caras oclusales de los molares, propuestos por Miles (1978).

Este sistema fue publicado en el año 1962, sirve especialmente para poblaciones cuya dieta que incluye en gran parte tejidos o materiales duros y por eso abrasivos

F.6.- Atrición:

Desgaste fisiológico del esmalte dentario y en algunos casos la dentina que ocurre con el envejecimiento como resultado del contacto directo - diente contra diente - y depende en gran medida del grado de robusticidad del aparato masticatorio y de la intensidad y duración del contacto

F.7.- Abrasión:

Desgaste dentario patológico, no atribuible a la masticación, debido a una parafunción, bien a la tecnología usada para la preparación de los alimentos, el grado de abrasividad de alimentos. Así, el maíz u otros granos molidos en metates de piedra contienen pequeñas partículas desprendidas durante el proceso de molienda, con alto componente silíceo, que genera un desgaste fuerte de la superficie oclusal de forma cóncava, cavitando las fosas hasta destruir las cúspides. o el uso de los dientes para el trabajo (tercera mano), puede causar un

desgaste más rápido de las piezas, por lo cual no indicaría que a mayor desgaste más edad del individuo.

Además de los factores genéticos, que condicionan el grado de dureza del esmalte, El desgaste también se produce en las superficies mesial y distal (interproximales) por el contacto entre dientes adyacentes, por el movimiento durante su uso (Herrmann et al. 1990, Rodríguez Cuenca 1994).

F.8.- Fenestración:

Perforación de la tabla vestibular con preservación del hueso marginal.

F.9.- Dehiscencia:

Desplazamiento del hueso marginal hacia apical, relacionada con la presencia de recesiones gingivales (exposición de la raíz al medio bucal por migración apical de la encía).

F.10.- Fístulas

Este apartado incluye la valoración de procesos patológicos compatibles con abscesos, granulomas, quistes periapicales y periodontales, etc., que en vida del individuo produjeron trayectos fistulosos (perforación de la tabla ósea), cuya presencia puede haber quedado patente. Su evaluación permite distinguir categorías como:

- 1) Ausencia: no se observa ninguna alteración compatible con una lesión fistulosa.
- 2) Presencia: existe alguna alteración (normalmente una perforación) en el hueso, que hace sospechar la existencia de alguna lesión fistulosa.
- 3) Otros: incluiría cualquier situación no contemplada en los anteriores apartados

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

Colección de pus (células muertas) y bacterias que ejerce presión sobre los tejidos circundantes con la consabida destrucción del hueso donde se aloja, su etiología puede proceder de un proceso de caries, desgaste o traumatismo, que ha permitido la penetración de microorganismos a la pulpa dental o bien como consecuencia de una enfermedad periodontal que ha permitido la penetración de las bacterias.

La escala que se aplica para la descripción de la intensidad de abscesos se refiere al diámetro del orificio:

- Ligero, con menos que 3 mm de diámetro externo visible
- Medio, con diámetro externo entre 3 y 7 mm visible
- Considerable, con diámetro externo a partir de 7 mm visible

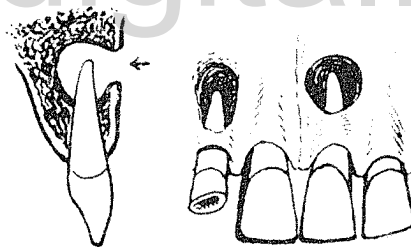


Imagen III.8 Abscesos en el alveolo maxilar caracterizados por la fenestración a nivel apical de la raíz (por Brothwell 1987)

B.2.- Población y muestra. Estado de conservación.

El material proviene de un afloramiento fortuito causado por la realización de obras de restauración del templo, y que por un tiempo medio entre las obras se convirtió en un espacio arqueológico, para la recuperación del material óseo, responsabilidad declinada en la persona del Lcdo. Antonio Niño del Departamento de de Arqueología del Museo Arqueológico de la Universidad de Los Andes, en el año 2003. Ubicado a la margen izquierda de la iglesia de la población de Mucuchíes, coordenadas: Latitud norte, 8° 45' 46", longitud oeste 70° 54' 55", altitud de 2.893 m.s.n.m., Parroquia Santa Lucía de Mucuchíes, Municipio Rangel, del Estado Mérida.

Presenta un patrón de asentamiento de tipo multifuncional en cuanto al uso del espacio, definido por actividades reconocidas por la comunidad como habituales siendo éstas de tipo funerario y agrícola, en contextos espaciales continuos.

Aunque no se han obtenido fechados absolutos para este sitio, se puede inferir, a partir de la investigación etnohistórica, los años próximos entre 1601 a 1873, segunda mitad del siglo de nuestra era, para las muestras óseas humanas analizadas en el presente estudio, dado que el espacio funerario surge previo a las ordenanzas que emanaron con la Real cédula del Rey Carlos IV, fechada en Madrid el 27 de Marzo de 1789, mediante la cual ordena y manda la creación de los cementerios.

Los restos antropológicos pasan a formar parte del contexto funerario identificado dentro del sistema de registro de yacimientos arqueológicos del Museo “Gonzalo Rincón Gutiérrez” de la Universidad de Los Andes como MR-206-C...

Al realizarse los movimientos de tierra se localizaron espacios subterráneos, contentivos de restos óseos con diferente disposición en el espacio. Unos en posición decúbito dorsal con el eje del cuerpo y del cráneo orientado hacia el oeste, pero, además según referencias orales, se localizaron restos que parecían

que fuesen apilados sin orden ni dirección alguna: “como si hubiese habido una epidemia, sin mortaja, uno encima del otro”.

No se encontró ningún elemento votivo asociado a este contexto funerario, a excepción de algunas placas aladas, quizás como parte de algún ajuar funerario.

Del universo de los restos se ha seleccionado como muestra representativa para el presente trabajo, 35 individuos, por la temática de este estudio, individuos, que se corresponden al 35% de su universo, denominación que se le da, a la unidad formada por maxilar y piezas dentales remanentes, bien sea inferior o superior, debido a la escasa asociación cráneo- mandíbula, y a la dispersión de los dientes hacia otros estudios particulares.

El estudio de los materiales óseos de estos tiempos reviste para una particular importancia ya que permite teorizar sobre las relaciones existentes entre la enfermedad y las condiciones ecológicas, genéticas, sociopolíticas, etc. No obstante es preciso recordar que tan sólo podemos investigar el conjunto de enfermedades susceptibles de causar una impronta ósea, tomando en cuenta la gran inespecificidad de las lesiones apreciables en este tipo de enfermedades.

Al hacer referencia al estado de conservación, se debe resaltar que la muestra, una vez retirada del “yacimiento”, fue depositada en una habitación que era utilizada para el resguardo de los materiales de construcción, en bolsas plásticas sin previa limpieza, por lo que, con el paso del tiempo y las condiciones del espacio, se fueron deteriorando hasta alcanzar un estado verdaderamente deplorable, desde la desarticulación o disgregación, la fragmentación y hasta abrasión de las superficies, que hizo necesaria arduas labores de limpieza.

B.3.- Instrumentos y materiales para la recolección de datos.

Lupa estereoscópica (Swift, zoom stereomicroscope M8802B) de 10X de aumento y con luz halógena incidente

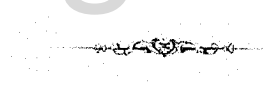
Sonda periodontal WILLIAMS pqow silver Hu-friedy

Cepillos y pinceles

Cámara fotográfica : Olympus X-775

Fichas

www.bdigital.ula.ve



www.bdigital.ula.ve

Capítulo IV.



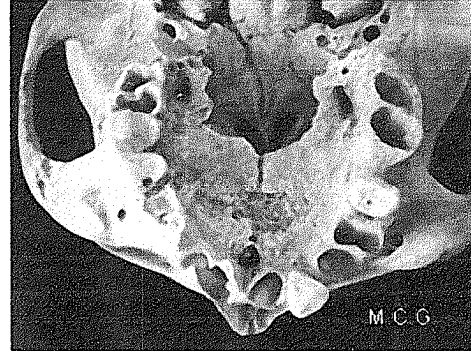
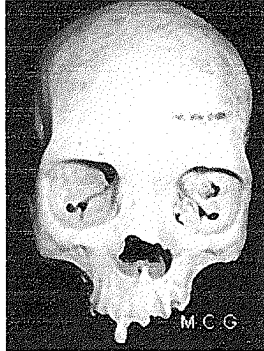
Análisis.

www.bdigital.ula.ve

El desarrollo de este ítem ofrece los resultados de la aplicación de las técnicas en la recolección de información paleodontopatológica según las variables e indicadores seleccionados.



ANÁLISIS 1: Individuo MR-206-C-001 según los parámetros indicados en la metodología seleccionada.



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación: malo

C.- Edad probable:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto maduro.

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente, masculino, pues, la impresión total, es grande, pesada, hay pronunciación de las inserciones musculares, la inclinación del frontal que es más obtusa, la eminencia frontal es débil, el arco superciliar es marcado, la forma de la órbita, rectangular, más alta, el margen supraorbital es desafilado, el borde nasal está bien demarcado, la espina nasal es grande, el cigomático, se nota áspero, alto y pronunciado, así como el arco y el proceso cigomático se notan robustos, y gruesos. Con respecto al hueso palatino, es largo y ancho, en forma de una U. En cuanto a la protuberancia occipital externa, se denota fuerte, y el plano nugal posee un relieve marcado, así como el foramen magnum es grande.

E.- Estado dentario:

1) Diente *in situ*:

Cuadrante 1: incisivo lateral, segundo premolar

Cuadrante 2: segundo premolar, primer molar

2) Diente perdido *ante mortem*:

Cuadrante 1: primer molar

3) Dientes perdidos *post mortem*:

Cuadrante 1: incisivo central, canino, primer premolar, segundo molar y tercer molar.

Cuadrante 2: incisivo central, incisivo lateral, canino, primer premolar, segundo y tercer molar

4) A la observación: se revela la presencia del incisivo lateral superior derecho dentro de la categoría “diente de pala”

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

La pérdida ósea generalizada, es de moderada a severa, de tipo horizontal y vertical a nivel del soporte alveolar de los dientes remanentes

Este parámetro indica la aparente reabsorción del hueso alveolar, compatible con patología periodontal (periodontitis). En la valoración al sondeo esta patología la podemos considerar con grado 2, es decir,) presencia, leve a moderada (3 – 6 mm): la pérdida de soporte óseo periodontal observable se encuentra entre 3 y 6 mm en las caras palatinas de los dientes remanentes mientras que se encontró una categoría grado 3, es decir, presencia, de calidad grave (> 6 mm), dado que, la pérdida de soporte óseo periodontal observable supera los 6 mm, en la zona vestibular que corresponde a los dientes incisivo lateral superior derecho, segundo premolar superior izquierdo y primer molar superior izquierdo.

F.2.- Caries:

Cuadrante 1: primer premolar caries con localización en grado 3, es decir, caries desde la corona hasta la línea amelocementaria (LAC), en la línea limítrofe entre la corona y la raíz dentarias; y en cuanto al grado de gravedad o severidad de la caries con categoría (I) esmalte, es decir,

lesión superficial, la caries se encuentra situada en la corona, sin superar el espesor del esmalte.

Cuadrante 2: primer premolar con caries con localización en grado 1, es decir, caries oclusal; y en cuanto al grado de gravedad o severidad de la caries con categoría (I) esmalte, es decir, lesión superficial, la caries se encuentra situada en la corona, sin superar el espesor del esmalte.

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

Ausencia: no se observa ninguna alteración estructural compatible con una hipoplasia dentaria.

F.4.- Cálculo:

Se presenta en los cuatro dientes remanentes pero en cantidad moderada, que ocupa desde el límite cementodentinario, se puede sospechar que hubo pérdida de esta materia motivado por el mal manejo de la muestra puesto que la reabsorción ocurrida en el hueso hace suponer que los depósitos de cálculo debían ser mayores

F.5.- Desgaste dentario

Cuadrante 1: El incisivo lateral presenta un leve desgaste correspondiente al grado 1 y 2.

El segundo premolar presenta un desgaste grado 4, es decir, el esmalte se ha desgastado lo suficiente, hay varios puntos de dentina visibles, pero se conserva aún una considerable superficie de esmalte, con un marcado desgaste hacia su parte distal.

Cuadrante 2: el segundo premolar y el primer molar presentan un desgaste grado 5, es decir, prácticamente ha desaparecido el esmalte de la superficie oclusal de la corona, quedando expuesta la dentina, pero el esmalte del primer molar está afectado por desplazamiento de parte de su estructura, también achacable a traumatismos en el manejo de la muestra.

F.6.- Atrición:

Presente en los dientes como un desgaste patológico.

F.7.- Fenestración:

Observable a nivel del inexistente primer premolar superior derecho.

F.8.- Dehiscencia:

Se observa a nivel de la zona del canino superior derecho, y del área izquierda de la arcada, lo vemos a nivel del incisivo lateral, canino y primer premolar

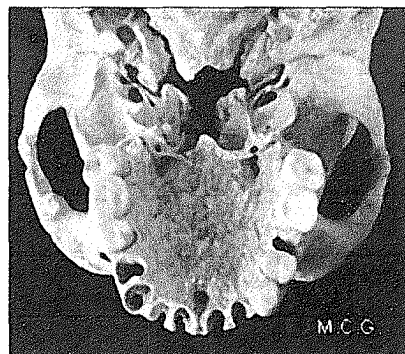
F.9.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

Se observa su huella de aspecto considerable con afectación a la tabla externa vestibular a nivel de canino y primer premolar izquierdos. Que podríamos catalogar de grado medio, es decir, con diámetro externo entre 3 y 7 mm visible con perforación bucal



www.bdigital.ula.ve

Análisis del Individuo N° 2: Individuo MR-206-C-002 según los parámetros indicados en la metodología seleccionada.



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación: malo

C.- Edad probable:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto.

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente: Masculino, pues, la impresión total, es grande, pesada, hay pronunciación de las inserciones musculares, la inclinación del frontal que es más obtusa, la eminencia frontal es débil, el arco superciliar es marcado, la forma de la órbita, rectangular, más alta, el margen supraorbital es desafilado, el borde nasal está bien demarcado, la espina nasal es grande, el cigomático, se nota áspero, alto y pronunciado, así como el arco y el proceso cigomático se notan muy robustos, y gruesos. Con respecto al hueso palatino, es largo y ancho, en forma de una U. En cuanto a la protuberancia occipital externa, se denota fuerte, y el plano nugal posee un relieve marcado, así como el foramen magnum es grande.

E.- Estado dentario:

1) Diente *in situ*:

Cuadrante 1: tercer molar (de mediana erupción), segundo molar, primer molar, primer premolar y canino.

Cuadrante 2: segundo molar, primer molar y segundo premolar.

2) Diente perdido *ante mortem*:

Cuadrante 2: tercer molar

3) Dientes perdidos *post mortem*:

Cuadrante 1: incisivo central, incisivo lateral, segundo premolar.

Cuadrante 2: incisivo central, incisivo lateral, canino, y primer premolar

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

La evidencia revela una lesión por enfermedad periodontal que en este caso ha producido un desplazamiento del hueso marginal, por reabsorción, en sentido vertical hasta alcanzar el primer tercio apical, que hace suponer que fué causada por la aposición de cálculo, cuyos vestigios son observables a pesar que por el trato dado a la muestra y lo antiguo del cráneo en comparación con el resto de la muestra, ha sido

desplazado e su posición original. En el área anterior, es decir, de canino a canino, la severidad de la patología se hizo más aguda dando por resultado la pérdida en sentido vertical de la tabla externa vestibular con la consecuente pérdida de soporte óseo de grado observable que supera los 7 mm. Es conveniente resaltar que sólo el fondo del alvéolo que corresponde al incisivo central izquierdo presenta imagen porótica, se supone como consecuencia de una lesión infecciosa.

F.2.- Caries:

No se evidencia la presencia de caries

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

Este defecto o alteración estructural del diente afecta el esmalte de los dientes del individuo se evidencia en forma de líneas horizontales, pozos y cambios de coloración en las caras vestibulares los molares

F.4.- Cálculo:

Se presenta en todos los dientes remanentes en sus caras vestibulares, que siguiendo la escala de Brothwell se considera como manifestación media, al menos en las dientes remanentes, es decir, una banda alrededor de la corona, sospecho que hubo pérdida de esta materia motivado por el mal manejo de la muestra puesto que la reabsorción ocurrida en el hueso hace suponer que los depósitos de cálculo debían ser mayores, y que no es observable en los dientes anteriores por la pérdida post mortem de los mismos.

F.5.- Desgaste dentario

Según la escala valorativa del desgaste dentario propuesta por Brothwell para molares y por Perizonius para el resto de los dientes, se ubica en la categoría que corresponde a los grados 2 y 3, el esmalte está desgastado y existen algunos puntos de dentina visibles. Se presenta discontinuidad en la superficie del esmalte por fracturas achacable a traumatismos en el manejo de la muestra.

F.6.- Atrición:

Presente en los dientes como un desgaste patológico.

F.7.- Fenestración:

A nivel de ambos caninos.

F.8.- Dehiscencia:

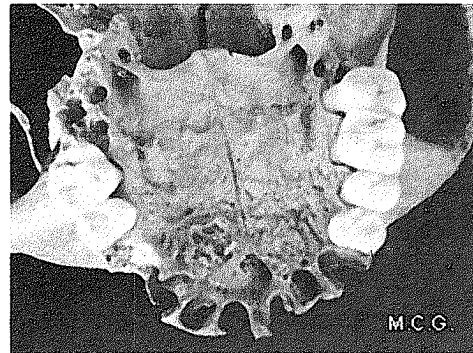
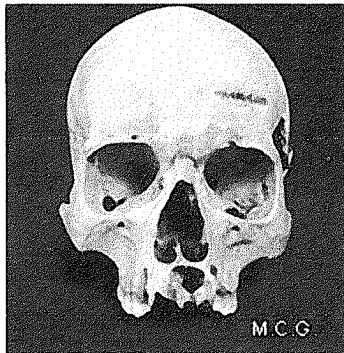
Se observa a nivel de los cuatro incisivos (centrales y laterales)

F.9.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

A nivel del incisivo central izquierdo revelado por la apariencia porótica del alvéolo a nivel apical



Análisis del Individuo N° 3: Individuo MR-206-C-003 según los parámetros indicados en la metodología seleccionada.



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: muy malo.

C.- Edad probable:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto maduro.

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente: femenino, la impresión total es grácil, el cráneo más redondeado, además la inclinación del frontal es escarpada hasta redondo, la eminencia frontal es pronunciada, lo que conforma un esqueleto facial estrecho, pequeño, la glabella presenta poca pronunciación y el arco superciliar es débil, la forma de la órbita es un poco redondeada con un margen supraorbital bastante vivo y el proceso cigomático: delgado, moderado, llano, poca expresión de la inserción muscular, el borde nasal tiene un trazado poco marcado, y la espina nasal es pequeña. El hueso palatino es más pequeño, corto, y tiene forma parabólica, con dientes que se podría nombrar como pequeños

E.- Estado dentario.

1) Diente *in situ*:

Cuadrante 1: primer y segundo premolar, primer y segundo molar

Cuadrante 2: segundo premolar, primer molar

2) Diente perdido *ante mortem*:

Cuadrante 2: primer premolar

3) Dientes perdidos *post mortem*:

Cuadrante 1: incisivo central y lateral, canino y tercer molar

Cuadrante 2: incisivo central y lateral, canino, y tercer molar

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

El arco dentario, con forma parabólica se mantiene, presenta los dientes remanentes, así como de los alvéolos desnudos de los dientes por la pérdida post mortem.

Se evidencian las huellas de un proceso periodontal crónico y severo, que consiste en la reducción del margen óseo, y reducción en el espesor de la tabla ósea externa. En la valoración al sondeo esta patología la podemos considerar con grado 2, es decir, presencia, leve a moderada (3 – 6 mm): la pérdida de soporte óseo periodontal observable se encuentra

entre 3 y 6 mm que dejan al desnudo un tercio de la porción radicular de los dientes.

En anterior, desde una visión frontal, se observa la huella de lesión periodontal concomitante con la evidencia de una tumoración quística que involucra la zona del incisivo central izquierdo y otra a nivel del canino izquierdo (ambas con superficie porótica), se observa la disolución de la tabla externa a nivel de los incisivos, como consecuencia de la patología tumoral que quizás en sus inicios fueron lesiones separadas, pero al agudizarse la que corresponde a la del incisivo central la destrucción del tejido óseo se magnificó su tamaño y extensión, comprometiendo la correspondiente zona anterior de la bóveda palatina dicha penetración se aprecia con superficie erosionada y porótica, por lo que podemos sospechar que el proceso patológico presente fue de alta cronicidad y larga duración.

F.2.- Caries:

No es observable la presencia de caries.

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

Ausencia: no se observa ninguna alteración estructural compatible con una hipoplasia dentaria.

F.4.- Cálculo:

Se presenta en todos los dientes remanentes, en sus caras vestibulares, y siguiendo la escala de Brothwell se cataloga observable como manifestación de expresión severa.

F.5.- Desgaste dentario

Corresponde a grado 4, es decir hay varios puntos visibles de dentina, pero se conserva aún una considerable superficie de esmalte.

F.6.- Atrición:

Desgaste fisiológico que se presenta en todas las piezas presentes

F.7.- Abrasión:

Desgaste patológico se presenta de forma más acentuada en las cúspides palatina de los molares.

F.8.- Fenestración:

Se presenta en el cuadrante 1, a nivel del primer premolar, primer molar y segundo molar.

F.9.- Dehiscencia:

Está comprometida la zona del incisivo, canino, y primer molar; en el cuadrante 2, la zona comprometida es la del incisivo central, canino y primer molar.

F.10.- Fístulas

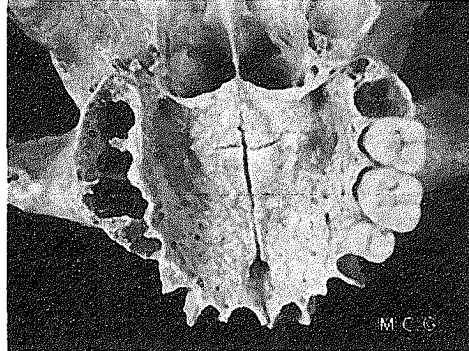
En categoría 1 (ausencia), no se observa ninguna alteración compatible con una lesión fistulosa.

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

Se observa evidencia de una lesión o absceso de escala "considerable" según Ubelaker (1994), con diámetro externo mayor de 7 mm, que involucra los incisivos centrales caracterizado por la fenestración a nivel apical de ambas raíces con perforación en el hueso maxilar tanto por vestibular como por palatino, y una segunda lesión quística de menor proporción que compromete al canino izquierdo.



**Análisis del Individuo N° 4: Individuo MR-206-C-004 según los
parámetros indicados en la metodología seleccionada.**



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: malo.

C.- Edad probable:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto
maduro.

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente: femenino, la impresión total grácil, el cráneo más redondeado, además la inclinación del frontal es escarpada hasta redondo, la eminencia frontal es pronunciada, lo que conforma un esqueleto facial estrecho, pequeño, la glabella presenta poca pronunciación y el arco superciliar es débil, la forma de la órbita es un poco redondeada con un margen supraorbital bastante vivo y el proceso cigomático: delgado, moderado, llano, poca expresión de la inserción muscular, el borde nasal tiene un trazado poco marcado, y la espina nasal es pequeña. El hueso palatino es más pequeño, corto, y tiene forma parabólica, con dientes que se podría nombrar como pequeños.

E.- Estado dentario.

1) Diente *in situ*:

Cuadrante 1: segundo premolar, primer y segundo molar

2) Diente perdido *ante mortem*:

Cuadrante 2: primer premolar

3) Dientes perdidos *post mortem*:

Cuadrante 1: incisivo central y lateral, canino, primer premolar, tercer molar

Cuadrante 2: incisivo central y lateral, canino, segundo premolar, primero, segundo y tercer molar

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

Se evidencian las huellas de un proceso periodontal crónico y severo, que consiste en la reducción del margen óseo, y reducción en el espesor de la tabla ósea externa. En la valoración al sondeo esta patología la podemos considerar con grado 2, es decir, presencia, leve a moderada (3 – 6 mm): la pérdida de soporte óseo periodontal observable se encuentra entre 3 y 6 mm que dejan al desnudo un tercio de la porción radicular de los dientes.

En anterior existe la huella de lesión periodontal concomitante con la evidencia de una tumoración quística que involucra la zona del incisivo central izquierdo y otra a nivel del canino izquierdo (ambas con superficie porótica), que quizás en sus inicios fueron lesiones separadas, pero al agudizarse la que corresponde a la del incisivo central la destrucción del tejido óseo se magnificó su tamaño y extensión, comprometiendo la correspondiente zona del hueso palatino.

F.2.- Caries:

No es observable la presencia de caries.

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

Ausencia: no se observa ninguna alteración estructural compatible con una hipoplasia dentaria.

F.4.- Cálculo:

Se presenta en todos los dientes remanentes, en sus caras vestibulares, y siguiendo la escala de Brothwell se cataloga observable como manifestación de expresión severa.

F.5.- Desgaste dentario

Corresponde a grado 4, es decir hay varios puntos visibles de dentina, pero se conserva aún una considerable superficie de esmalte.

F.6.- Atrición:

No es observable

F.7.- Abrasión:

Presente en los dientes como un desgaste patológico.

F.8.- Fenestración:

Perforación de la tabla vestibular con preservación del hueso marginal, esta patología es observable en el cuadrante 1 a nivel del primer premolar, primer molar y segundo molar.

F.9.- Dehiscencia:

Se observa comprometida prácticamente toda la arcada, desde la región del primer molar derecho hasta el canino izquierdo.

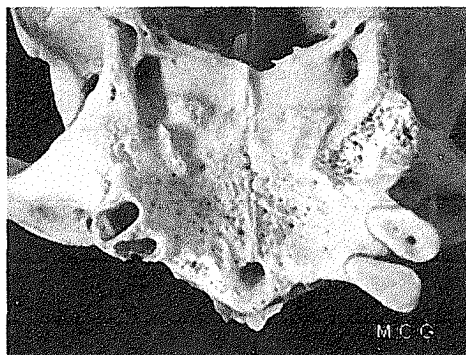
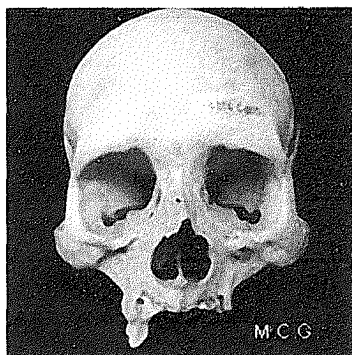
F.10.- Fístula:

No se observa

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa

Análisis del Individuo N° 5: MR-206-C-005 según los parámetros indicados en la metodología seleccionada



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: regular.

C.- Edad:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo senil.

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente, masculino, pues, la impresión total, es grande, pesada, hay pronunciación de las inserciones musculares, la inclinación del frontal que es más obtusa, la eminencia frontal es débil, el arco superciliar es marcado, la forma de la órbita, rectangular, más alta, el margen supraorbital es desafilado, el borde nasal está bien demarcado, la espina nasal es grande, el cigomático, se nota áspero, alto y pronunciado, así como el arco y el proceso cigomático se notan robustos, y gruesos. Con respecto al hueso palatino, es largo y ancho, en forma de una U. En cuanto a la protuberancia occipital externa, se denota fuerte, y el plano nucal posee un relieve marcado, así como el foramen magnum es grande.

E.- Estado dentario.

1) Diente *in situ*:

Cuadrante 1: primer premolar y segundo premolar

2) Diente perdido *ante mortem*:

Cuadrante 1: incisivo central y lateral, canino, segundo y tercer molar.

Cuadrante 2: incisivo central y lateral, canino, primer, segundo y tercer molar.

3) Dientes perdidos *post mortem*:

Cuadrante 1: primer molar

Cuadrante 2: primer y segundo premolar

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

El reborde óseo de la maxila se ha reducido por la ausencia de dientes, y los alvéolos vacíos se han osificado.

F.2.- Caries:

No es observable la presencia de caries.

F.3.- Hipoplasia:

Ausencia: no se observa ninguna alteración estructural compatible con una hipoplasia dentaria.

F.4.- Cálculo:

No se observa

F.5.- Desgaste dentario:

Corresponde a grado 5, ha desaparecido el esmalte de la superficie oclusal de la corona y exposición de la cámara pulpar en el segundo premolar derecho.

F.6.- Atrición:

Desgaste fisiológico que se presenta en las piezas presentes quizás debido al excesivo uso por la ausencia del resto de las piezas dentarias

F.8.- Fenestración:

No se observa

F.9.- Dehiscencia:

Sobre el área del primer premolar derecho y primer premolar izquierdo.

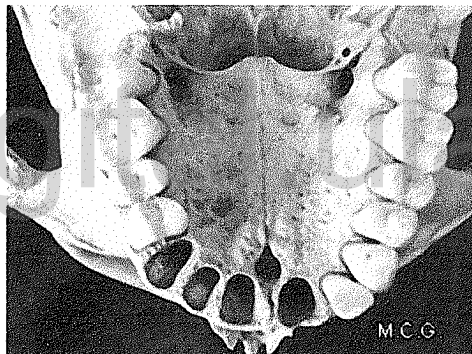
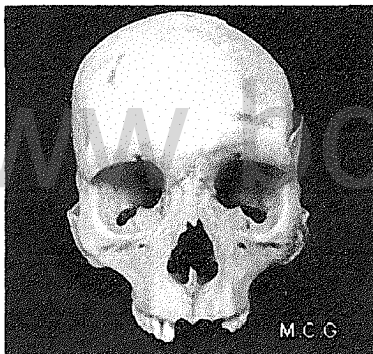
F.10.- Fístulas

No se observa

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental

No se observa

Análisis N° 6 del Individuo N° MR-206-C-006 según los parámetros indicados en la metodología seleccionada



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: regular.

C.- Edad probable:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto joven.

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente, masculino, pues, la impresión total, es grande, pesada, hay pronunciación de las inserciones musculares, la inclinación del frontal que es más obtusa, la eminencia frontal es débil, el

arco superciliar es marcado, la forma de la órbita, rectangular, más alta, el margen supraorbital es desafilado, el borde nasal está bien demarcado, la espina nasal es grande, el cigomático, se nota áspero, alto y pronunciado, así como el arco y el proceso cigomático se notan robustos, y gruesos. Con respecto al hueso palatino, es largo y ancho, en forma de una U. En cuanto a la protuberancia occipital externa, se denota fuerte, y el plano nucal posee un relieve marcado, así como el foramen magnum es grande.

E.- Estado dentario.

1) Dientes *in situ*:

Cuadrante 1: incisivo lateral, canino, primer y segundo molar, primer y segundo premolar.

Cuadrante 2: primer y segundo premolar, primer y segundo molar.

2) Diente perdido *ante mortem*: ninguno.

3) Dientes perdidos *post mortem*:

Cuadrante 1: incisivo central.

Cuadrante 2: incisivo central y lateral, canino.

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

Dentro de este parámetro según la clasificación de Strohm & Alt (1998) se puede catalogar como categoría 1, es decir, ausencia, porque la pérdida de soporte óseo periodontal observable no supera los 3 mm, en ninguna zona del arco dental en cuestión.

F.2.- Caries:

No se observa.

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

Ausencia: no se observa ninguna alteración estructural compatible con una hipoplasia dentaria.

F.4.- Cálculo:

Esta mineralización de la placa bacteriana se puede catalogar como expresión leve, de manera dispersa, ubicada en la cara vestibular de los molares.

F.5.- Desgaste dentario:

Corresponde a grado 1, es decir, no se observa desgaste de la superficie del esmalte como tal, sino pequeños puntos en las superficies cuspidas de los primeros molares y premolares.

F.6.- Atrición:

No se observa

F.7.- Abrasión:

Se observa como desgaste dentario patológico, atribuible a la tecnología usada para la preparación de los alimentos por el grado de abrasividad de los alimentos molidos en metates de piedra contienen pequeñas partículas desprendidas durante el proceso de molienda, con alto componente silíceo, que genera un desgaste fuerte de la superficie oclusal de forma cóncava.

F.8.- Fenestración:

Esta lesión se observa a nivel de la tabla vestibular que corresponde a los dos segundos molares.

F.9.-Dehiscencia:

No se observa

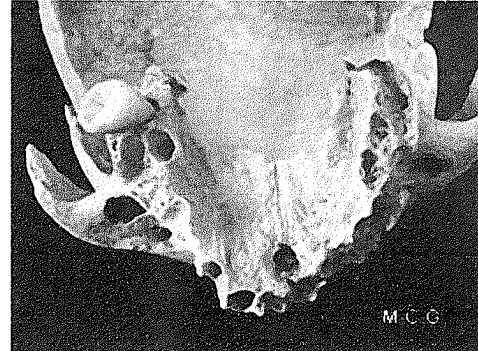
F.10.- Fístulas

No se observa.

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral : Absceso dental:

No se observa.

**Análisis del Individuo N° 7: MR-206-C-007 según los
parámetros indicados en la metodología seleccionada**



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: muy malo.

C.- Edad probable:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto maduro.

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente: masculino, pues, la impresión total, es grande, pesada, la inclinación del frontal que es más obtusa, la eminencia frontal es débil, el arco superciliar es marcado, la forma de la órbita, rectangular, más alta, el margen supraorbital es desafilado, el borde nasal está bien demarcado, la espina nasal es grande. Con respecto al hueso palatino, es en forma de una U.

E.- Estado dentario.

1) Dientes *in situ*:

Cuadrante 2: tercer molar.

2) Diente perdido *ante mortem*:

Cuadrante 1: incisivo lateral, canino, primer y segundo premolar, primer, segundo y tercer molar

Cuadrante 2: incisivo central, primer y segundo premolar, primer molar

3) Dientes perdidos *post mortem*:

Cuadrante 1: incisivo central.

Cuadrante 2: incisivo lateral, canino, segundo molar.

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

Dentro de este parámetro según la clasificación de Strohm & Alt (1998) evidencia de patología periodontal, se puede catalogar dentro del grado 6, es decir, grave, la pérdida en forma horizontal de soporte óseo periodontal permite observar la furca interradicular

F.2.- Caries:

No se observa

F.3.- Hipoplasia:

No se observa

F.4.- Cálculo:

Presente en el único diente.

F.5.- Desgaste dentario:

No se observa

F.6.- Atrición:

No se observa

F.7.- Abrasión:

No se observa

F.8.- Fenestración:

No se observa

F.9.- Dehiscencia:

No se observa

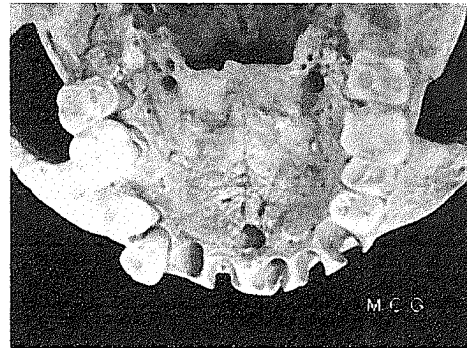
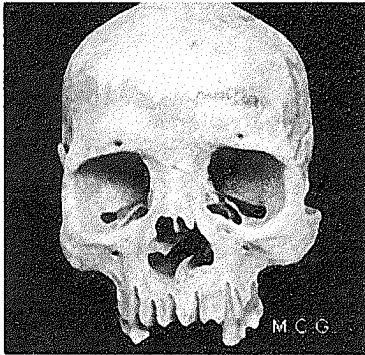
F.10.- Fístulas

No se observa

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa

**Análisis del Individuo N° 8: MR-206-C-008 según los
parámetros indicados en la metodología seleccionada**



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: regular.

C.- Edad probable:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto.

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente: masculino, pues, la impresión total, es grande, pesada, hay pronunciación de las inserciones musculares, la inclinación del frontal que es más obtusa, la eminencia frontal es débil, el arco superciliar es marcado, la forma de la órbita, rectangular, el margen supraorbital es desafilado, el borde nasal está bien demarcado, la espina nasal es grande, el cigomático, se nota áspero, alto y pronunciado, así como el arco y el proceso cigomático se notan robustos, y gruesos. Con respecto al hueso palatino, es largo y ancho, en forma de una U.

E.- Estado dentario.

1) Dientes *in situ*

Cuadrante 1: primer y segundo molar, primer y segundo premolar.

Cuadrante 2: canino, primer premolar, primer y segundo molar.

2) Diente perdido *ante mortem*:

Cuadrante 2: segundo premolar y tercer molar

3) Dientes perdidos *post mortem*:

Cuadrante 1: incisivo central y lateral, canino y tercer molar.

Cuadrante 2: incisivo central y lateral.

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

Dentro de este parámetro según la clasificación de Strohm & Alt (1998) evidencia de patología periodontal, se puede catalogar dentro del grado 3, es decir, grave, la pérdida en forma horizontal de soporte óseo periodontal observable supera los 6 mm, se observa lesión de furca.

F.2.- Caries:

No se observa

F.3.- Hipoplasia:

Se observa en forma de líneas y fosas

F.4.- Cálculo:

Según la escala de Brothwell se puede catalogar como expresión moderada, y de manera dispersa.

F.5.- Desgaste dentario:

Corresponde a grado 4, es decir, hay zonas de dentina expuesta pero se conserva aún una considerable superficie de esmalte

F.6.- Atrición:

Se observa en la cara oclusal de los dientes presentes

F.7.- Abrasión:

Se observa como desgaste dentario patológico

F.8.- Fenestración:

Esta lesión se observa a nivel de la tabla vestibular que corresponde al segundo molar, primer molar y primer premolar derechos.

F.9.- Dehiscencia:

El desplazamiento del hueso marginal hacia apical se observa por la región vestibular desde el canino derecho al segundo molar izquierdo, todos comprometidos.

F.10.- Fístulas

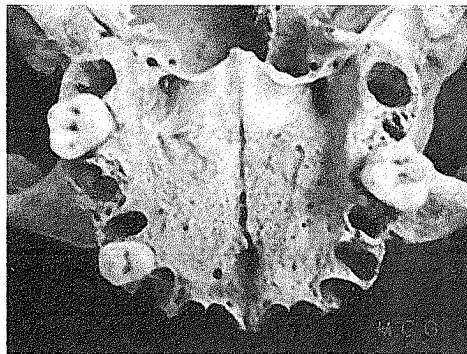
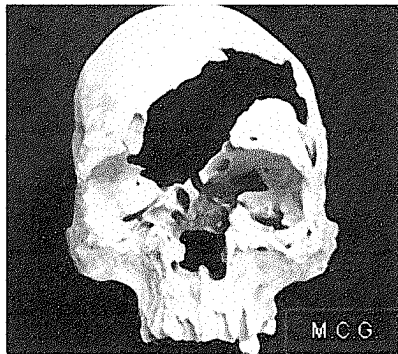
No se observa

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa.



Análisis del Individuo N°9 MR-206-C-009 según los parámetros indicados en la metodología seleccionada



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: muy malo.

C.- Edad:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto maduro.

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente: femenino, la impresión total es grácil, el cráneo más redondeado, además la inclinación del frontal es escarpada hasta redondo, la eminencia frontal es pronunciada, lo que conforma un esqueleto facial estrecho, pequeño, la forma de la órbita es un poco redondeada con un margen supraorbital bastante vivo y el proceso cigomático: delgado, moderado, llano. El hueso palatino tiene forma parabólica, con dientes que se podría nombrar como pequeños

E- Estado dentario.

1) Dientes *in situ*

Cuadrante 1: primer molar.

Cuadrante 2: primer premolar, segundo molar.

2) Diente perdido *ante mortem*:

Cuadrante 1: segundo molar.

Cuadrante 2: primer molar.

3) Dientes perdidos *post mortem*:

Cuadrante 1: incisivo central y lateral, canino, primer y segundo premolar, tercer molar.

Cuadrante 2: incisivo central y lateral, canino, segundo premolar y tercer molar.

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

Dentro de este parámetro según la clasificación de Strohm & Alt (1998) evidencia de patología periodontal, se puede catalogar dentro del grado 3 es decir, grave en la zona anterior de canino a canino y en el primer molar derecho, pero no así en la zona izquierda, acá las piezas presentan una reabsorción muy leve del soporte óseo periodontal, de forma horizontal.

F.2.- Caries:

No se observa

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

Se observa el grado 2 y con una tipología de Línea, es decir, la alteración adopta una forma de una o más líneas surcan transversalmente la corona del diente afecto.

F.4.- Cálculo:

Esta mineralización de la placa bacteriana según la escala de Brothwell (1987) se puede catalogar como expresión moderada, de manera dispersa.

F.5.- Desgaste dentario:

Corresponde a grado 1, es decir, no se observa desgaste de la superficie del esmalte como tal, sino pequeños puntos en las superficies cuspídeas de los primeros molares y premolares.

F.6.- Atrición:

No se observa

F.7.- Abrasión

No se observa

F.8.- Fenestración:

Esta lesión se observa a nivel de la tabla vestibular que corresponde a primer premolar derecho

F.9.-Dehiscencia:

A nivel de incisivo central, incisivo lateral, canino, primer molar del cuadrante 1 e incisivo central, incisivo lateral, canino del cuadrante 2

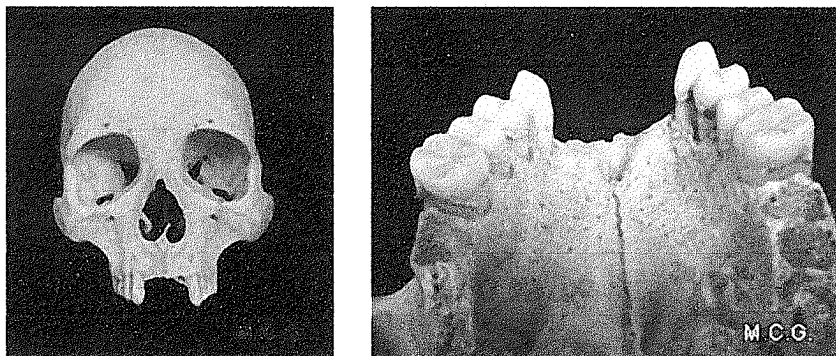
F.10.- Fístulas

No se observa

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa

**Análisis del Individuo N°10 MR-206-C-010 según los
parámetros indicados en la metodología seleccionada**



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra:

Bueno, Se ha conservado el neurocráneo junto con el cráneo facial.

C.- Edad:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto maduro.

D.- Sexo probable:

Femenino, dada su apariencia pequeña, la impresión total es grácil, el cráneo más redondeado, además la inclinación del frontal es escarpada hasta redondo, la eminencia frontal es pronunciada, lo que conforma un esqueleto facial estrecho, pequeño, la forma de la órbita es un poco redondeada con un margen supraorbital bastante vivo y el proceso cigomático: delgado, moderado, llano. El hueso palatino tiene forma parabólica.

E.- Estado dentario.

1) Dientes *in situ*

Cuadrante 1: canino, primer y segundo premolar, primer molar.

Cuadrante 2: canino, primer y segundo premolar, primer molar.

2) Diente perdido *ante mortem*:

Cuadrante 1: Incisivo central y lateral, tercer molar

Cuadrante 2: incisivo central

3) Diente perdido *post mortem*:

Cuadrante 1: incisivo central, segundo molar

Cuadrante 2: incisivo lateral, segundo molar, tercer molar.

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

Se aprecia una reabsorción del hueso alveolar, compatible con la patología periodontitis marginal con destrucción horizontal según clasificación de Strohm & Alt 1998. En la valoración al sondeo esta patología la podemos considerar con grado 3, considera grave, pues la pérdida de soporte óseo periodontal observable supera los 6 mm, y también se observa la furca interradicular expuesta en ambos primeros molares.

F.2.- Caries:

Cuadrante 1: primer premolar caries con localización en grado (I), caries oclusal, a nivel de esmalte de severidad bastante leve, pues no supera el espesor del esmalte.

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No se observa ninguna alteración estructural compatible con una hipoplasia dentaria.

F.4.- Cálculo:

Presencia de expresión severa, considero que es la causa de la enfermedad periodontal por los rastros a nivel del tercio medio de la raíz de las piezas, por lo que se puede sospechar que los depósitos de cálculo debían ser mayores y que hubo pérdida de esta materia motivado por el manejo de la muestra y el tiempo y la condiciones a que estuvo expuesta

F.5.- Desgaste dentario

En ambos cuadrante es observable un desgaste de grados 2+ a 3+, es decir, el esmalte se ha desgastado lo suficiente, que deja puntos de

dentina expuesta en la superficie oclusal de la corona, desgaste de forma cóncava que me hacen suponer que fue causado por la presencia de sustancias abrasivas en la tecnología usada para la preparación de los alimentos.

F.6.- Atrición:

Desgaste fisiológico que *se presenta en todas las piezas presentes*

F.7.- Abrasión:

Desgaste dentario patológico debido a una parafunción, o bien a la tecnología usada para la preparación de los alimentos, el grado de abrasividad de alimentos que contienen pequeñas partículas desprendidas durante el proceso de molienda, con alto componente silíceo, que genera un desgaste fuerte de la superficie oclusal de forma cóncava, cavitando la superficie.

F.8.- Fenestración:

Se observa perforación de la tabla vestibular con preservación del hueso marginal a nivel de

Cuadrante 1: canino y la raíz mesial del primer molar

Cuadrante 2: canino

F.9.- Dehiscencia:

Se observa el desplazamiento del hueso marginal hacia apical que sospecho relacionada con la presencia de una recesión gingival dado que se presenta la exposición de la raíz del primer molar izquierdo al medio bucal

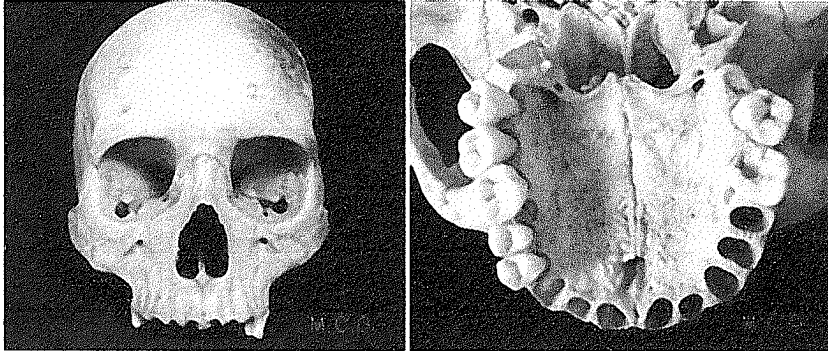
F.10.- Fístulas

No se observa ninguna alteración compatible con una lesión fistulosa.

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa

**Análisis del Individuo N°11 MR-206-C-011 según los
parámetros indicados en la metodología seleccionada**



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: bueno

C.- Edad:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto joven.

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente: femenino, la impresión total es grácil, el cráneo más redondeado, además la inclinación del frontal es escarpada hasta redondo, la eminencia frontal es pronunciada, lo que conforma un esqueleto facial estrecho, pequeño, la forma de la órbita es un poco redondeada con un margen supraorbital bastante vivo y el proceso cigomático: delgado, moderado, llano. El hueso palatino tiene forma parabólica, con dientes que se podría nombrar como pequeños

E.- Estado dentario.

1) Diente *in situ*:

Cuadrante 1: primer y segundo molar

Cuadrante 2: primer y segundo premolar, primer, segundo y tercer molar

2) Diente perdido *ante mortem*:

Ninguno

3) Diente perdido *post mortem*:

Cuadrante 1: incisivo central y lateral, canino, primer y segundo premolar

Cuadrante 2: incisivo central y lateral, canino

4) Diente no erupcionado: incluido en el hueso alveolar,

Cuadrante 1: tercer molar

5) Se observa una alteración en la zona media del segundo premolar y el primer molar izquierdo, sospecho que es de carácter dentario, por su dureza que se abre paso en la superficie ósea, mientras que en la misma zona del lado opuesto se observa una arruga en la superficie ósea.



F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

No se observa pérdida de soporte óseo periodontal en ninguna zona del maxilar en cuestión.

F.2.- Caries:

Cuadrante 1: caries localizada en oclusal con afección a la cara palatina del primer molar con severidad de grado II, están afectados esmalte y dentina.

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No se observa ninguna alteración estructural compatible con una hipoplasia dentaria.

F.4.- Cálculo:

No se observan depósitos de cálculo.

F.5.- Desgaste dentario

Se corresponde a un grado 1: el esmalte está indemne o levemente desgastado.

F.6.- Atrición:

No se observa.

F.7.- Abrasión:

No se observa.

F.8.- Fenestración:

No se observa.

F.9.- Dehiscencia:

No se observa.

F.10.- Fístulas

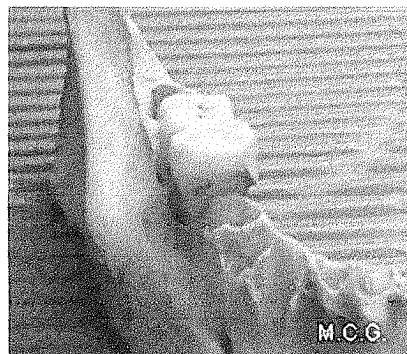
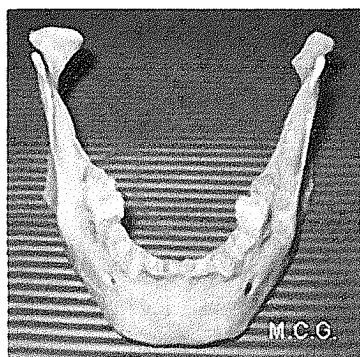
No se observa.

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa

www.bdigital.ula.ve

**Análisis del Individuo N°12 MR-206-C-012 según los
parámetros indicados en la metodología seleccionada**



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar inferior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: bueno

C.- Edad:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto maduro.

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente, el maxilar inferior, es masculino, da una impresión fuerte, con un mentón cuadrangular, el ángulo mandibular es escarpado y prominente, el margen inferior es grueso al igual que el cuerpo mandibular que además es rugoso y alto, la rama mandibular es gruesa, ancha y vertical, la escotadura sigmoidea es poco profunda, el proceso condilar grande, el proceso coronoide grande y ancho, y el arco dental tiene forma de una U, donde se alojan dientes grandes.

E.- Estado dentario.

1) Diente *in situ*:

Cuadrante 3: primer molar

Cuadrante 4: primer y segundo molar

2) Diente perdido *ante mortem*:

No hay evidencia

3) Diente perdido *post mortem*:

Cuadrante 3: incisivo central y lateral, canino, primer y segundo premolar, tercer molar.

Cuadrante 4: incisivo central y lateral, canino, primer y segundo premolar, tercer molar.

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

Se mantiene el arco dentario, en el cual se aprecian los alvéolos desnudos por la pérdida post mortem de los dientes, dentro de este parámetro la medición indica la aparente reabsorción del hueso alveolar, compatible con patología periodontal (periodontitis) que se puede considerar con grado 2, es decir, de leve a moderada porque la pérdida de soporte óseo

periodontal observable se encuentra entre 3 y 6 mm en las caras lingual y vestibular de los dientes remanentes

F.2.- Caries:

No se observa.

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No se observa

F.4.- Cálculo:

En categoría 2, de expresión moderada, aunque se puede sospechar que hubo pérdida de este material motivado por al manejo de la muestra.

F.5.- Desgaste dentario

Cuadrante 3: primer molar, presenta un desgaste grado 4, el esmalte se ha desgastado horizontalmente dejando expuestos varios puntos de dentina.

Cuadrante 4: primer y segundo molar presentan un desgaste grado 5, es decir, prácticamente ha desaparecido el esmalte de la superficie oclusal de la corona, quedando expuesta la dentina.

F.6.- Atrición:

No es evaluable

F.7.- Abrasión:

Las apariencias indican que además del grado de desgaste dental referido en párrafo anterior, se presenta un desgaste dentario patológico, quizás atribuible a la tecnología usada para la preparación de los alimentos, o el uso de los dientes para el trabajo (tercera mano).

F.8.- Fenestración:

No se observa.

F.9.- Dehiscencia:

No se observa.

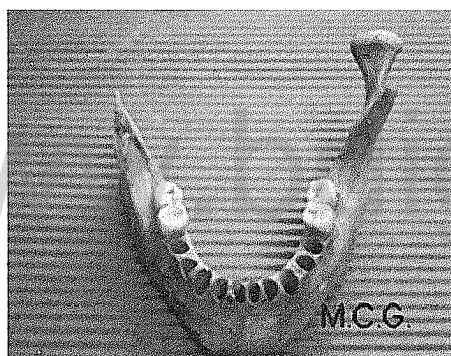
F.10.- Fístula.

No se observa.

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa.

Análisis del Individuo N° 13 MR-206-C-013 según los parámetros indicados en la metodología seleccionada



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar inferior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: bueno.

C.- Edad:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto joven.

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente, femenino, la impresión primera es que es grácil y pequeña, el mentón es redondeado el ángulo mandibular es obtuso, llano, el margen inferior es delgado así como el cuerpo

mandibular, la rama mandibular es delgada y abierta, la escotadura sigmoidea es profunda, el proceso condilar es pequeño, el proceso coronoides es delgado, el arco dental es parabólico y la coronas dentaria son pequeñas

E.- Estado dentario.

1) Diente *in situ*:

Cuadrante 3: primer y segundo molar

Cuadrante 4: primer y segundo molar

2) Diente perdido *ante mortem*:

Ninguno

3) Diente perdido *post mortem*:

Cuadrante 3: Incisivo central y lateral, canino, primer y segundo premolar.

Cuadrante 4: Incisivo central y lateral, canino, primer y segundo premolar.

4) Diente no erupcionado: ambos tercero molares

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

No se observa

F.2.- Caries:

Cuadrante 3: primer y segundo molar presentan caries, localizadas en la cara oclusal de grado (I), es decir que afecta al esmalte pero de manera superficial.

Cuadrante 2: primer y segundo molar presentan caries, localizadas en la cara oclusal de grado (I), es decir que afecta al esmalte pero de manera superficial.

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No se observa ninguna alteración estructural compatible con una hipoplasia dentaria.

F.4.- Cálculo:

No se observan depósitos de cálculo.

F.5.- Desgaste dentario

Se corresponde a un grado 1: el esmalte está indemne o levemente desgastado.

F.6.- Atrición:

No se observa.

F.7.- Abrasión:

No se observa.

F.8.- Fenestración:

No se observa.

F.9.- Dehiscencia:

No se observa.

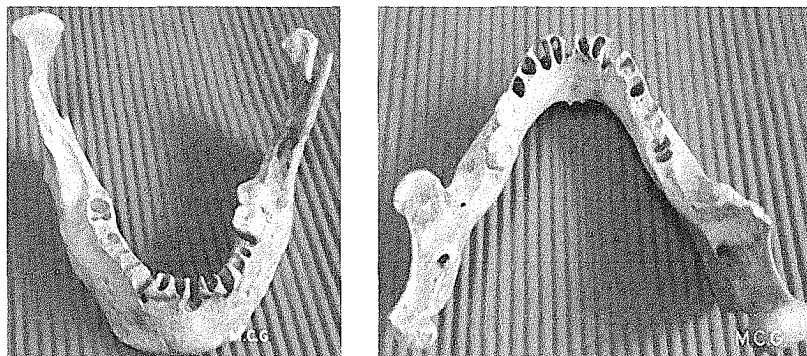
F.10.- Fístulas

No se observa.

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa

**Análisis del Individuo N° 14 MR-206-C-014 según los
parámetros indicados en la metodología seleccionada**



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar inferior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: regular, (reconstruido).

C.- Edad:

Según los parámetros indicados en la metodología, Individuo adulto joven.

D.- Sexo: probable:

Según la porción ósea presente, masculino, pues, la impresión total, es grande, pesada, fuerte, con un mentón cuadrangular, el ángulo mandibular es escarpado y prominente, el margen inferior es grueso al igual que el cuerpo mandibular que además es rugoso y alto, la rama mandibular es gruesa, ancha y vertical, la escotadura sigmoidea es poco profunda, el proceso condilar grande, el proceso coronoide grande y ancho, los molares presentes son bastante grandes.

E.- Estado dentario.

1) Diente *in situ*:

Cuadrante 3: primer y segundo molar

2) Diente perdido *ante mortem*:

Cuadrante 4: primer molar

3) Diente perdido *post mortem*:

Cuadrante 3: incisivo central y lateral, canino, primer y segundo premolar.

Cuadrante 4: incisivo central y lateral, canino, primer y segundo premolar, segundo molar

4) Diente no erupcionado: incluido en el hueso alveolar.

Cuadrante 3: tercer molar

Cuadrante 4: tercer molar

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

El arco dentario, con los alvéolos desnudos por la pérdida post mortem de los dientes y la zona del primer molar derecho con el alvéolo reabsorbido por pérdida *ante mortem*; la reabsorción del hueso alveolar, compatible con patología periodontal, en la valoración al sondeo se ha considerado con grado 2, es decir, leve a moderada, la pérdida de soporte óseo periodontal observable se encuentra entre 3 y 6 mm en las caras de los dientes remanentes mientras que se encontró una categoría diferente en la zona vestibular que corresponde al incisivo central y el canino izquierdo por la pérdida de soporte óseo periodontal causado por una alteración de origen quístico o tumoral que produce la discontinuidad del reborde alveolar de la tabla externa del hueso maxilar.

F.2.- Caries:

Cuadrante 3: primer molar caries con localización en grado 3, es decir, caries en la zona mesial a nivel de la línea amelocementaria (LAC); en cuanto al grado de gravedad o severidad de la caries con categoría (II) dentina.

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

Se observan alteraciones estructurales compatibles con una hipoplasia dentaria: en categoría 2, de tipo lineal por la cara vestibular del primer y segundo molar izquierdos; y de tipo pozo en el centro de la cara vestibular del primer molar.

F.4.- Cálculo:

En categoría 1, expresión moderada, aunque sospecho que hubo pérdida de esta materia motivado por el manejo de la muestra puesto que la reabsorción ocurrida en el hueso hace suponer que los depósitos de cálculo debían ser mayores

F.5.- Desgaste dentario

Cuadrante 3: según la escala valorativa se ubica en la categoría que corresponde a los grados 1 y 2, el esmalte está indemne o levemente desgastado..

F.6.- Atrición:

No se observa

F.7.- Abrasión:

No se observa.

F.8.- Fenestración:

No se observa.

F.9.- Dehiscencia:

Cuadrante 3: hay desplazamiento del hueso marginal hacia apical, relacionada con la presencia de recesiones gingivales que originó la exposición de la raíz al medio bucal por migración apical de la encía, a nivel de la zona del incisivo central, canino, primer y segundo premolares.

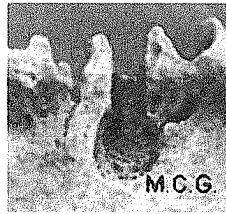


F.10.- Fístulas

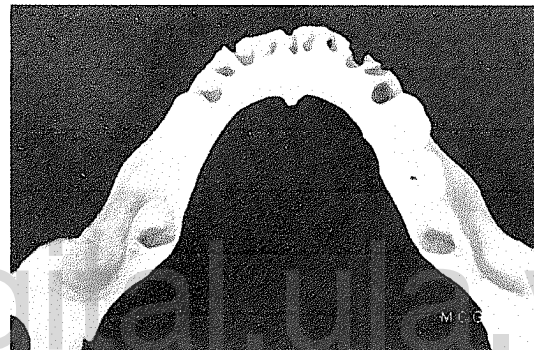
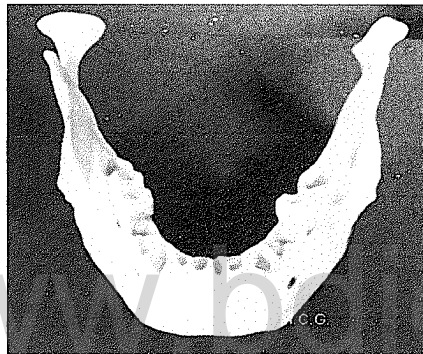
No se observa.

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

A nivel del incisivo central izquierdo de carácter medio, es decir, con diámetro externo entre 3 y 7 mm visible. Se observa su huella con considerable afectación a la tabla externa vestibular con visible perforación bucal



Análisis del Individuo N° 15 MR-206-C-015 según los parámetros indicados en la metodología seleccionada



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar inferior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: bueno.

C.- Edad:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente, masculino, pues, la impresión total, es grande, pesada, fuerte, con un mentón cuadrangular, el ángulo mandibular es escarpado y prominente, el margen inferior es grueso al igual que el cuerpo mandibular que además es rugoso y alto, la rama mandibular es gruesa, ancha y vertical, la escotadura sigmoidea es poco profunda, el proceso condilar grande, el proceso coronoide grande y ancho, los molares presentes son bastante grandes.

E.- Estado dentario.

1) Diente *in situ*:

Cuadrante 3: primer molar

Cuadrante 4: primer y segundo molar

2) Diente perdido *ante mortem*:

Cuadrante 3: segundo molar

3) Diente perdido *post mortem*:

Cuadrante 3: incisivo central y lateral, canino, primer y segundo premolar, tercer molar.

Cuadrante 4: incisivo central y lateral, canino, primer y segundo premolar, tercer molar.

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

Cuadrante 3: en la valoración al sondeo se ha considerado con grado 3, grave, la pérdida de soporte óseo de tipo horizontal observable supera los 6 mm, también se observa una lesión: la furca interradicular está expuesta.

Cuadrante 4: en la valoración al sondeo se ha considerado con grado 2, es decir, leve a moderada, la pérdida de soporte óseo periodontal observable se encuentra entre 3 y 6 mm.

F.2.- Caries:

Cuadrante 4: segundo molar con localización en grado 1, es decir, cara oclusal y en cuanto al grado de gravedad o severidad de la caries con categoría (I), afecta sólo el esmalte.

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No se observa.

F.4.- Cálculo:

En categoría 3, expresión severa.

F.5.- Desgaste dentario

Cuadrante 3: según la escala valorativa se ubica en la categoría que corresponde a los grados 1 y 2, el esmalte está indemne o levemente desgastado.

F.6.- Atrición:

No se observa

F.7.- Abrasión:

No se observa.

F.8.- Fenestración:

No se observa.

F.9.- Dehiscencia:

No se observa.

F.10.- Fístulas

No se observa.

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa.

**Análisis del Individuo N° 16 MR-206-C-016 según los
parámetros indicados en la metodología seleccionada**



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis de realizó en el maxilar inferior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: bueno

C.- Edad:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea inferior presente, femenino, la impresión primera es que es grácil y pequeña, el mentón es redondeado el ángulo mandibular es obtuso, llano, el margen inferior es delgado así como el cuerpo mandibular, la rama mandibular es delgada y abierta,, la escotadura sigmoidea es profunda, el proceso condilar es pequeño, el proceso coronoides es delgado, el arco dental es parabólico y la coronas dentaria son pequeñas

E.- Estado dentario.

1) Diente *in situ*:

Cuadrante 3: primero, segundo y tercer molar

Cuadrante 4: primer premolar, primero, segundo y tercer molar

2) Diente perdido *ante mortem*:

Ninguno

3) Diente perdido *post mortem*:

Cuadrante 3: incisivo central y lateral, canino, primer y segundo premolar.

Cuadrante 4: incisivo central y lateral, canino, segundo premolar.

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

No se observa

F.2.- Caries:

Cuadrante 3: tercer molar localizada en su cara oclusal de categoría (I) esmalte, es decir, lesión superficial, sin superar el espesor del esmalte

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No se observa

F.4.- Cálculo:

No se observa

F.5.- Desgaste dentario

En ambos cuadrantes según la escala valorativa se ubica en la categoría que corresponde a los grados 1 y 2, el esmalte está indemne o levemente desgastado.

F.6.- Atrición:

No se observa.

F.7.- Abrasión:

Se observa como desgaste dentario patológico, atribuible a la tecnología usada para la preparación de los alimentos por el grado de abrasividad de los alimentos molidos en metates de piedra contienen pequeñas partículas desprendidas durante el proceso de molienda, con alto componente silíceo, que genera un desgaste fuerte de la superficie oclusal de forma cóncava.

F.8.- Fenestración:

No se observa.

F.9.- Dehiscencia:

No se observa.

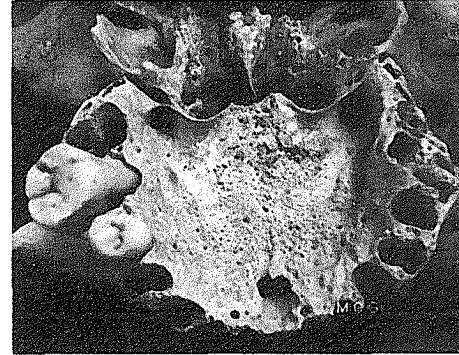
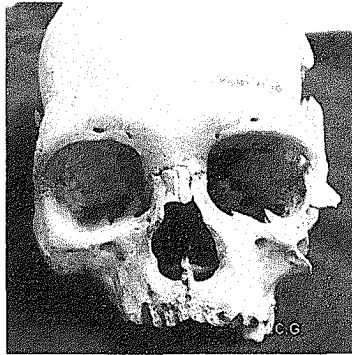
F.10.- Fístulas

No se observa.

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa

**Análisis del Individuo N° 17 MR-206-C-017 según los
parámetros indicados en la metodología seleccionada**



www.bdigital.ula.ve

A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis de realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: muy malo.

C.- Edad:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto joven

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente: femenino, la impresión total es grácil, el cráneo más redondeado, además la inclinación del frontal es escarpada hasta redondo, la eminencia frontal es pronunciada, lo que conforma un esqueleto facial estrecho, pequeño, la forma de la órbita es un poco redondeada con un margen supraorbital bastante vivo y el proceso cigomático: delgado, moderado, llano. El hueso palatino tiene forma parabólica, con dientes que se podría nombrar como pequeños

E.- Estado dentario.

1) Diente *in situ*:

Cuadrante 2: segundo premolar, primer molar

2) Diente perdido *ante mortem*:

Ninguno

3) Diente perdido *post mortem*:

Cuadrante 1: incisivo central y lateral, canino, primer y segundo premolar, primer y segundo molar.

Cuadrante 2: incisivo central y lateral, canino, primer premolar, segundo molar.

4) Diente no erupcionado:

Ambos terceros molares

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

Este parámetro indica la aparente reabsorción del hueso alveolar, compatible con patología periodontal (periodontitis). En la valoración al sondeo esta patología la podemos considerar con grado 3, es decir, grave, dado que, la pérdida de soporte óseo periodontal observable supera los 6 mm con exposición de la furca del molar.

F.2.- Caries:

No se observa

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No se observa.

F.4.- Cálculo:

Se observa en grado 3, como expresión severa y causante de la patología periodontal; sospecho que hubo pérdida de esta materia motivado por el manejo de la muestra, como nos da a entender la pérdida de los dientes y los daños y fracturas que presenta este individuo.

F.5.- Desgaste dentario

Cuadrante 2: leve, correspondiente al grado 1 y 2.

F.6.- Atrición:

No se observa.

F.7.- Abrasión:

No se observa.

F.8.- Fenestración:

No se observa.

F.9.- Dehiscencia:

Desplazamiento del hueso marginal hacia apical, relacionada con la presencia de recesiones gingivales, con exposición de la raíz al medio bucal por migración apical de la encía.

Cuadrante 1: a nivel de la zona del incisivo central, lateral y canino.

Cuadrante 2: a nivel de la zona del primer y segundo premolar, primer molar

F.10.- Fístulas

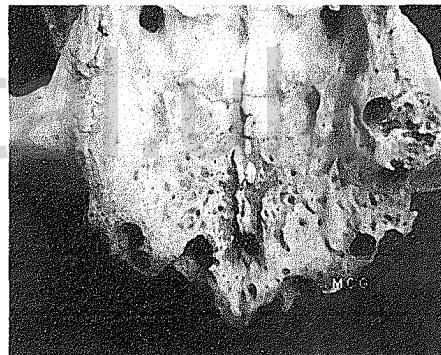
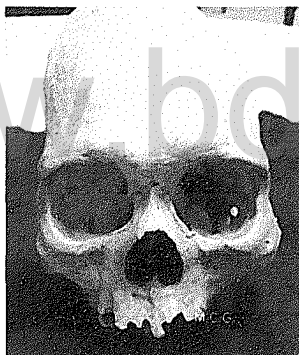
No se observa.

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa.



Análisis del Individuo N° 18 MR-206-C-018 según los parámetros indicados en la metodología seleccionada



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: malo.

C.- Edad:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo senil

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente: femenino, la impresión total es grácil, el cráneo más redondeado, además la inclinación del frontal es escarpada hasta redondo, la eminencia frontal es pronunciada, lo que conforma un esqueleto facial estrecho, pequeño, la forma de la órbita es un poco

redondeada con un margen supraorbital bastante vivo y el proceso cigomático: delgado, moderado, llano.

E.- Estado dentario.

1) Diente *in situ*:

Ninguno

2) Diente perdido *ante mortem*:

Cuadrante 1: incisivo central, canino, segundo premolar, primer y segundo molar

Cuadrante 2: incisivo central, canino segundo premolar, primero, segundo y tercer molar

3) Diente perdido *post mortem*:

Cuadrante 1: incisivo lateral, primer premolar, tercer molar

Cuadrante 2: incisivo lateral, primer premolar

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

Sospecho, por las características de senilidad que la aparente reabsorción del hueso alveolar, no nos revela una patología periodontal evaluable.

F.2.- Caries:

No evaluable.

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No evaluable.

F.4.- Cálculo:

No evaluable.

F.5.- Desgaste dentario

No evaluable.

F.6.- Atrición:

No evaluable.

F.7.- Abrasión:

No evaluable.

F.8.- Fenestración:

No evaluable.

F.9.- Dehiscencia:

No evaluable.

F.10.- Fístulas

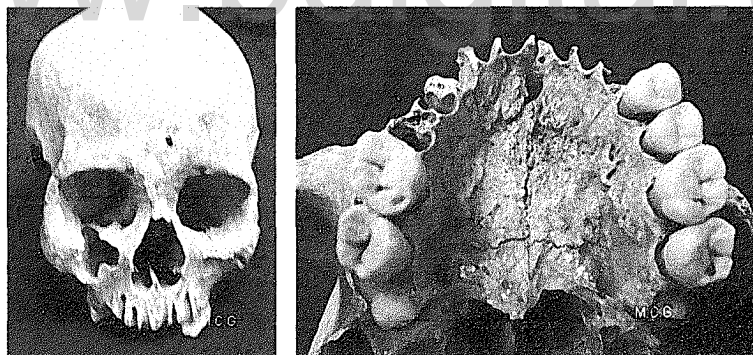
No se observa.

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa.



**Análisis del Individuo N° 19 MR-206-C-019 según los
parámetros indicados en la metodología seleccionada.**



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar superior o inferior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: regular.

C.- Edad:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto
joven

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente, masculino, pues, la impresión total, es grande, pesada, hay pronunciación de las inserciones musculares, la inclinación del frontal que es más obtusa, la eminencia frontal es débil, el arco superciliar es marcado, la forma de la órbita, rectangular, más alta, el borde nasal está bien demarcado, la espina nasal es grande, el cigomático, se nota áspero, alto y pronunciado, así como el arco y el proceso cigomático se notan robustos, y gruesos. Con respecto al hueso palatino, es largo y ancho, en forma de una U y los dientes remanente son grandes.

E- Estado dentario.

1) Diente *in situ*:

Cuadrante 1: primer y segundo molar

Cuadrante 2: primer y segundo premolar, primer y segundo molar

2) Diente perdido *ante mortem*:

Cuadrante 1: segundo premolar

3) Diente perdido *post mortem*:

Cuadrante 1: incisivo central y lateral, canino, primer premolar

Cuadrante 2: incisivo central y lateral, canino

4) Diente no erupcionado: incluido en el hueso alveolar,

Cuadrante 1: tercer molar

Cuadrante 2: tercer molar

5) Como alteración dentaria, en la erupción de ambos terceros molares en una posición horizontalizada y dirigida hacia distal.

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

Este parámetro indica la aparente reabsorción del hueso alveolar, compatible con patología periodontal bastante severa. En la valoración al sondeo esta patología encontramos dos tipos de reabsorción ósea de forma similar en ambos cuadrantes, en la zona vestibular que corresponde a los dientes anteriores: incisivo central y lateral y canino, se presenta en grado 3, grave, dado que, la pérdida de soporte óseo periodontal observable supera los 10 mm, de dirección vertical; mientras que en la zona correspondiente al primer y segundo premolar y los molares, se encontró una categoría con grado 2, leve a moderada (3 – 6 mm): la pérdida es de tipo horizontal. El soporte óseo periodontal observable en las caras palatinas es de grado 1, porque no supera los 3 mm, en ninguna zona de los dientes en cuestión.

F.2.- Caries:

Cuadrante 1: primer y segundo molar con caries incipiente en esmalte con localización en la cara oclusal (grado 3).

Cuadrante 2: primer y segundo molar con caries incipiente en esmalte con localización en la cara oclusal (grado 3).

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No se observa ninguna alteración estructural compatible con una hipoplasia dentaria.

F.4.- Cálculo:

Se observa en los dientes remanentes en una categoría severa.

F.5.- Desgaste dentario

En ambos cuadrantes, a la observación directa y según la escala valorativa, se ubica en la categoría que corresponde a los grados 2 y 3, se observa que el esmalte se ha desgastado lo suficiente, como para dejar algún punto de dentina expuesta en la superficie oclusal de la corona. Se presenta discontinuidad en la superficie del esmalte por fracturas achacable a traumatismos en el manejo de la muestra.

F.6.- Atrición:

No se observa.

F.7.- Abrasión:

No se observa.

F.8.- Fenestración:

La perforación de la tabla vestibular con preservación del hueso marginal en la zona del tercer molar derecho revela la zona de la raíz de éste, que como se dijo en párrafo anterior tiene una dirección de erupción horizontal distalizada del maxilar.

F.9.- Dehiscencia:

Este desplazamiento del hueso marginal hacia apical, relacionada con la presencia de recesiones gingivales como consecuencia de una patología periodontal se presenta con la exposición de las raíces al medio bucal por migración apical de la encía, se observa de manera individual, a nivel de la zona de canino a canino

F.10.- Fístulas

No se observa.

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa.

Análisis del Individuo N° 20 MR-206-C-020 según los parámetros indicados en la metodología seleccionada



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar inferior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: bueno.

C.- Edad:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente, masculino, pues, la impresión total, es grande, pesada, fuerte, con un mentón cuadrangular, el ángulo mandibular es escarpado y prominente, el margen inferior es grueso al igual que el cuerpo mandibular que además es rugoso y alto, la rama mandibular es gruesa, ancha y vertical, la escotadura sigmoidea es poco profunda, el proceso condilar grande, el proceso coronoide grande y ancho, los molares presentes son bastante grandes.

E.- Estado dentario.

1) Diente *in situ*:

Cuadrante 3: primer, segundo y tercer molar.

Cuadrante 4: primer y segundo molar

2) Diente perdido *ante mortem*:

Cuadrante 3: incisivo central

3) Diente perdido *post mortem*:

Cuadrante 3: incisivo lateral, canino, primer y segundo premolar.

Cuadrante 4: incisivo central y lateral, canino, primer y segundo premolar, tercer molar.

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

En ambos cuadrantes la valoración al sondeo se reporta como grado 2, es decir, leve a moderada, la pérdida de soporte óseo periodontal observable se encuentra entre 3 y 6 mm.

F.2.- Caries:

Cuadrante 3: segundo molar con localización en grado 1, es decir, cara oclusal y en cuanto al grado de severidad de la caries con categoría (I), afecta sólo el esmalte.

Cuadrante 4: primer y segundo molar con localización en grado 1, es decir, cara oclusal y en cuanto al grado de severidad de la caries con categoría (I), afecta sólo el esmalte.

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No se observa.

F.4.- Cálculo:

En categoría 2, expresión moderada. En toda zona de la superficie dentaria

F.5.- Desgaste dentario

Cuadrante 3: según la escala valorativa se ubica en la categoría que corresponde a los grados 1 y 2, el esmalte está indemne o levemente desgastado.

F.6.- Atrición:

No se observa

F.7.- Abrasión:

Se observa como desgaste dentario patológico, atribuible a la tecnología usada para la preparación de los alimentos por el grado de abrasividad de los alimentos molidos en metates de piedra contienen pequeñas partículas desprendidas durante el proceso de molienda, con alto componente silíceo, que genera un desgaste fuerte de la superficie oclusal de forma cóncava

F.8.- Fenestración:

No se observa.

F.9.- Dehiscencia:

Cuadrante 3: a nivel del canino se observa un desplazamiento del hueso marginal hacia apical, relacionada con la presencia de recesiones gingivales supongo que exponía la raíz al medio bucal por migración apical de la encía.

F.10.- Fístulas

No se observa.

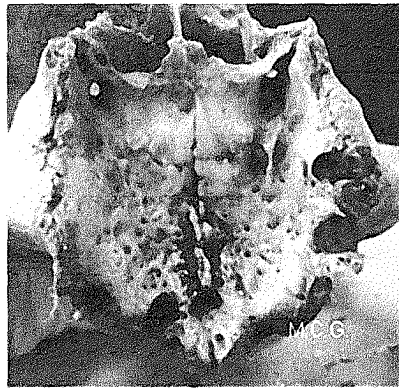
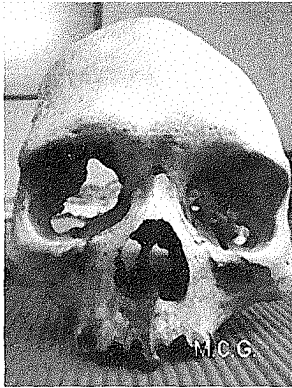
F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

Cuadrante 3: catalogado como medio, con diámetro externo entre 3 y 5 mm visible con afectación a la tabla externa vestibular a nivel de incisivo lateral.

Cuadrante 4: catalogado como medio, con diámetro externo entre 3 y 5 mm visible con afectación a la tabla externa vestibular a nivel de segundo premolar.



**Análisis del Individuo N°21 MR-206-C-021 según los
parámetros indicados en la metodología seleccionada.**



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar superior o inferior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: muy malo.

C.- Edad:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo senil

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente, masculino, pues, la impresión total, es grande, pesada, la inclinación del frontal que es más obtusa, la eminencia frontal es débil, el arco superciliar es marcado, la forma de la órbita, rectangular, más alta, el margen supraorbital es desafilado, el borde nasal está bien demarcado, la espina nasal es grande, el cigomático, se nota áspero, alto y pronunciado, así como el arco y el proceso cigomático se notan robustos, y gruesos. Con respecto al hueso palatino, es largo y ancho, en forma de una U.

E.- Estado dentario.

No es valorable

2) Diente perdido *ante mortem*:

Cuadrante 1: incisivo central, canino, primer premolar, primer, segundo y tercer molar

Cuadrante 2: incisivo central, primer y segundo premolar, primer, segundo y tercer molar.

3) Diente perdido *post mortem*:

Cuadrante 1: incisivo lateral, segundo premolar

Cuadrante 2: incisivo lateral, canino

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

No valorable, el mal estado y ausencia de conservación del alvéolo en estudio no ofrece ninguna información en este caso.

F.2.- Caries:

No valorable.

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No valorable.

F.4.- Cálculo:

No valorable.

F.5.- Desgaste dentario

No valorable.

F.6.- Atrición:

No valorable.

F.7.- Abrasión:

No valorable.

F.8.- Fenestración:

No valorable.

F.9.- Dehiscencia:

No valorable.

F.10.- Fístulas

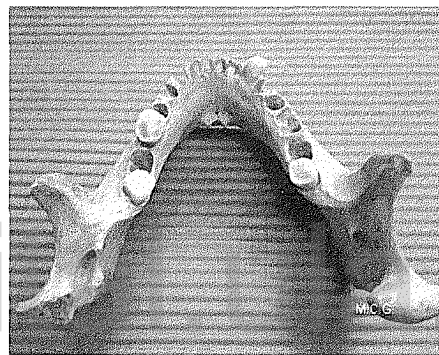
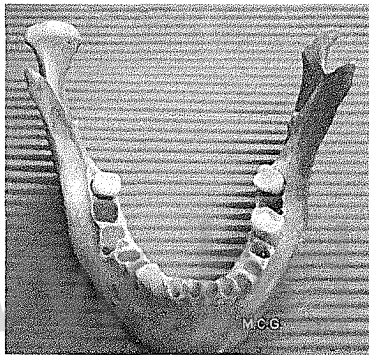
No se observa.

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

Se observa su huella de grado medio, con diámetro externo entre 3 y 5 mm visible, con perforación bucal a la tabla externa palatina a nivel del incisivo lateral izquierdo.



Análisis del Individuo N° 23 MR-206-C-023 según los parámetros indicados en la metodología seleccionada



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar inferior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: bueno.

C.- Edad:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto maduro

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente, masculino, pues, la impresión total, es grande, pesada, fuerte, con un mentón cuadrangular, el ángulo mandibular es escarpado y prominente, el margen inferior es grueso al igual que el cuerpo mandibular que además es rugoso y alto, la rama mandibular es gruesa, ancha y vertical, la escotadura sigmoidea es poco

profunda, el proceso condilar grande, el proceso coronoide grande y ancho, los molares presentes son bastante grandes.

E.- Estado dentario.

1) Diente *in situ*:

Cuadrante 3: primer y tercer molar.

Cuadrante 4: canino y tercer molar

2) Diente perdido *ante mortem*:

Ninguno

3) Diente perdido *post mortem*:

Cuadrante 3: incisivo central y lateral, canino, primer y segundo premolar, primer y segundo molar.

Cuadrante 4: incisivo central y lateral, primer y segundo premolar, segundo molar.

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

En ambos cuadrantes la valoración al sondeo se reporta como grado 2, es decir, leve a moderada, la pérdida de soporte óseo periodontal observable se encuentra entre 3 y 6 mm.

F.2.- Caries:

No se observa.

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No se observa.

F.4.- Cálculo:

En categoría 2, expresión moderada.

F.5.- Desgaste dentario

Tanto en el cuadrante 3 como en el 4, según la escala valorativa se ubican en la categoría que corresponde al grado 5 y más; prácticamente ha desaparecido el esmalte de la superficie oclusal de la corona, quedando expuesta la dentina.

F.6.- Atrición:

No se observa

F.7.- Abrasión:

Se observa como desgaste dentario patológico, atribuible a la tecnología usada para la preparación de los alimentos por el grado de abrasividad de los alimentos o el uso de los dientes para el trabajo (tercera mano).

F.8.- Fenestración:

No se observa.

F.9.- Dehiscencia:

El desplazamiento del hueso marginal hacia apical, relacionada con la presencia de recesiones gingivales que originan la exposición de la raíz al medio bucal por migración apical de la encía, se observa en la zona del canino y primer premolar izquierdos y el primer premolar derecho..

F.10.- Fístulas

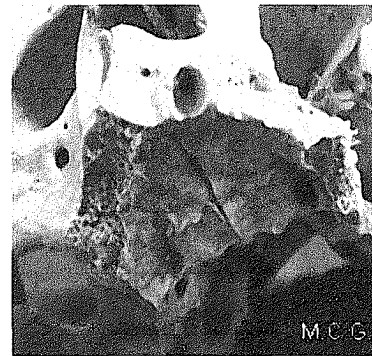
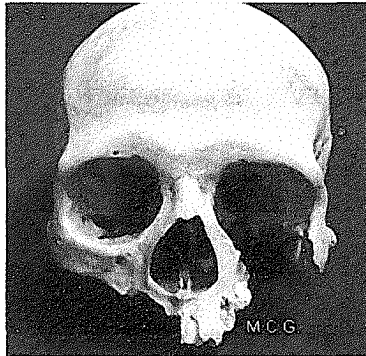
No se observa.

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa.



Análisis del Individuo N° 25 MR-206-C-025 según los parámetros indicados en la metodología seleccionada



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis de realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: muy malo.

C.- Edad:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto
maduro

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente, masculino, pues, la impresión total, es grande, pesada, hay pronunciación de las inserciones musculares, la inclinación del frontal que es más obtusa, la eminencia frontal es débil, el arco superciliar es marcado, la forma de la órbita, rectangular, más alta, el margen supraorbital es desafilado, el borde nasal está bien demarcado, la espina nasal es grande, el cigomático, se nota áspero, alto y pronunciado, así como el arco y el proceso cigomático se notan robustos, y gruesos. Con respecto al hueso palatino, es largo y ancho, en forma de una U. En cuanto a la protuberancia occipital externa, se denota fuerte, y el plano nucal posee un relieve marcado, así como el foramen magnum es grande.

E.- Estado dentario.

No es valorable

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

No es valorable.

F.2.- Caries:

No es valorable.

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No es valorable.

F.4.- Cálculo:

No es valorable.

F.5.- Desgaste dentario

No es valorable.

F.6.- Atrición:

No es valorable.

F.7.- Abrasión:

No es valorable.

F.8.- Fenestración:

No es valorable.

F.9.- Dehiscencia:

No es valorable.

F.10.- Fístulas

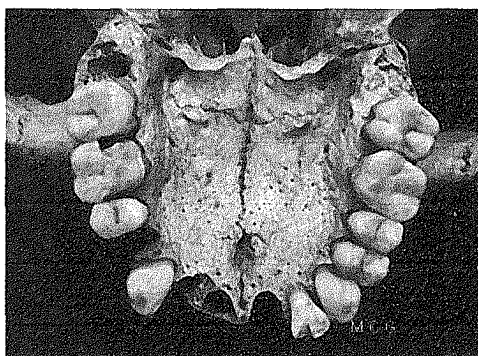
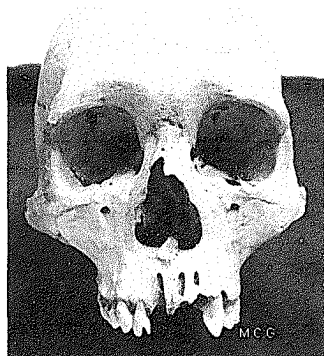
No es valorable.

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No es valorable.



**Análisis del Individuo N° 27 MR-206-C-027 según los
parámetros indicados en la metodología seleccionada**



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: regular.

C.- Edad:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto
joven

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente, masculino, pues, la impresión total, es grande, pesada, hay pronunciación de las inserciones musculares, la inclinación del frontal que es más obtusa, la eminencia frontal es débil, el arco superciliar es marcado, la forma de la órbita, rectangular, más alta, el margen supraorbital es desafilado, el borde nasal está bien demarcado, el cigomático, se nota áspero, alto y pronunciado, así como el arco y el proceso cigomático se notan robustos, y gruesos. Con respecto al hueso palatino, es largo y ancho, en forma de una U.

E.- Estado dentario.

1) Diente in situ:

Cuadrante 1: incisivo lateral, canino, primer y segundo premolar, primer y segundo molar

Cuadrante 2: canino, segundo premolar, primer y segundo molar

2) Diente perdido ante mortem:

Cuadrante 2: tercer molar

3) Diente perdido post mortem:

Cuadrante 1: incisivo central

Cuadrante 2: incisivo central y lateral, primer premolar

4) Diente no erupcionado:

Cuadrante 1: tercer molar

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

En la valoración al sondeo esta patología la podemos considerar con grado 2, es decir, presencia, leve a moderada, la pérdida de soporte óseo periodontal observable se encuentra entre 3 y 6 mm, de tipo horizontal, en las caras palatinas.

Por vestibular también de grado 2 con excepción de la zona del incisivo central derecho el cual presenta una reabsorción ósea de tipo vertical en grado 3.

www.bdigital.ula.ve

F.2.- Caries:

Cuadrante 2: primer molar caries con localización en grado 3, es decir, caries desde la corona hasta la línea amelocementaria (LAC), en la línea limítrofe entre la corona y la raíz dentarias; y en cuanto al grado de gravedad o severidad de la caries con categoría (II), la lesión afecta el espesor del esmalte y la dentina.

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No se observa

F.4.- Cálculo:

Se distingue en categoría 3, expresión severa.

F.5.- Desgaste dentario

Según la escala valorativa se ubica en la categoría que corresponde a los grados 1 y 2, el esmalte está indemne o levemente desgastado.

F.6.- Atrición:

No se observa

F.7.- Abrasión:

No se observa

F.8.- Fenestración:

Esta perforación de la tabla vestibular pero con preservación del hueso marginal se observa en el cuadrante 2, a nivel de los incisivos central y lateral.

F.9.- Dehiscencia:

El desplazamiento del hueso marginal hacia apical, se observa a nivel de la zona del incisivo central superior derecho, con exposición de la raíz al medio bucal por migración apical de la encía.

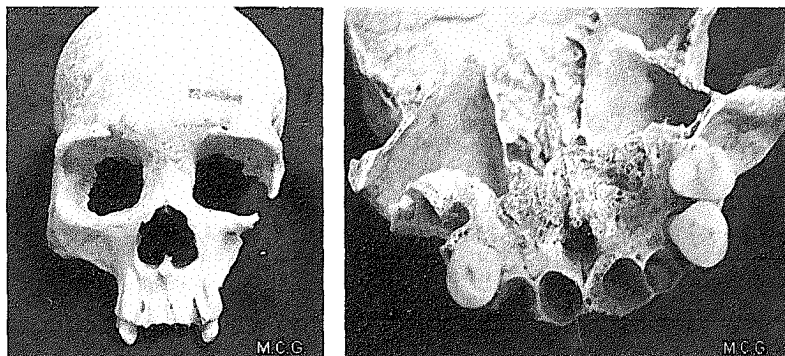
F.10.- Fístulas

No se observa

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa

Análisis del Individuo N° 28 MR-206-C-028 según los parámetros indicados en la metodología seleccionada



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis de realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: muy malo.

C.- Edad:

Según los parámetros indicados en la metodología no la puedo estimar.

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente, masculino, pues, la impresión total, es grande, pesada, la inclinación del frontal que es más obtusa, la eminencia frontal es débil, el arco superciliar es marcado, la forma de la órbita, rectangular, más alta, el margen supraorbital es desafilado, el borde nasal está bien demarcado, el cigomático, se nota áspero, alto y pronunciado, así como el arco y el proceso cigomático se notan robustos, y gruesos.

E.- Estado dentario.

1) Diente in situ:

Cuadrante 1: canino, primer premolar

Cuadrante 2: canino

2) Diente perdido ante mortem:

No es valorable.

3) Diente perdido post mortem:

Cuadrante 1: incisivo central y lateral

Cuadrante 2: incisivo central y lateral

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

En el fragmento que se analiza según este parámetro se puede considerar con grado 2, leve a moderada, la pérdida de soporte óseo periodontal observable se encuentra entre 3 y 6 mm

F.2.- Caries:

No se observa

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No se observa.

F.4.- Cálculo:

En categorías 2, expresión moderada aunque sospecho que hubo pérdida de esta materia motivado por el manejo de la muestra puesto que la reabsorción ocurrida en el hueso hace suponer que los depósitos de cálculo debían ser mayores.

F.5.- Desgaste dentario

Según la escala valorativa se ubica en la categoría que corresponde a los grados 1y 2, el esmalte está indemne o levemente desgastado.

F.6.- Atrición:

No se observa

F.7.- Abrasión:

No se observa.

F.8.- Fenestración:

Se observa en la zona que corresponde al incisivo lateral derecho.

F.9.- Dehiscencia:

Se observa en la zona que corresponde al incisivo lateral izquierdo.

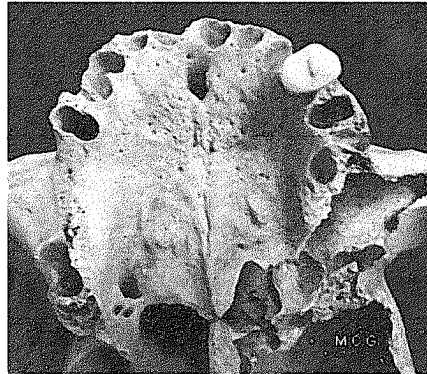
F.10.- Fístulas

No se observa

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa.

**Análisis del Individuo N° 29 MR-206-C-029 según los
parámetros indicados en la metodología seleccionada**



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: malo.

C.- Edad probable:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto
maduro

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente, masculino, pues, la impresión total, es grande, pesada, la inclinación del frontal que es más obtusa, la eminencia frontal es débil, el arco superciliar es marcado, la forma de la órbita, rectangular, más alta, el margen supraorbital es desafilado, el borde nasal está bien demarcado, el cigomático, se nota áspero, alto y pronunciado, así como el arco y el proceso cigomático se notan robustos, y gruesos. Con respecto al hueso palatino, es ancho, en forma de una U.

E.- Estado dentario.

1) Diente in situ:

Cuadrante 2: primer premolar

2) Diente perdido ante mortem:

Cuadrante 1: primer y segundo molar

Cuadrante 2: primer molar

3) Diente perdido post mortem:

Cuadrante 1: incisivo central y lateral, canino, primer y segundo premolar, tercer molar

Cuadrante 2: incisivo central y lateral, canino, segundo premolar, primer y tercer molar

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

Según este parámetro la reabsorción horizontal del hueso alveolar observable se encuentra en una categoría grado 3, grave, la pérdida de soporte óseo periodontal observable supera los 6 mm, en la zona que corresponde al primer premolar izquierdo, único diente en la arcada.

F.2.- Caries:

No se observa

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No se observa

F.4.- Cálculo:

No se observa

F.5.- Desgaste dentario

No se observa

F.6.- Atrición:

No se observa

F.7.- Abrasión:

No se observa

F.8.- Fenestración:

No se observa

F.9.- Dehiscencia:

Se observa a nivel de la zona del canino izquierdo.

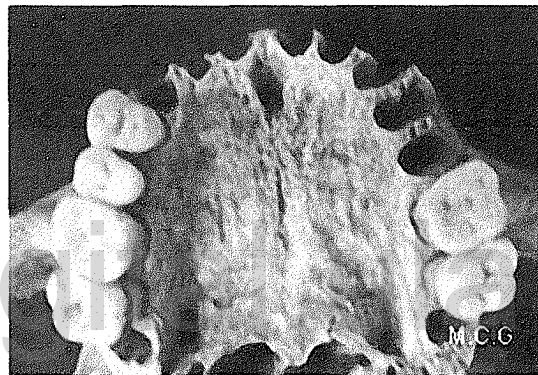
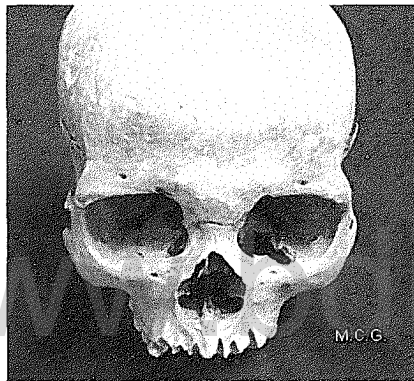
F.10.- Fístulas

No se observa

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa

**Análisis del Individuo N° 30 MR-206-C-030 según los
parámetros indicados en la metodología seleccionada**



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: regular.

C.- Edad probable:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto joven

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente: femenino, la impresión total es grácil, el cráneo más redondeado, además la inclinación del frontal es escarpada hasta redondo, la eminencia frontal es pronunciada, lo que conforma un esqueleto facial estrecho, pequeño, el margen supraorbital bastante vivo y el proceso cigomático: delgado, moderado, llano.

E.- Estado dentario.

1) Diente in situ:

Cuadrante 1: primer y segundo premolar, primer y segundo molar

Cuadrante 2: primer y segundo molar

2) Diente perdido ante mortem:

3) Diente perdido post mortem:

Cuadrante 1: incisivo central y lateral, canino, tercer molar

Cuadrante 2: incisivo central y lateral, canino, primer y segundo premolar, tercer molar

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

Según parámetro la reabsorción del hueso alveolar, se puede considerar con grado 2, leve a moderada, la pérdida de soporte óseo periodontal observable se encuentra entre 3 y 6 mm tanto en las caras palatinas como vestibulares de los dientes remanentes.

F.2.- Caries:

No se observa.

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No se observa.

F.4.- Cálculo:

Se distingue en categoría moderada.

F.5.- Desgaste dentario

Según la escala valorativa corresponde a los grados 1 y 2 de los autores citados: el esmalte está indemne o levemente desgastado.

F.6.- Atrición:

No se observa.

F.7.- Abrasión:

Se observa como desgaste dentario patológico, atribuible a la tecnología usada para la preparación de los alimentos por el grado de abrasividad

de los alimentos molidos en metates de piedra contienen pequeñas partículas desprendidas durante el proceso de molienda, con alto componente silíceo, que genera un desgaste fuerte de la superficie oclusal de forma cóncava.

F.8.- Fenestración:

No se observa.

F.9.- Dehiscencia:

Se observa por vestibular a nivel de la zona anterior de la arcada, siendo más pronunciada en la zona que corresponde al incisivo central y lateral, y canino izquierdos.

F.10.- Fístulas

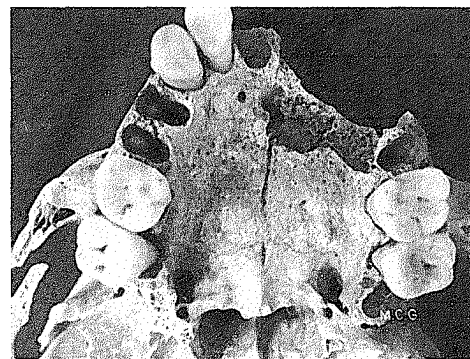
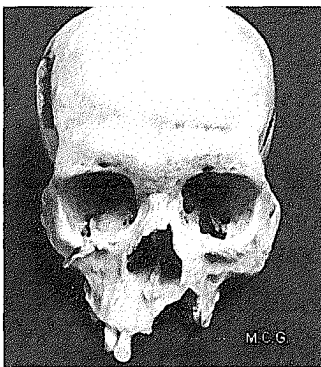
No se observa.

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa.

www.bdigital.ula.ve

Análisis del Individuo N° 31 MR-206-C-031 según los parámetros indicados en la metodología seleccionada



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis de realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: malo.

C.- Edad probable:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente: femenino, la impresión total es grácil, el cráneo más redondeado, además la inclinación del frontal es escarpada hasta redondo, la eminencia frontal es pronunciada, lo que conforma un esqueleto facial estrecho, pequeño, la forma de la órbita es un poco redondeada pero me confunde que el cigomático, se nota áspero, alto y pronunciado, así como el arco y el proceso cigomático se notan robustos, y gruesos. El hueso palatino tiene forma parabólica, con dientes que se podría nombrar como pequeños

E.- Estado dentario.

1) Diente in situ:

Cuadrante 1: incisivo lateral, canino, primer y segundo molar

Cuadrante 2: primer y segundo molar

2) Diente perdido ante mortem:

3) Diente perdido post mortem:

Cuadrante 1: incisivo central, primer y segundo premolar, tercer molar

Cuadrante 2: incisivo central y lateral, canino, primer y segundo premolar, tercer molar

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

Según este parámetro la reabsorción del hueso alveolar, se puede considerar como grado 2, leve a moderada, la pérdida de soporte óseo periodontal observable se encuentra entre 3 y 6 mm

F.2.- Caries:

No se observa en los dientes remanentes.

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No se observa

F.4.- Cálculo:

Se distinguen en categoría 2, expresión moderada

F.5.- Desgaste dentario

Según la escala valorativa se ubica en la categoría que corresponde a los grados 2 y 3, el esmalte se ha desgastado lo suficiente, como para dejar algún punto de dentina expuesta en la superficie oclusal de la corona, también se presenta discontinuidad en la superficie del esmalte por fracturas achacable a traumatismos en el manejo de la muestra.

F.6.- Atrición:

No se observa

F.7.- Abrasión:

Se observa como desgaste dentario patológico, atribuible a la tecnología usada para la preparación de los alimentos por el grado de abrasividad de los alimentos molidos en metates de piedra contienen pequeñas partículas desprendidas durante el proceso de molienda, con alto componente silíceo, que genera un desgaste fuerte de la superficie oclusal de forma cóncava.

F.8.- Fenestración:

No se observa

F.9.- Dehiscencia:

No se observa

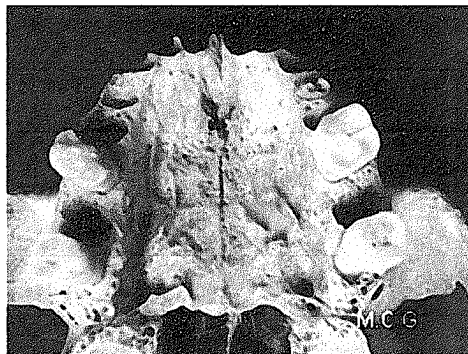
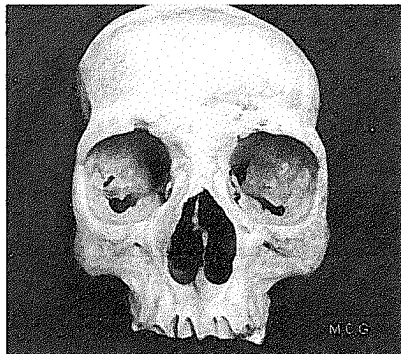
F.10.- Fístulas

No se observa

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa

Análisis del Individuo N° 32 MR-206-C-032 según los parámetros indicados en la metodología seleccionada



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: muy malo.

C.- Edad probable:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto maduro

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente: femenino, la impresión total es grácil, el cráneo más redondeado, además la inclinación del frontal es escarpada hasta redondo, la eminencia frontal es pronunciada, lo que conforma un esqueleto facial estrecho, pequeño, la forma de la órbita es un poco redondeada con un margen supraorbital bastante vivo y el proceso cigomático: delgado, moderado, llano. El hueso palatino tiene forma parabólica.

E.- Estado dentario.

1) Diente *in situ*:

Cuadrante 1: primer y tercer molar

Cuadrante 2: primer premolar, primer y tercer molar

2) Diente perdido *ante mortem*:

Ninguno

3) Diente perdido *post mortem*:

Cuadrante 1: incisivo central y lateral, primer y segundo premolar,
segundo molar

Cuadrante 2: incisivo central y lateral, segundo premolar, segundo molar

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

Según este parámetro la reabsorción del hueso alveolar, se puede considerar con grado 2, leve a moderada, la pérdida de soporte óseo periodontal observable se encuentra entre 3 y 6 mm en las caras palatinas de los dientes remanentes mientras que se encontró una categoría grado 3, es decir, presencia, grave, dado que, la pérdida de soporte óseo periodontal observable supera los 6 mm, en la zona vestibular que corresponde a los dientes incisivos centrales, laterales, caninos, derechos e izquierdos.

F.2.- Caries:

No se observa

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No se observa

F.4.- Cálculo:

No se observa in situ, pero las condiciones de la pieza ósea me indica hubo pérdida de esta materia motivado por el manejo de la muestra.

F.5.- Desgaste dentario

Según la escala valorativa se ubica en la categoría que corresponde a los grados 4 y 4+: hay varios puntos de dentina visibles, pero se conserva aún una considerable superficie de esmalte.

- 5) Se presenta discontinuidad en la superficie del esmalte por fracturas achacable a traumatismos en el manejo de la muestra

F.6.- Atrición:

No se observa

F.7.- Abrasión:

No se observa

F.8.- Fenestración:

No se observa

F.9.- Dehiscencia:

No se observa

F.10.- Fístulas

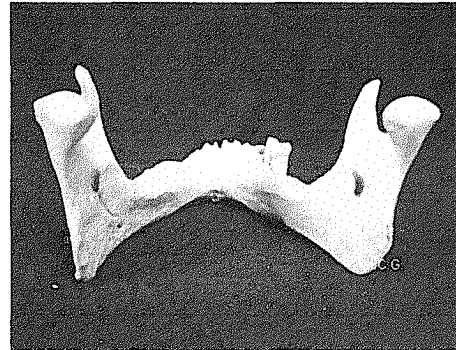
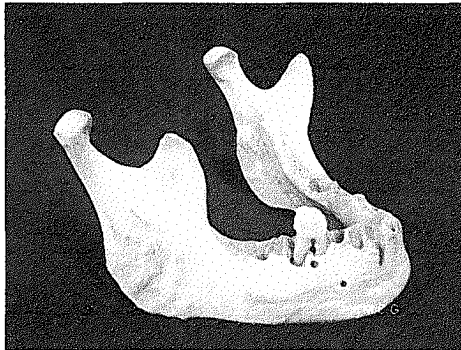
No se observa

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa

www.bdigital.ula.ve

**Análisis del Individuo N° 33 MR-206-C-033 según los
parámetros indicados en la metodología seleccionada**



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar inferior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: bueno.

C.- Edad probable:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto maduro

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente, el maxilar inferior, es masculino, da una impresión fuerte, con un mentón cuadrangular, el ángulo mandibular es escarpado y prominente, el margen inferior es grueso al igual que el cuerpo mandibular que además es rugoso y alto, la rama mandibular es gruesa, ancha y vertical, la escotadura sigmoidea es poco profunda, el proceso condilar grande, el proceso coronoide grande y ancho.

E- Estado dentario.

1) Diente *in situ*:

Cuadrante 4: primer molar

2) Diente perdido *ante mortem*:

Cuadrante 3: primer y segundo premolar, primer, segundo y tercer molar.

Cuadrante 4: segundo y tercer molar.

3) Diente perdido *post mortem*:

Cuadrante 3: incisivo central y lateral, canino

Cuadrante 4: incisivo central y lateral, canino, primer y segundo premolar.

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

En la valoración al sondeo esta patología la podemos considerar con grado 2, es decir, presencia, leve a moderada, la pérdida de soporte óseo periodontal de manera horizontal y una categoría grado 3, grave dado que, la pérdida de soporte óseo periodontal observable supera los 6 mm, de manera vertical, en la zona vestibular que corresponde al canino derecho.

F.2.- Caries:

En el primer molar derecho, única pieza analizable, se distingue una huella de caries sobre un desgaste dentario patológico, en la pared

distal de la corona a nivel cervical que compromete esmalte y cemento.

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

Se distingue alteración estructural compatible con una hipoplasia dentaria en forma de líneas en el escaso esmalte de la cara vestibular del primer molar derecho.

F.4.- Cálculo:

Se distinguen en categoría 2, expresión moderada

F.5.- Desgaste dentario

Según la escala valorativa se ubica en la categoría que corresponde a los grados 5 y más, prácticamente ha desaparecido el esmalte de la superficie oclusal de la corona, quedando expuesta dentina tan delgada que se transparenta la cámara pulpar.

F.6.- Atrición:

F.7.- Abrasión:

Se observa como desgaste dentario patológico, en la cara oclusal del primer molar derecho, y en la pared distal de la corona a nivel cervical, atribuible a la tecnología usada para la preparación de los alimentos por el grado de abrasividad de los alimentos o el uso de los dientes como tercera mano, porque la huella de desgaste es inclinada y presenta una superficie erosionada, que como vemos fue susceptible a la caries.

F.8.- Fenestración:

No se observa.

F.9.- Dehiscencia:

Este desplazamiento del hueso marginal hacia apical, se observa a nivel de la zona del canino derecho

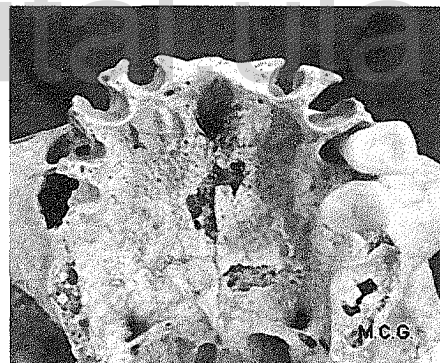
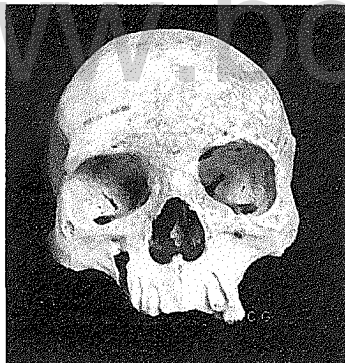
F.10.- Fístulas

Se observa presencia, pues existe una perforación en el hueso, que hace sospechar la existencia de alguna lesión fistulosa, a nivel del primer molar derecho.

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

En la zona del primer molar derecho se observa la huella de un absceso dental de grado medio con afectación de la tabla externa vestibular por la desembocadura de un trayecto fistuloso, como visible perforación bucal.

Análisis del Individuo N° 34 MR-206-C-034 según los parámetros indicados en la metodología seleccionada.



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: malo.

C.- Edad probable:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo senil

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente: femenino, la impresión total es grácil, el cráneo más redondeado, además la inclinación del frontal es escarpada hasta redondo, la eminencia frontal es pronunciada, lo que conforma un esqueleto facial estrecho, pequeño, la forma de la órbita es un poco redondeada con un margen supraorbital bastante vivo y el proceso cigomático: delgado, moderado, llano. El hueso palatino tiene forma parabólica, con dientes que se podría nombrar como pequeños

E.- Estado dentario.

1) Diente *in situ*:

Cuadrante 2: primer y segundo premolar

2) Diente perdido *ante mortem*:

Cuadrante 1: incisivo central, primer, segundo y tercer molar.

Cuadrante 2: incisivo central, primer, segundo y tercer molar.

3) Diente perdido *post mortem*:

Cuadrante 1: incisivo lateral, canino, primer y segundo premolar.

Cuadrante 2: incisivo lateral, canino.

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

La valoración al sondeo según este parámetro indica la aparente reabsorción del hueso alveolar de forma vertical, compatible con patología periodontal, la pérdida de soporte óseo es de categoría grave, la pérdida de soporte óseo periodontal observable supera los 6 mm, en la zona vestibular de los dientes remanentes que existían en boca.

F.2.- Caries:

No se observa.

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No se observa.

F.4.- Cálculo:

Se distingue como categorías¹, expresión leve: se observa cálculo depositado en alguna zona de la superficie dentaria.

F.5.- Desgaste dentario

Cuadrante 2: en grados 2+ a 3+: el esmalte se ha desgastado lo suficiente, como para dejar espacios de dentina expuesta en la superficie oclusal de la corona.

F.6.- Atrición:

Desgaste fisiológico del esmalte dentario y en algunos casos la dentina que ocurre con el envejecimiento como resultado del contacto directo diente contra diente.

F.7.- Abrasión:

No se observa.

F.8.- Fenestración:

No se observa.

F.9.- Dehiscencia:

Se observa a en el área vestibular anterior a nivel de la zona que corresponde a los incisivos laterales y caninos derecho e

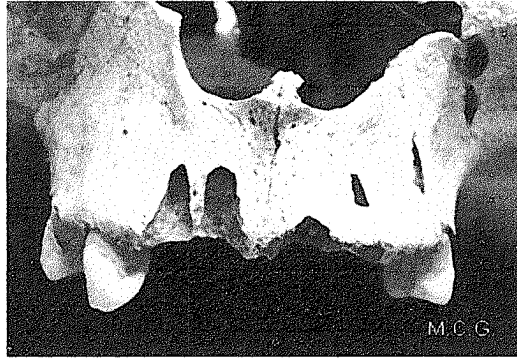
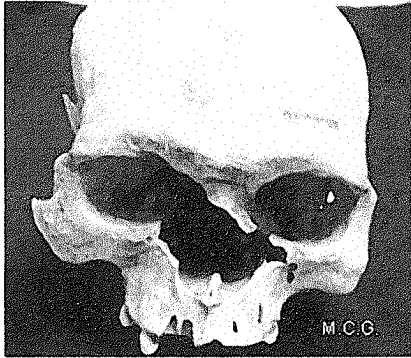
F.10.- Fístulas

No se observa

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa

Análisis del Individuo N° 35 MR-206-C-035 según los parámetros indicados en la metodología seleccionada



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: malo.

C.- Edad probable:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto joven

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente, masculino, pues, la impresión total, es grande, pesada, la inclinación del frontal es obtusa, la eminencia frontal es débil, el arco superciliar es marcado, la forma de la órbita, rectangular, más alta, el margen supraorbital es desafilado, el cigomático, se nota áspero, alto y pronunciado, así como el arco y el proceso cigomático se notan robustos, y gruesos. Con respecto al hueso palatino, es largo y ancho, en forma de una U.

E.- Estado dentario.

1) Diente *in situ*:

Cuadrante 1: canino, segundo molar

Cuadrante 2: primer premolar

2) Diente perdido *ante mortem*:

Cuadrante 1: primer premolar, primer molar

Cuadrante 2: incisivo lateral, primer premolar

3) Diente perdido *post mortem*:

Cuadrante 1: incisivo central y lateral, segundo premolar

Cuadrante 2: incisivo central, canino, segundo premolar, primer molar

4) Diente no erupcionado: tercer molar derecho e izquierdo,

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

Se presenta en grado 2, leve a moderada, la pérdida de soporte óseo periodontal observable se encuentra entre 3 y 6 mm, tanto en la cara vestibular como en la palatina de los dientes remanentes

F.2.- Caries:

No se observa.

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No se observa.

F.4.- Cálculo:

Se distingue en categorías 2, es decir, expresión moderada

F.5.- Desgaste dentario

La pérdida ósea generalizada, es de moderada a severa, de tipo horizontal. Según la escala valorativa se ubica en la categoría que corresponde a los grado 2, (2+ a 3+), el esmalte se ha desgastado lo suficiente, como para dejar algún punto de dentina expuesta en la superficie oclusal de la corona.

F.6.- Atrición:

No se observa

F.7.- Abrasión:

No se observa

F.8.- Fenestración:

Esta discontinuidad en el tejido óseo de la tabla vestibular se observa a nivel de:

Cuadrante 1: canino

Cuadrante 2: incisivo lateral y canino

F.9.- Dehiscencia:

Desplazamiento del hueso marginal hacia apical

Cuadrante 1: incisivo central y lateral.

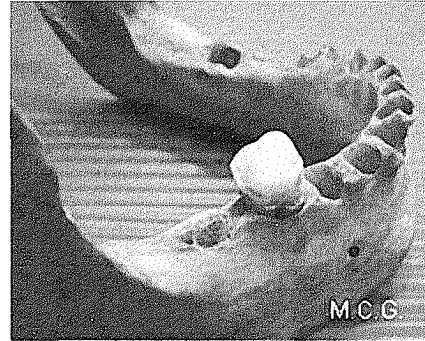
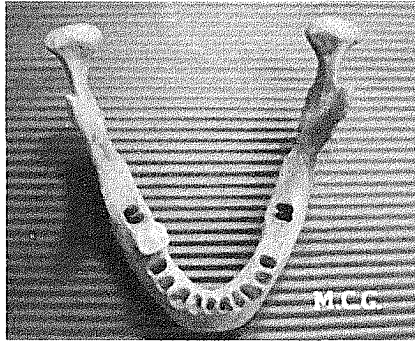
F.10.- Fístulas

No se observa

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa

Análisis del Individuo N° 36 MR-206-C-036 según los parámetros indicados en la metodología seleccionada



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar inferior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: regular.

C.- Edad:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto mayor

D.- Sexo:

Según la porción ósea inferior presente, femenino, la impresión primera es que es grácil y pequeña, el mentón es redondeado el ángulo mandibular es obtuso, llano, el margen inferior es delgado así como el cuerpo mandibular, la rama mandibular es delgada y abierta, la escotadura sigmoidea es profunda, el proceso condilar es pequeño, el proceso coronoides es delgado, el arco dental es parabólico.

E.- Estado dentario.

1) Diente *in situ*:

Cuadrante 3: primer molar

2) Diente perdido *ante mortem*:

Cuadrante 3: primer y segundo molar

Cuadrante 4: segundo molar

3) Diente perdido *post mortem*:

Cuadrante 3: incisivo central y lateral, canino, primer y segundo premolar, tercer molar

Cuadrante 4: incisivo central y lateral, canino, primer y segundo premolar, tercer molar

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

En la valoración al sondeo esta patología la podemos considerar con grado 3, es decir, grave, dado que, la pérdida de soporte óseo periodontal observable supera los 6 mm, en el caso del primer molar se observa la furca.

F.2.- Caries:

No se observa

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No se observa

F.4.- Cálculo:

Expresión moderada

F.5.- Desgaste dentario

En la categoría que corresponde al grado 4, es decir, el esmalte se ha desgastado lo suficiente, hay varios puntos de dentina visibles

F.6.- Atrición:

No se observa

F.7.- Abrasión:

Se observa como desgaste dentario patológico, atribuible al grado de abrasividad de los alimentos.

F.8.- Fenestración:

No se observa

F.9.- Dehiscencia:

No se observa

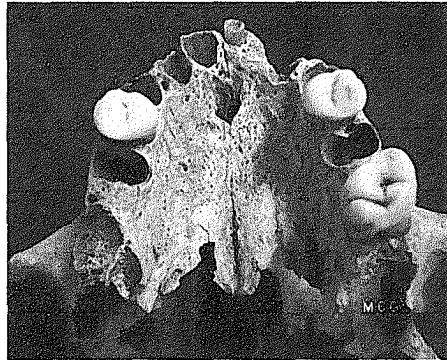
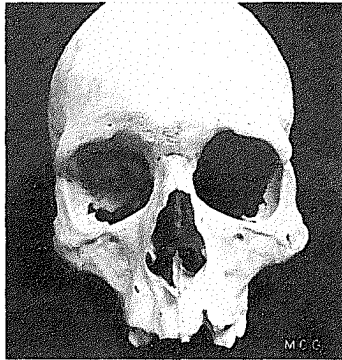
F.10.- Fístulas

No se observa

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa

**Análisis del Individuo N° 37 MR-206-C-037 según los
parámetros indicados en la metodología seleccionada**



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis se realizó en el maxilar superior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: muy malo.

C.- Edad probable:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente: femenino, la impresión total es grácil, el cráneo más redondeado, además la inclinación del frontal es escarpada hasta redondo, la eminencia frontal es pronunciada, lo que conforma un esqueleto facial estrecho, pequeño, la forma de la órbita es un poco redondeada con un margen supraorbital bastante vivo y el proceso cigomático: delgado, moderado, llano. El hueso palatino tiene forma parabólica, con dientes que se podría nombrar como pequeños

E.- Estado dentario.

1) Diente in situ:

Cuadrante 1: primer premolar

Cuadrante 2: incisivo central, primer premolar, primer molar

2) Diente perdido ante mortem:

Cuadrante 1: primer, segundo y tercer molar

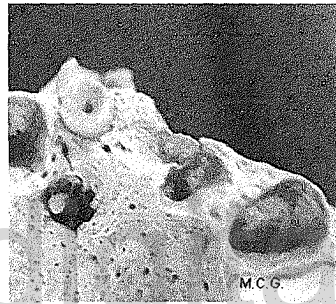
Cuadrante 2: segundo y tercer molar

3) Diente perdido post mortem:

Cuadrante 1: incisivo central y lateral, canino, segundo premolar

Cuadrante 2: incisivo lateral, canino, segundo premolar

5) Sospecho que el incisivo central izquierdo es una anomalía en la erupción pues tiene características de un diente deciduo, lo confirma el excesivo desgaste, así como en el alvéolo del lateral se nota la huella de la persistencia de un deciduo que compartió espacio con el incisivo lateral permanente



F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

Según este parámetro la reabsorción del hueso alveolar, se puede considerar con grado 2, leve a moderada, la pérdida de soporte óseo periodontal observable se encuentra entre 3 y 6 mm

F.2.- Caries:

Caries con localización en grado 1, es decir, oclusal, grado de severidad con categoría (I) esmalte, es decir, lesión superficial, la caries se encuentra situada en la corona, sin superar el espesor del esmalte, en el primer molar izquierdo

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No se observa

F.4.- Cálculo:

Como categorías 1, expresión leve: se observa cálculo depositado en alguna zona de la superficie dentaria.

F.5.- Desgaste dentario

Corresponde a los grados 1 y 2, el esmalte está indemne o levemente desgastado.

F.6.- Atrición:

No se observa

F.7.- Abrasión:

No se observa

F.8.- Fenestración:

No se observa

F.9.- Dehiscencia:

Se observa a nivel de la zona del canino izquierdo.

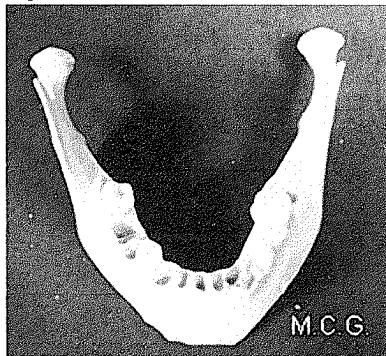
F.10.- Fístulas

No se observa

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa

Análisis del Individuo N° 39 MR-206-C-039 según los parámetros indicados en la metodología seleccionada



A.- Soporte óseo dento-alveolar:

El análisis de realizó en el maxilar inferior del individuo

B.- Estado de conservación en que se encuentra: bueno

C.- Edad probable:

Según los parámetros indicados en la metodología: Individuo adulto joven.

D.- Sexo probable:

Según la porción ósea presente, el maxilar inferior, es masculino, da una impresión fuerte, con un mentón cuadrangular, el ángulo mandibular es escarpado y prominente, el margen inferior es grueso al igual que el cuerpo mandibular que además es rugoso y alto, la rama mandibular es gruesa, ancha y vertical, la escotadura sigmoidea es poco profunda, el proceso condilar grande, el proceso coronoide grande y ancho, y el arco dental tiene forma de una U, donde se alojan dientes grandes

E.- Estado dentario.:

1) Diente *in situ*:

Cuadrante 3: primer premolar, primer molar

Cuadrante 4: primer premolar, segundo molar

2) Diente perdido *ante mortem*:

Ninguno

3) Diente perdido *post mortem*:

Cuadrante 3: incisivo central y lateral, segundo premolar, segundo molar

Cuadrante 4: incisivo central y lateral, canino, segundo premolar, primer molar

4) Diente no erupcionado: incluido en el hueso alveolar,

Cuadrante 3: canino

F.- Patologías bucales:

F.1.- Patología periodontal

No valorable

F.2.- Caries:

No se observa

F.3.- Hipoplasia dentaria en esmalte:

No se observa

F.4.- Cálculo:

No se observa cálculo depositado en ninguna zona de la superficie dentaria

F.5.- Desgaste dentario

Según la escala valorativa se ubica en la categoría que se corresponde a los grados 1 y 2, el esmalte está indemne o levemente desgastado.

F.6.- Atrición:

No se observa

F.7.- Abrasión:

No se observa

F.8.- Fenestración:

No se observa.

F.9.- Dehiscencia:

No se observa.

F.10.- Fístulas

No se observa

F.11.- Alteraciones de origen quístico o tumoral: Absceso dental:

No se observa

www.bdigital.ula.ve

www.bdigital.ula.ve

V Capítulo.

Resultados de la investigación.

A.- Contexto social de la muestra.

En el Diario de Campo, como producto directo de las observaciones que realizamos como investigador, recogidas en terreno, y que se convierte en testimonio de situaciones, hechos o actividades humanas, que nos permite reflexionar sobre los acontecimientos, informaciones u observaciones recogidas en terreno, para lo cual, se incluyen fotografías de un sitio arqueológico que ha desaparecido, queda el escenario físico, pero sin las huellas primarias.

Al comenzar a registrar, se usó la "coordenada ecológica" para indagar los elementos del paisaje y medio ambiente que acompañaron como parte integrante de esta comunidad que se instaló acá en tiempos pretéritos, imaginar el contexto en que se desarrolló el conjunto de sus expresiones culturales, que no se fijó por azar sino porque existen allí recursos varios que permitieron desarrollar la vida ahí y no en otro lugar, esto remite al conocimiento tanto los componentes de su alimentación o vestimenta como de su vivienda, o el objetivo final de sus actividades productivas, extractivas para comprender al grupo humano a través de las formas de utilización de su espacio, función del aporte, influjo y motivación del ambiente físico-biológico.

La indagación también tenía que redundar en la memoria local, y en medio de veladas "entrevistas" conseguir información. Anexo fragmentos del diario de campo:

1.- El primer contacto con la muestra se establece a través de un joven natural de esta población, Yander Rangel, presto y colaborador...me guía al interior,... pasamos dando un rodeo a la construcción y se ofrece a llevarme al sitio, y lo sigo por un corredor vegetal posterior a la iglesia que sale al patio lateral izquierdo, unas escaleras y luego se llega a un rellano, éste, cubierto de granito rústico en el cual hay unas aberturas cuadradas enmarcadas en metal, y me explica: "Este es el sitio de las excavaciones".....

2.- Los restos están alojados en un cuartito posterior a la iglesia, adosado a la pared externa del altar mayor, techo bajo, paredes sin friso y sin pintura, sin ventana al exterior, es el cuartito de guardar materiales de construcción para las obras de la iglesia. Así, al resplandor de la luz eléctrica de una bombilla descubro cajas plásticas que contienen cráneos, fémures, maxilares, etc., así como restos óseos que entre tierra y palos descansan formando una pila en el piso sobre un plástico negro, (imagen V.1 y V.2)



Imagen V.1

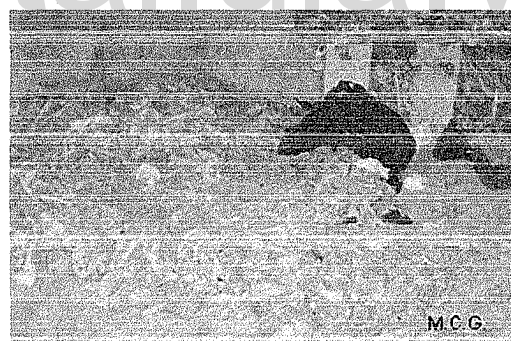


Imagen V.2

3.- No fue una excavación en sí.

- Pues estábamos removiendo el terreno para bajar el nivel de tierra al lado izquierdo de la iglesia.
- Y dígame, cómo consiguieron los restos óseos?
- Pues cuando estábamos moviendo la tierra, golpeamos algo más duro y en medio de la tierra estaban los huesitos.

- Pero, así nada más?
- Pues si, porque a medida que quitábamos la tierra mas salían, entonces el maestro de obra dijo que había que dar noticia a los de la contratista. Entonces ellos asistieron con los profesores de la Universidad y llamaron a otro profesor que si sabía de huesitos. Así fue como se excavó un poco más profundo y se sacaron restos de urnas, pero otros estaban apilados, así como cuando hay una epidemia y no da tiempo de enterrarlos bien.
- Y recuerda qué decían los que vinieron a estudiarlos?
- De verdad que no, lo que si me acuerdo es que varios de nosotros nos enfermamos y nos mandaron a la medicatura para tratamiento....

4.- Elvis Rangel, se acerca y me regala 5 copias de un librito que habla de Mucuchíes, su fervor y las fiestas en honor de Santa Lucía.... Es desde siempre, la dedicación a la fe que instauró el Rvdo. Fray Bartolomé Díaz.

Comienza entonces el peregrinar por la memoria colectiva. Su nombre Santa Lucía de Mucuchíes: Mucu, "lugar, sitio" , Chía, la diosa de la luna

Hoy en día, la población es la típica del páramo, de calles rectas y algunas vetustas casonas coloniales de tapia, con viejos tejados humedecidos y desgastadas puertas de madera, como reminiscencia, de antiguas épocas, de cuando llegaron a finales del siglo XVI los españoles, lugares que guardan su cotidianidad, la cosmovisión del mundo de sus moradores, revelada en los retratos familiares, los adornos en las paredes, que observamos a través de las ventanas que se abren a las calles antiguas y empinadas, en espera del retorno del campesino, y a lo lejos, la neblina arrojando la desnudez de las montañas; como una fotografía que detiene el tiempo y muestra las realidades comunes, mientras deja en la pupila un rastro frío y, en silencio, el cementerio abandonado, que nos revela la comunión de espacios sagrados.

La actual iglesia está dedicada a Santa Lucía, fue construida en 1877. En su interior se encuentran las imágenes de Santa Lucía, San Isidro, San Benito y

Santa Cecilia, también descansan los restos de Monseñor Jesús Manuel Jáuregui Moreno (1848 - 1905), personaje de relevada trayectoria y suma ingerencia en la región.

El calendario Mu-ku de los indios de la Cordillera de los Andes era lunar y se dividía en trece meses. Se iniciaba con el solsticio de invierno y estaba dedicado al sol. Las grandes fiestas religiosas se realizaban durante este primer mes.

Las fiestas religiosas a la luna se celebraban en un "mes del medio". Correspondía al mes de mayo en el que se ubica la fiesta de San Isidro, patrono de los agricultores del cual existe una muy curiosa estatua de madera, como patrono del pueblo, esa talla se realizó sobre la corteza viva de un árbol local. Otras grandes fiestas se celebraban al fin del período de las lluvias, en octubre, relacionado con el mito universal del diluvio del principio de los tiempos

La plaza Bolívar es de reciente remodelación, Diciembre 2007, con estatuas de El Libertador, del perro Nevado y del indio Tinjacá. La placa en la base de la estatua de Bolívar dice: "*Mucuchíes al Libertador. El perro Nevado conducido por el indio Tinjacá fue fiel al Libertador hasta su muerte en el campo de Carabobo*". Tinjaca constituye un personaje que tuvo decisiva participación en la guerra de la Independencia Venezolana.

En Mucuchíes se celebran cuantiosas fiestas de origen místico unas traídas por lo españoles en sus tiempos de conquista, pero que hoy día es un producto híbrido de las enseñanzas foráneas y los ritos locales prehispánicos.

El calendario de festividades que más resalta es el del mes de Diciembre cuando son las fiestas patronales del pueblo, estas, unidas a las festividades de navidad y año nuevo hacen de ese mes una celebración constante: el día 27 tiene lugar la celebración en nombre de Santa Cecilia, patrona de los músicos, se le rinde homenaje enalteciéndola con la música, músicos y compositores llegan al pueblo y acompañan una procesión que recorre todas las calles, que culmina en una misa, con el uso de violines y los cantos de los que siguen la procesión

El día 28 la celebración es en nombre de Sta. Lucía, patrona de Mucuchíes. Ese día se hace una procesión encabezada por un grupo de mujeres denominadas las "socias", ellas conforman la hermandad de la Santa, sus devotas trajeadas de likiliki blanco y una cinta roja que atraviesa de izquierda a derecha el pecho, acompañan a la imagen de la patrona que es bajada de los altares de la Iglesia y enaltecida entre flores y cánticos para recorrer todo el pueblo y recibir los homenajes y reconocimientos de sus fieles devotos. Un día antes de esta procesión se rinde un homenaje al pueblo con una retreta en la plaza Bolívar. Culmina la fiesta en una verbena donde se encuentran transeúntes y habitantes de Mucuchíes y zonas aledañas y allí comparten comidas y bebidas típicas de la región, toda la gente del pueblo se reúne y celebra el día de su protectora. Pero ese mismo día, cabalgando en paralelo, sagrado y profano, da inicio la celebración en honor a los Santos Inocentes y a San Benito, el protector de las cosechas y los negocios, en esta última historia y religión se mezclan para dar nacimiento a un estilo de festejo famoso por su colorido y por sus descargas de pólvora, música de tambor y de cuerda y libaciones de aguardiente, la danza principal es el chimbanguale, que rememora la aparición salvadora de San Benito en una batalla del ejército del Libertador Simón Bolívar que condujo a la victoria a la ciudad de Mucuchies; los devotos de San Benito autodenominados, *Artilleros*, forman un verdadero ejército de fieles vistiendo uniformes y portando armas de fuego antiguas, que se pintan la cara de negro y bailan al ritmo de los tambores, acompañada con música de cuerda y libaciones de miche,...la danza principal es el chimbanguale, acompañada de fuertes golpes de tambor, evocando las voces africanas y el Omolu del Congo...reaparecen el 29 en horas del mediodía. La fiesta huele a pólvora y sabe a historia y a tradición.

Unos días después se festeja en honor a la Virgen de Guadalupe el 30, se celebra una misa que apertura el acto y disímiles grupos de música, (entre ellos música típica de la zona y mariachis) enaltecen la hermosa imagen de la virgen de Guadalupe. Se celebran además las misas de los estudiantes, comerciantes,

agricultores y chóferes entre otras. Las misas de gallo y de aguinaldos que resultan hermosas y muy tradicionales, se presentan también retretas en la plaza, nacimientos vivientes y bellas reuniones para navidad y año nuevo.

Las festividades son ancestrales, practicadas en todas las épocas y tienen un sentido de catarsis colectiva, es un ambiente esperado y al llegar, se desenvuelve en medio de ritos, danzas, bebidas alcohólicas, música y pantomimas, es un reencuentro de piedad, de promesas, de súplicas; como albaceas de una herencia cultural que significan y magnifican, a través de códigos de comunicación funcional que les permite introyectarla en las nuevas generaciones y asegurar los relevos que asumirán la conducción futura

El ambiente en que se desarrollan estas ceremonias está impregnado de ritualismo, cada quien tiene un rol específico que debe cumplir rigurosamente.

Todo el poblado está envuelto en relaciones de generosidad, amistad, de amplitud, de respeto....para rescatar hermosas tradiciones, como expresiones de religiosidad popular...



B.- Resultados en la investigación Documental

Lo que permitió ubicar cronológicamente la edad del cementerio.

Para este estudio ha sido necesaria concatenar informaciones recabadas en un trabajo de campo, del que se obtuvo un cuerpo de datos, seguido de la investigación en las fuentes documentales y de la obligante confrontación con los aportes históricos.

Un relato, resultante de un acercamiento a una realidad sustentada por la existencia de los individuos con la designación MR-206-C-... realizado bajo un enfoque deductivo. El origen y la época de la población representada se ha ubicado durante el periodo histórico de conquista/colonización -1601 y 1873 aproximadamente-, proceso éste que conlleva, antropológicamente, la formación de una comunidad nueva, un pueblo de indios, formado a expensas de comunidades ya existentes.

Los factores fundamentales requeridos por la población aborígen precolombina para el establecimiento de sus asentamientos, para la concreción de sus espacios y de sus estructuras físicas resultantes que consideraron determinantes fueron: el relieve, la presencia de cuerpos de agua, la orientación y el clima; elementos que su vez indican el desarrollo de actividades agrícolas productivas como indicativo de la posible existencia de comunidades sedentarias.

Las diferentes configuraciones y posibles sentidos que adquiere un espacio específico, entendido el espacio, como producción humana, es una entidad dinámica y particular a cada formación socio-cultural, como materia prima apropiada y moldeada por el hombre a partir de sus conceptos culturales y prácticas sociales, desde los cuales permite hacer inteligible el mundo que habita,

para acercarse a la comprensión de las distintas formas, claves y tensiones que lo han constituido, en diferentes momentos de la historia, en una categoría cultural, reconociendo más bien su carácter transmutable. Un espacio particular que se construye, ideacional y materialmente, y guarda relación con los procesos sociales, históricos y culturales a los que se ven afectas las sociedades humanas.

Ese espacio, al cual nos referimos, es el teatro del devenir de una muestra esqueletizada, cuyo hallazgo aunque fortuito, representa la existencia de una comunidad que existió en épocas pretéritas.

Mucuchíes - en las coordenadas 8° 45' 46" latitud norte y 70° 54' 55" longitud oeste, a una altitud de 2.893 msnm.- en estructura física o morfología urbana posee una conformación espacial orgánica, la reticularidad que les permitió la superficie de asentamiento, desde la época de la conquista/colonia, que ha sido poco alterado.

La obtención de una imagen-reflejo etnológica que caracterice un tipo de comunidad y sistema sociocultural que se desarrolló en la cordillera andina para la época referida, la reconstrucción de su forma de vida en tiempos pretéritos, y por ende, el inferir las posibles causas genéticas, ambientales, alimenticias o culturales que ocasionaron la instalación y posterior desarrollo de las patologías, su prevalencia, requirió de un estudio cuyas indagaciones exponemos acá.

La investigación etnográfica desarrollada se basó en la cotextualización, el ambiente natural que rodea al sitio, acá se describe y se explica una realidad cultural; la interpretación de la información fue clave para la investigación, pues, se analizó una doble situación sociocultural: la del natural (autóctono) y la del extranjero, ya que, según los datos, ambos compartieron el espacio físico e histórico, que ahora ocupa un grupo con similares lazos culturales, sociales, religiosos, genéticos, etc., y para comprender una determinada forma de vida desde el punto de vista de quienes pertenecen a ella, es decir, *su visión*, su perspectiva del mundo que los rodea, porque este asentamiento ha mantenido

rasgos tradicionales propios, producto de la interacción entre el mestizaje cultural, las condiciones ambientales, así como de los intereses sociales, económicos, culturales y religiosos.

El período Indohispano abarca el período de contacto de las sociedades autóctonas con los inmigrantes europeos y africanos durante la época colonial, y su conocimiento, de alguna manera, a través de las fuentes documentales, nos aproximó a interpretar, cómo fue el protagonismo de los primeros habitantes de nuestra geografía.

Estos eran sedentarios y agricultores, utilizaban sistemas de riego que consistían en acequias y estanques; como régimen político tenían el patriarcal; celebraban sus ritos con música y danzas y entre sus creencias estaba Ches como Dios, Chía como diosa y toda una comparsa de deidades reflejada en sus rituales.

Entre las principales tribus y parcialidades mucus de la hoya del Chama, estaban los Mucuchíes, grupo o tribu de indígenas reconocida por historiadores y cronistas como “... gente indómita, desabrida y guerrera, que peleaban con dardos, lanzas y machetones de madera fuerte, denominados macanas, haciendo para su defensa a modo de fortalezas o palenques en las más ásperas y encrespadas cuchillas que hallaban en sus tierras montañosas; cavaban de una parte y otra, peinando los recuestos si de suyo no lo estaban y fortalecían la entrada que no la hubieren más que por un puente levadizo, con lo cual, en aquellos puestos inaccesibles acrecentaron el trabajo de la conquista, aquella nación, llamada tal por la igualdad es lengua y costumbre, pues las tribus se gobernaban independientemente, sin reconocer rey o superior común y a lo más, en caso de guerra se unían a las órdenes de un principal que las dirigía...” estos datos los copia Piedrahita... conseguidos en los manuscritos de la época que se hallan en los archivos públicos.

De sus relatos se concluye que estos *naturales* tenían una organización social, la cual se vio trastocada en el momento del contacto con el extranjero, ese hecho

histórico es el que produce el vuelco, la transición, de su status socio-económico y político a otro que da paso a una nueva categoría, pasan de libres a ser un *Pueblo de Encomienda*, agrupados, cercenadas sus condiciones humanas que altera su contexto cultural; surge así esta nueva institución indiana como factor modelador bajo las Leyes de Indias que organiza la fuerza de trabajo, las relaciones de producción y la figura de la religión como factor que hace maleable el carácter del local.

Con lo obtenido por las referencias históricas, se infiere que este asentamiento humano de la colonia, ya antes había sido ocupado por uno indígena, como un espacio físico, pues según Gasparini (1990: 13), las culturas precolombinas americanas también fueron generadoras de principios urbanísticos de orden en sus "ciudades",

Ese espacio, que además de social, era simbólico, religioso, permitió que más tarde se consolidara la población que dio uso al denominado "antiguo cementerio", razón ésta por la que he tratado de integrar la interpretación de los resultados arqueológicos con los datos etnohistóricos como evidencia, pues luego de las incursiones conquistadoras, las cuales estuvieron marcadas por la violencia, la guerra, el dominio y explotación de la fuerza de trabajo se da como resultante la reducción cuantitativa de los pobladores autóctonos, que según las teorías de investigadores y cronistas, poseían desarrollo tanto en cultura, mitología, religión, patrones de asentamiento, construcción de viviendas, técnicas agrícolas y funerarios,

E.Wagner da como características de lo que llamó el Patrón Andino, las construcciones de piedra, terrazas agrícolas, cuevas funerarias y ceremoniales, y entierros asociados con parafernalia votiva diversificada (Wagner. 1971 y 1972), su subsistencia estuvo basada en el cultivo de la papa y otros tubérculos (*ullucus tuberosus* y *oxalis tuberosa*) y la cerámica es más bien tosca y simple, con escasa decoración.

Este primer contacto con los españoles ocurrió en 1559, un grupo a cargo del capitán Fernando Cerrada, teniente del Capitán Juan Maldonado. Reconoce la aldea de los indígenas Mucuchíes. De ahí surge la crónica de *Piedrahita*, y se sospecha que sea la fecha probable de la batalla de Miserén, entre españoles e indígenas, con el fracaso para éstos últimos que desalojados de sus predios, se retiraron a los altos páramos.

Además de los llamados “*virreinos*”, también fueron asignadas “*capitulaciones o cédulas reales*” que otorgaban el poder de colonizar a través de la fundación de ciudades. Los primeros intentos de organización indígena por parte de la corona española, se produjeron a través de las “*encomiendas*”, es decir, agruparon diferentes comunidades con sus familias, su propia organización y sus propios caciques, pero sometidos a la autoridad del español encomendero. (Brewer-Carías, 1997).

En 1564, la otrora población de Mucuchíes, fue dada en encomienda a Bernardo Ledesma, Pero su primera fundación se remonta a 1586, ordenada por el “juez poblador” Bartolomé Gil Naranjo. En 1590 es convertida en “*doctrina de indios*” a cargo de los dominicos. Así surge la figura, resaltante para mí, del Rdo. Fray Bartolomé Díaz, quien en 1596, la funda nuevamente. Así es como vemos que después de su labor con los naturales, aparece la primera referencia de la iglesia en un documento del visitador Antonio Beltrán de Guevara fechado en 1602: “... *una iglesia de tapias cubierta de paxa...*”, en esta *visita*, deja encargado de la doctrina de los naturales de Mucuchíes, al padre fray Luis Saavedra de la orden de San Agustín.

Para 1619, hay otra referencia: “...*yglesia es de tapias y cubierta de paja...*”, realizada por el visitador Alonso Vásquez de Cisneros. En el inventario aparece el libro donde se inscriben los difuntos.

En 1626, el persistente Rvdo. Fray Bartolomé Díaz, refundó el pueblo con los indios que pudo reagrupar como señalan los documentos históricos, intuyo que

cada refundación se debía a la dispersión de los naturales producida por los tratos y efectos del nuevo sistema colonizador, el cual se apoyaba en los misioneros para comenzar un programa de reasentamiento de las etnias nativas sobre espacios seleccionados y para permitir el adoctrinamiento de la población indígena, ello llevó a la paulatina desaparición de las lenguas nativas, cuyo vestigio nos queda en la toponimia de algunos lugares de la cordillera andina de Mérida, porque los misioneros destruyeron sistemáticamente todos los vestigios, que según ellos, eran de idolatría y paganismo.

Para 1655, tenemos otra referencia: “... la iglesia de este dicho pueblo de la cual es de tapias de tres en alto sobre cimiento de piedra, cubierta de paja...”, en los documentos de la visita realizada por Juan Modesto de Meler.

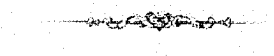
Cuando llevo una cronología de la existencia de la iglesia lo hago porque secuencialmente la figura de la zona del cementerio va adherida a ella siguiendo las costumbres religiosas, que indicaban la iglesia como zona de inhumación, según su categoría, alcurnia y posición económica, mientras más poder, la inhumación se hacia más cerca del altar y por consiguiente los naturales quedaban rezagados a los exteriores. Así comienza a darse uso a la zona colindante con la pared derecha de la iglesia como espacio cementerial.

Los naturales, tenían sus santuarios con las representaciones de sus deidades, razón por la cual algunos misioneros insertaron ritos y danzas aborígenes en los cultos católicos, así, los santos y vírgenes católicos iban sustituyendo a los dioses indígenas, el culto tradicional comienza a decaer, y las deidades de los españoles son admitidas, pero en el mundo simbólico de los indígenas el que produjo patrones subsisten los que hoy en día pueden seguirse tras los rescoldos de las características de su cultura, como huellas históricas, han quedado la tradición transmitida oralmente, a través del relato mítico; los restos arqueológicos, que están permitiendo deducir gran parte de esa historia ignorada, como base étnica de nuestra población actual, pero que puede ser estudiado por los referentes de

mitología, religión, patrones funerarios, construcción de viviendas, patrones de asentamiento, técnicas agrícolas, etc.

Lo que parece esencial en estos pueblos en cuanto a la medicina, es la idea de la enfermedad como fenómeno sobrenatural por acción de demonios o por encantamiento debido a una falta cometida por el enfermo. La enfermedad tiene, por lo tanto, un valor moral. Pero a esto hay que agregar que en esta medicina primitiva, el diagnóstico y tratamiento eran, en mayor o menor grado, consecuentes a esa idea de enfermedad como fenómeno sobrenatural. El diagnóstico y el tratamiento también se hacían con elementos mágico-religiosos. Es por eso que considero que las creencias y costumbres de un grupo plasman aspectos importantes que atañen la antigua organización social y condiciones de vida, la integración y estructura poblacional, se evidencian en los contextos mortuorios.

www.bdigital.ula.ve



C.- Resultados de los análisis bioantropológicos.

Un conjunto social, contenido en un espacio estructurado como área de actividad social religiosa, cementerio, necrópolis o sitio de inhumación en representación de la materialidad social y de las relaciones entre los entes sociales de la población de Mucuchíes

Dentro del marco teórico planteado, la investigación en antropología dental se ha centrado en el contexto forense y en el estudio de la morbilidad oral, todas ellas llevadas a cabo en dentición permanente, debido a que casi todo el material dental recolectado pertenece a individuos que han completado el recambio dental.

Se trata de un enterramiento colectivo, algunos fueron hallados en posición primaria, otros "apilados". El contexto cultural, cuantitativamente escaso, que se encontró acompañando a los restos consistió en algunas placas aladas "alas de murciélago" (ref. de Lcdo A.N.)

Nuestros estudios se realizaron bajo la perspectiva Paleodontopatología, en este nivel de análisis, los restos esqueléticos son considerados como registros acumulativos de eventos nutricionales y enfermedades, El estudio de las patologías bucales, se ha basado en la observación macroscópica permitiendo así arribar al diagnóstico de las posibles enfermedades sufridas durante la vida de estos individuos.

Se han aplicado como métodos de estudio, las variables e indicadores seleccionados para el análisis paleodontopatológico de las evidencias óseas con intención de obtener como producto un diagnóstico de las patologías orales presentes en la muestra ósea.

Gracias a la preservación a través del tiempo y por sus características únicas, las piezas dentarias pueden ser la mejor evidencia de la existencia de un individuo. Si consideramos que el proceso de erupción dental se caracteriza por una secuencia

cronológica específica, esto nos hace posible estimar la edad de un individuo que se encontraba en desarrollo al momento de fallecer y por otra parte, la forma de vida y la presión del ambiente que van dejando huellas en estas estructuras, es lo que nos hace posible evaluar su estado de salud y hábitos alimenticios. Además la información arqueológica, que aporta datos acerca de la datación, características de la sepultura y de la población a la que pertenecen, contribuye al conocimiento del estado epidemiológico y sanitario del entorno que se daba en el momento de la inhumación.

No siempre se cuenta con información relativa a las treinta y dos piezas dentarias presentes en la dentición definitiva debido a su ausencia en el registro fósil. Por tanto, siempre obtenemos una subestima de la prevalencia de la enfermedad.

Como afirma Thillaud (1994), la validez del diagnóstico retrospectivo queda estrictamente ligada al número de huesos examinados. Por lo que cuanto mejor sea la conservación de los restos óseos más fiable será nuestro diagnóstico, y cuanto mayor sea la colección objeto de estudio mayor será la información que obtengamos.

Las manifestaciones de las patologías orales son numerosas y suelen clasificarse en función de la causa que las generan (Lukacs 1989). Se consideran enfermedades infecciosas las producidas por un microorganismo patógeno y las consecuencias secundarias de dicha infección (caries, abscesos, pérdida *ante mortem*). Las alteraciones degenerativas representarían una pérdida de tejido óseo o dental (caso de la enfermedad periodontal); mientras que las lesiones relacionadas con el desarrollo tendrían lugar durante la formación del diente (hipoplasia) o del tejido óseo de ambos maxilares (maloclusión).

Para llevar de manera cuantitativa la recolección de datos siguiendo la metodología establecida, se ha organizado dos tipos de fichas, una como registro individual y otra como consenso de las anteriores, como contenedor que globaliza la descripción del grupo

www.bdigital.ula.ve

En base a la tabla anterior podemos totalizar:

Sexo	Masculino	20
	Femenino	15
E. Dentario	in situ	146
	antemortem	92
	postmortem	292
P. Periodontal	grado 0	0
	grado 1	1
	grado 2	15
	grado 3	14
Caries	I	9
	II	1
	III	2
	IV	
Hipoplasia	línea	3
	banda	
	pozo	1
Cálculo	leve	3
	moderada	14
	severa	8
Desgaste	I	12
	II	11
	III	4
	IV	10
Atrición		7
Abrasión		14
Fenestración		12
Dehiscencia		21
Fístula		1
Absceso		7
Otros		7

- Como soporte óseo dentoalveolar: maxilar superior 25, inferiores 10.

• Por medio del análisis tafonómico pudimos catalogar el estado de conservación de la muestra con los siguientes resultados: Bueno (10 i.), Regular (8 i.), Malo (9 i.) y Muy malo (8 i.).

• La edad probable se seleccionó como: Adulto joven (10 i.), Adulto (9 i.), Adulto Maduro (12 i.), y Senil (4 i.).

• Estado dentario: dientes in situ (146 d.), perdidos ante mortem (92 d.) y perdidos post mortem (292 d.) de un universo de 530 dientes.

• La Patología periodontal: en esta población prehispánica, es la patología de origen infeccioso más frecuente con un 85.7% de manifestación, lo que nos indica un alto consumo de alimentos ricos en hidrocarburos y azúcares, lo que nos lleva a pensar que este grupo humano ya poseía un tipo de agricultura y demás actividades posibles que generaran que este tipo de patología se presentara con una alta incidencia.

Otro factor etiológico relacionado con los desórdenes periodontales es la placa bacteriana, considerado por muchos investigadores, como el principal factor, el cual contribuye al progreso y cronicidad de la enfermedad periodontal. Otro de los aspectos relacionado con la enfermedad periodontal es el trauma oclusal, el cual se puede manifestar clínicamente por el excesivo desgaste de las superficies incisales y oclusales de los dientes (Hallmon, 1999).

La enfermedad periodontal incluye una respuesta inflamatoria de la encía a uno o más irritantes (gingivitis). Los factores locales que contribuyen a su desarrollo vinculan microorganismos, bacterias como *Streptococo*, cálculos, enclavamiento de alimentos y otros agentes externos.

La pérdida de soporte óseo como consecuencia de la enfermedad periodontal se relaciona también con alimentos de tipo pegajoso que facilitan el desarrollo de microorganismos y la infección del periodonto

• **Caries:** se define la caries como una enfermedad infecciosa y transmisible, en donde la destrucción progresiva de la estructura dental se inicia a partir de una actividad microbiana causada por *Lactobacillus acidophilus* o *Streptococcus mutans* en la superficie del diente, indicado por una decoloración del esmalte. En concreto, la caries resulta de la producción de ácidos por bacterias y placa; usualmente el curso de la enfermedad es lento (crónico) caracterizado por la desmineralización. Puede afectar cualquiera de las caras de la corona, el cuello o la raíz y desde allí sigue la destrucción del esmalte, de la dentina y del cemento. Para que se desarrolle la caries se requiere de una condición bacteriana, pero algunos factores internos de la estructura dental pueden contribuir a favorecerla, así como el tipo de dieta y la calidad de higiene dental.

Esta variable o parámetro hace referencia a la existencia de una lesión destructiva de tejido dental de origen multifactorial. El diagnóstico visual de caries se confirma con la retención del extremo de un explorador dental en el interior de la lesión.

Del universo total de la muestra, se encontró un número de 12 dientes afectados por caries, esto representa el 34.2%, es decir, poseen una baja incidencia de caries, debido a que tienen una dieta baja en consumo de carbohidratos y/o azúcares, con una alta ingesta de carnes, así mismo el alto consumo de alientos vegetales y su precaria salud oral.

• **Hipoplasia:** se define como la alteración estructural del esmalte. Puede suceder por una hipomineralización, que es una mineralización reducida o por reducción cuantitativa del esmalte con una mineralización normal, y es observable macroscópicamente en la superficie de la corona.

La incidencia de hipoplasia, es de una población de 4, ello representa el 11.4%, es relativamente baja, y nos permite plantear que los individuos de esta población se encontraban bajo la influencia de pocos estresores de tipo infeccioso generalizado en los primeros años de vida.

• Cálculo: depósitos de diverso espesor de placa bacteriana calcificada. Estos depósitos se asocian con frecuencia a patología periodontal, sobre todo en su forma subgingival, de aspecto más oscuro, y más adherido al cemento radicular. Sin embargo, la manipulación de los restos tras su recuperación arqueológica favorece en algunas ocasiones el desprendimiento total o parcial de tales acúmulos calcificados, lo que hace imposible averiguar cuál fuera la situación real en vida del individuo. La mineralización de la placa bacteriana, compuesta de una capa pegajosa de glucoproteínas, partículas de comida y microorganismos vivos y muertos (ácidos orgánicos, proteínas, péptidos y aminoácidos) constituye el factor irritante principal en la evolución de la enfermedad periodontal. En número de 25, lo que representa el 71.45%, este valor es alto y está relacionado con las áreas de mayor destrucción ósea, habitualmente se asocia con la presencia de alimentos de tipo cárnico en la dieta ya que las proteínas de origen animal favorecen un ambiente alcalino y el depósito de las sales.

• Desgaste: es la pérdida de tejidos duros de la corona dentaria, atribuible tanto a la masticación (atrición: desgaste fisiológico), como al uso parafuncional o cultural de los dientes (abrasión: desgaste patológico), en número de 30. El desgaste dental medio se sabe que es causado por la fricción normal con los alimentos, lo que permite, la asociación del desgaste dental con determinados patrones alimenticios, pues es producto de la ingesta de alimentos duros y/o abrasivos, o, por el uso de la cavidad oral como herramienta de trabajo,

• Abrasión: desgaste dentario que no es atribuible a la masticación, sino a un desgaste patológico: la tecnología usada para la preparación de los alimentos o el uso de los dientes para el trabajo (tercera mano), pudo causar un desgaste más rápido de las piezas, por lo cual no indicaría que a mayor desgaste más edad del individuo. En número de 14 que representa el 40%

• Fenestración: perforación de la tabla vestibular con preservación del hueso marginal. Se presentan en número de 12 lo cual representa el 34.2%

- Dehiscencia: desplazamiento del hueso marginal hacia apical, relacionada con la presencia de recesiones gingivales (exposición de la raíz al medio bucal por migración apical de la encía). En número de 21 que representa el 60%

- Fístula: procesos patológicos compatibles con abscesos, granulomas, quistes periapicales y periodontales, etc., que en vida del individuo produjeron trayectos fistulosos (perforación de la tabla ósea), cuya presencia puede haber quedado patente. En número de 1 que representa el 2,8%

- Absceso: para que se produzca un absceso dental, debe haber una gran infección periodontal, o un desgaste dental considerable. (Brothwell, 1987). Se discute su posible origen y su relación con caries y atrición extrema. Las piezas dentales a las que este signo aparece asociado más frecuentemente son los incisivos. Esta patología es menos habitual en individuos juveniles y adultos seniles, predominando en los grupos de edad correspondientes a adultos jóvenes y maduros.

El absceso periapical se desarrolla a partir de la necrosis pulpar, ya sea en forma directa o después de la formación de granulomas o quistes periapicales. Así, los abscesos se desarrollan de un granuloma por acumulación de pus (células muertas) y bacterias. Esta maleza pasa por el hueso alveolar a través de una fístula. Pero se puede extender hacia el hueso adyacente produciendo osteomielitis. En número de 7 que representa el 20%

El conjunto de evidencias arqueológicas y paleopatológicas sugieren un tipo de sociedad con un sistema de subsistencia basado en la agricultura, y la caza, la dieta contemplaba alimentos como papas, maíz, carnes, huevos, frijol, cacao, etc., que más tarde se amplía con lo que los europeos trajeron desde el Viejo Mundo, alimentos a los que estaban acostumbrados. Así llegaron el trigo y las hortalizas como zanahorias, alcachofas, nabos, lechugas, espinacas, escarola, rábanos, calabazas, pepinos, berenjenas, remolachas, ajos, perejil, acelga y apios, la caña de azúcar, el café, el trigo.

En fin, se revela un alto consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono y azúcares, considerado como factor etiológico relacionado con los desórdenes periodontales, ya que ayudan a la formación de la placa bacteriana, considerado por muchos investigadores, como el principal factor, el cual contribuye al progreso y cronicidad de la enfermedad periodontal. Seguido por el trauma oclusal, el cual se puede manifestar clínicamente por el excesivo desgaste oclusal, que en este caso es de 25, lo que representa el 71.45%, este valor es alto y está relacionado con las áreas de mayor destrucción ósea, y se puede asociar a determinados patrones alimenticios, como las técnicas de preparación de alimentos que producía alimentos con partículas abrasivas que contribuían al desgaste, al igual que la ingesta de alimentos duros y/o poco cocidos, o bien, por el uso de los diente y la cavidad oral como herramienta de trabajo. Todo esto seguido la calidad de higiene dental que concretaba la mineralización de la placa bacteriana, compuesta de una capa pegajosa de glucoproteínas, partículas de comida y microorganismos vivos y muertos, constituyendo el factor irritante principal en la evolución de la enfermedad periodontal., la cual incluye una respuesta inflamatoria de la encía a uno o más irritantes (gingivitis).

La pérdida de soporte óseo como consecuencia de la enfermedad periodontal se relaciona también con alimentos de tipo pegajoso que facilitan el desarrollo de microorganismos y la infección del periodonto.

La patología periodontal que en esta población prehispánica, es la patología de origen infeccioso más frecuente con un 85.7% de manifestación, lo cual representa como la patología con más alta incidencia en los representante de la población, y que nos induce a considerarla como causa de formación de los abscesos observados.

A diferencia de la cantidad del número de los dientes afectados por caries, 12, esto representa el 34.2%, es decir, poseen una baja incidencia de caries,

Como conclusión se dice de estas sociedades amerindias que sufrieron un deterioro de la salud bucal posterior al contacto europeo pues, es en individuos adultos y adultos jóvenes en los que se refleja la presencia de caries, como secuela biológica que permite evaluar el impacto biológico de la llegada de los europeos y que se logra a través del estudio de los restos óseos,

Como cierre se señalan la existencia de variantes anatómicas presentes en los individuos estudiados, fuente para nuevos e interesantes estudios e investigaciones

- Dientes supernumerarios.
- Agenesia dental.
- Malposiciones dentarias.
- Dientes de pala
- Cráneo metópico, no incluido entre los individuos analizados en esta tesis.
- Cráneo que presenta un hueso wormiano sutural entre los huesos parietales y occipital, del que se ha desarrollado un minucioso estudio para próximas disertaciones que anticipo como corolario de este trabajo.

Bibliografía.

- ACOSTA, S.M. 1954.----- *Estudios de Etnología Antigua de Venezuela*. Instituto de Antropología y Geografía, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- AGUIRRE Baztán ----- *Etnografía: metodología*
- AMAYA, C. 1989. Geografía urbana de una ciudad. Consejo de Publicaciones de la Universidad de Los Andes. Mérida. 105 p.
- Anthropology. Londres: Pergamon Press. Pp: 149-177.
- ASH, M. (1994). Anatomía, Fisiología y Oclusión dentales de Wheeler. Mc. Graw Hill Interamericana. Séptima Edición. pp. 240- 288.
- BASTIDAS Valecillos, Luis. "La conquista española y la resistencia *indígena* en el imaginario del campesino merideño". *Boletín Antropológico*. Mérida (Venezuela): septiembre - diciembre 1993. N° 29, pp. 33-40.
- BRANDLY Bárbara. ----- *Los páramos se van quedando solos*. Tesis
- BREWER-CARIAS, A. 1997. La ciudad ordenada. Instituto Pascual Madoz, Universidad Carlos III. Madrid.
- BURGÜERA Magaly ----- *Historia del Estado Mérida*. Tesis

- CABRINI Rómulo L. 1990 ----- *Anatomía Patología Bucal*. Editorial Mundi S.A.I.C. Buenos Aires. Argentina
- CAMARGO, R. 1993. Juan de Milla, el ingeniero olvidado. *Revista De Arquitectura*. 1 (1): 57-63.
- CAMPO DEL POZO, Fernando. Los Agustinos en la evangelización de Venezuela Caracas: Universidad Católica Andrés Bello, 1979. (Colección Manoa,18).
- CAVALLI-SFORZA, L. 1992. *Genes, pueblos y lenguas*. Investigación y Ciencia. pp.4-10.
- CHALBAUD Zerpa Carlos. 1997. *Historia de Mérida*. Universidad de Los Andes. Consejo de Publicaciones
- CHAVES V. Luis Fernando. Geografía humana de Venezuela. Mérida (Venezuela): Universidad de Los Andes, 1992.
- CHAVES, L.F. 1975. Condiciones naturales para el establecimiento de ciudades. Curso de Geografía Urbana. Universidad de Los Andes. Mérida.
- CHAVES, L.F. 1985. Crecimiento histórico y desarrollo de sistemas de asentamiento de Venezuela. *Revista Geográfica Venezolana*. 27 y 28: 23-42.
- CHIMENOS E. K.; Malgosa A. 2002. ----- Recogida de datos en antropología dental, En: *Antropología y Patologías Dentarias*. Fundación MAPFRE Medicina. Editorial MAPFRE, S.A. Madrid, España.
- CHIMENOS Küstner Eduardo ----- *Perspectiva Odontoestomatológica en Paleopatología*. Profesor titular de Medicina Bucal; Facultad de Odontología, Universidad de Barcelona.

- CLARAC de Briceño, Jacqueline ----- *La Persistencia de los dioses*
- CLARAC de Briceño, Jacqueline (Compiladora). Mérida a través del tiempo. Los antiguos habitantes y su *eco cultural*. Mérida (Venezuela): Universidad de Los Andes. Consejo de Consejo de Publicaciones. Museo Arqueológico "Gonzalo Rincón Gutiérrez". CONAC , 1996.
- CLARAC de Briceño, Jacqueline. "Algunas consideraciones acerca de la metodología etnohistórica. Su aplicación a la Cordillera de los Andes, Venezuela". *Boletín Antropológico Mérida (Venezuela): octubre 1982. N° 1*, pp. 7-8.
- COMISIÓN ESTADAL DE ORDENACIÓN DEL TERRITORIO. 1991. Plan de ordenación del territorio del estado Mérida. Secretaría Técnica de la Comisión de Ordenación del Estado Mérida. 253 p.
- CUNILL GRAU, Pedro. Geografía del poblamiento venezolano en el siglo XIX. Caracas: Ediciones de la Presidencia de la República, 1987. III Tomos.
- DUQUE, Ana Hilda. Padrones y censos de Mérida (1558-1873). Mérida (Venezuela): Universidad de Los Andes. Facultad de Humanidades y Educación. Escuela de Historia, 1987. (Trabajo de Ascenso).(España): Editorial Herder, 1987.
- ERNST, A. 1913. "Apuntes para la etnografía precolombina de la cordillera de los Andes". En: *Revista Técnica del MOP*. Año 3, N° 36, Caracas.
- FEBRES Cordero, T. 1921. *Historia de Los Andes: Procedencia y lengua de los aborígenes*. Tipografía El Lápiz, Mérida.
- FEBRES Cordero, Tulio. *Clave histórica de Mérida*

- FEBRES CORDERO, Tulio. Obras completas. Bogotá: Editorial Antares Ltda, 1960. Tomo I.
- FIGUN, Mario E. y Garino Ricardo R. 1986. *Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada*. Editorial El Ateneo. Buenos Aires, Argentina.
- FIRTH Raymond William .*Tipos humanos* FUNDACIÓN MAFRE. 2002 . *Antropología y Paleontología dentarias*. Edit Mafre S.A. Madrid.
- FIRTH Raymond William. *Tipos humanos*. Function, and Evolution of Teeth. Lóndres: Freund Publishing House Ltd. Pp: 501-518.
- FLEMMING, T. 1999. Periodontitis. En: *Annals of Periodontology*. Vol. 4 (1):32-37.
- FOGLIA, M. et al. 1988. La cuadrícula en el desarrollo de la ciudad hispanoamericana. El caso de Córdoba 1573-1810. Talleres gráficos de la imprenta Mayor de la Universidad de Córdoba, Córdoba. [On Line] <http://www.analesiie.unam.mx/pdf/85>
- FUNDACIÓN MAFRE. 2002. *Antropología y Paleontología dentarias*. Edit Mafre S.A. Madrid.
- GARCÍA Sívoli, C.E. 1997. *Antropología Dental: Estudio en un Caso de Momificación, la Ovejera, Estado Mérida-Venezuela*. Boletín Antropológico. ULA-CIET, Nº 39.5-21.
- GARCÍA, A. 1991. Referentes fundacionales prehispánicos en el poblamiento colonial de la Nueva España 1520-1540. El poblamiento de México en la época de contacto. Mesoamérica Plumseck editores, Virginia USA.

- GARCÍA, C. (2009). Estudio Diacrónico de los Rasgos Dentales en Poblaciones del Mediterráneo Occidental: Mallorca y Cataluña la Facultad de Ciencias de la UAB.
- GASPARINI, G. 1990. Formación urbana de Venezuela. Siglo XVI. Editorial Armitano, Serie Encuentro. Caracas. 253 p.
- GENCO, R. J. 1993. Periodoncia. Editorial Interamericana. McGraw- Hill. México D.F., México.
- GÓMEZ Canedo, Lino. Las órdenes religiosas en Venezuela (siglos XVI, XVII y XVIII). En: *CEHILA. Historia General de la Iglesia en América Latina: Colombia y Venezuela. Salamanca: Ediciones Sígueme, 1981. Tomo VII.*
- GORDONES, R.G. y Meneses, L.P. 2005. *Arqueología de la Cordillera Andina de Mérida. Museo Arqueológico "Gonzalo Rincón Gutiérrez", Ministerio de la Cultura, Consejo Nacional de la Cultura CONAC, ediciones Dábanatà. Mérida-Venezuela.*
- GRAU Cunill. 1981. *La América Andina* Edit. Ariel, Barcelona. España.
- ISIDRO A. y Malgosa A. 2003 *Paleopatología, la enfermedad no escrita.* Editorial Masson. Barcelona. España.
- JANH, A. 1973. *Los aborígenes de occidente de Venezuela.* Tomo II, Colección Científica, Monte Ávila Editores, Caracas.
- KELSO A.J. 1978. *Antropología Física.* Ediciones Bellaterra S.A. Barcelona, España.
- LARES, J.I. 1950. *Etnografía del Estado Mérida.* Publicaciones de la Dirección de Cultura de la Universidad de Los Andes, Nº 7, Mérida.

- LLOYD Du Brul E. 1.990 *Anatomía Oral*.
- LUKACS J.R. 1989. Dental Paleopathology: Methods for Reconstructing Dietary Patterns. En *Reconstruction of Life from Skeleton*. Allan R. Liss INC, 261-286.
- MAJOR M. Ash 1994 *Anatomía, Fisiología y Oclusión Dentales de Wheeler*. Interamericana. Nueva Editorial.
- MALGOSA A.. *Paleopatología, la enfermedad no escrita*. Editorial Masson. Barcelona. España. 2003 MAJOR M. Ash 1994 ----- *Anatomía, Fisiología y Oclusión Dentales de Wheeler*. Interamericana. Nueva Editorial.
- MARCANO, G. 1971. *Etnografía precolombina de Venezuela*. Instituto de Antropología e Historia, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- MARIN Milagros *El registro parroquial de Santa Lucía de Mucuchíes*. Tesis.
- MARTÍN A.L. & Cocilovo J. 1990. El uso y la importancia de los atributos morfológicos. II Comparación de dos grupos de la Costa Norte de Chile (Morro de Arica y Pisagua). Rodríguez M. R. y López S. (Editores) *Estudios de Antropología Biológica Vol. V*, Universidad Nacional Autónoma de Chile
- MEJÍAS José *La toponimia de Mucuchíes* Tesis
- MÉNDEZ, E. Y González, F. 1982. El sur del Lago de Maracaibo: una visión integral y proposiciones para su desarrollo. La Imprenta C.A. Universidad Sur del lago. Mérida.
- MILLARES Miriam - MARIN Milagros *Mucuchíes a través de las visitas*
- MILLARES Miriam *Santa Lucía de Mucuchíes* Tesis.

- MINISTERIO DEL AMBIENTE Y DE LOS RECURSOS NATURALES RENOVABLES. 1982. Sistemas Ambientales Venezolanos, Tomo I y II. Proyecto VEN /79/ 001, Región de los Andes Mérida y Trujillo. Mérida. 629 p.
- MORENO, A. 1986. Espacio y sociedad en el estado Mérida. Talleres Gráficos de la Universidad de los Andes. Mérida. 255 p.
- MORENO, A. 1994. Desarrollo histórico de la organización del espacio en la región andina Estados Trujillo, Mérida y Táchira. Universidad de Los Andes.
- NIÑO, A. 1996. “Costumbres Funerarias en la Antigua Mérida” En: *Mérida a través del Tiempo*. Jacqueline Clarac de Briceño (compiladora). Talleres Gráficos de la Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela.
- OSORIO C. Eduardo.1996. *Los Andes Venezolanos. Proceso Social y Estructura Demográfica. (1.800-1873)* Universidad de Los Andes. Consejo de Publicaciones
- OSORIO C. Eduardo.2005. *Historia de Mérida: Conformación de la sociedad colonial merideña 1558 – 1602*. Consejo de Publicaciones Universidad de Los Andes.
- PÁEZ, C. 1992. La plaza mayor de Mérida. Historia de un tema urbano. Ediciones de la Academia de la Historia - El libro menor 183. Caracas. 186 p.
- PARRA P. Álvaro. 2003. “Así nació Mucuchies”. Edit. Parra Pinto. Edit.Mérida
- PEREA-PÉREZ, B.; Sánchez-Sánchez, J.A. y Domínguez, S. 2002. *Antropología y Patologías Dentarias*. Fundación MAPFRE Medicina. Editorial MAPFRE, S.A. Madrid, España.

- PEREIRA, N. 1996. Generalidad y particularidad del fenómeno urbano. Mucuchies: un caso concreto. Talleres gráficos de la Universidad de Los Andes. Mérida. 180 p.
- PERERA, Miguel Angel. La mirada perdida: Etnohistoria y antropología americana del siglo XVI. Caracas: Monte Avila Editores Latinoamericana, 1994.
- PHILLIS SAPP J. 1.998 *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. Ediciones Harcourt
- PORRAS Cardozo Baltazar Enrique. Fondos documentales del Estado Mérida (s. XVI-XX). Diagnósticos e inventarios, pp.112-113. AGN. Sección Traslados. Colección Ciudades de Venezuela. R. 15. p. 139 y R. 16, pp. 39-42.
- PRIETO Guillén María, Villahermosa Sánchez Zulay G. *La vivienda campesina en los Andes Venezolanos: un enfoque etnohistórico*. Tesis 1995 Publicaciones. Museo Arqueológico "Gonzalo Rincón Gutiérrez". CONAC, 1996.
- PUIG Saltarelli, Andrés. La humanización del espacio de la Cordillera. *Los patrones de asentamiento*. En: CLARAC DE BRICEÑO, Jacqueline (Compiladora). Mérida a través del tiempo. Los antiguos habitantes y su eco cultural. Mérida (Venezuela): Universidad de Los Andes. Consejo de Publicaciones. Museo Arqueológico "Gonzalo Rincón Gutiérrez". CONAC, 1996.
- RANGEL Mora Maritza* Ciudad y estructura espacial. Evolución morfológica de las ciudades del estado Mérida-Venezuela. Universidad de Los Andes, Facultad de Arquitectura y Arte, Núcleo Universitario La Hechicera
- REGEZI SCUBBA. *Patología Bucal*.

- REGIOS Lareense *Aspectos Funerarios del Centro – Occidente Venezolano*.
- Revista Actual.38 Revista de la Dirección de Cultura de la ULA. Enero-Abril 1998 Mérida. Venezuela
- ROBBINS, S.L. y Cotran, R.S.1984.*Patología Estructural y Funcional*. Editorial Interamericana. México D.F., México.
- RODRÍGUEZ Flórez C.D. 2003. Antropología dental prehispánica: Variación y distancias biológicas en la población enterrada en el cementerio prehispánico de Obando, Valle del Cauca, Colombia entre los siglos
- RODRÍGUEZ, E. L. 2001, Manifestaciones óseas del estado de salud y enfermedad en grupos prehispánicos: Tuberculosis, Sífilis y Enfermedades dentales. Monografía de Grado en Antropología, Universidad del Cauca. Popayán.
- RODRIGUEZ, J.V.1989. *Introducción a la Antropología Dental*. Cuadernos de Antropología, Nº 19. Departamento de Antropología. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
- ROJAS Belkis. *La magia y la enfermedad y el cuerpo en Mucuchíes*. Tesis
- ROJAS, J. 1979. Notas sobre la organización del espacio urbano en Mérida. Universidad de Los Andes. Mérida. (mimeografía)
- ROMÁN Berrelleza Juan Alberto. 1990. *Sacrificio de niños en el Templo Mayor*. Colección Divulgación. Instituto Nacional de Antropología e Historia – Proyecto Templo Mayor. García Valdés (GV) Editores
- SALAS Julio César «Etnografía de Venezuela» (1997), ULA. Facultad de Humanidades y Educación. Escuela de Letras. Centro de Investigaciones Lingüísticas “Julio César Salas”

- SALAS Julio César 1971. *Tierra Firme: Estudios sobre etnología e historia*. Universidad de Los Andes. Facultad de Humanidades y Educación, Mérida, Venezuela.
- SALAS Julio César. *Etnografía del Estado Mérida*.
- SAMUDIO, E. 1997. Los pueblos de indios de Mérida, Revista Edificar. Nº 1, 36-58.
- Scott R.G. & Turner II C. G. 1988. Dental Anthropology. Ann. Rev. Anthropol. 17:99-126.
- Scott R.G. & Turner II C.G. 1997. *The Anthropology of Modern Human Teeth*. Cambridge University Press. Londres.
- SCUBBOA Regezi 1.995 *Patología Bucal*
- SHAFER, W. G. 1977: *Tratado de Patología Bucal*. Editorial Interamericana. México D.F., México.
- STRAUSS Levi. *Antropología Estructural*.
- THOMA, Kurt H. 1959. *Patología Bucal*. Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana. México D.F., México.
- TURNER II C.G. 1971. Three-rooted Mandibular First Permanent Molars and the Questions of American Indian Origins. American Journal of Physical Anthropology 34:229-242.
- WAGNER Erika. *El arte prehispánico en Venezuela*
- WAGNER, Erika. La prehistoria de Mucuchíes. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello. Instituto de Investigaciones Históricas, 1980

-
- WHEELER. (1994) Anatomía Dental: Fisiología y Oclusión, Ash(Editorial McGraw-Hill)
 - ZUBOV A.A. 1997. El Concepto De Antropología Dental. Taller De Peritación Antropológica, Departamento De Antropología, Universidad Nacional. Bogotá.

www.bdigital.ula.ve

Anexo N° 1



Anexo N° 2



Iglesia de Santa Lucía de Mucuchíes

Anexo N° 3

Mérida, 29/11/10

Dr. Carlos García Sívoli

Coordinador de la Maestría en Etnología

Presente.-

Ante todo un cordial saludo, el objeto de la presente es hacerle llegar la incertidumbre ante la presente situación en referencia a la entrega de mi tesis, dado que quiero hacer constar en ésta, su conocimiento de la dispersión del material óseo en el cual he basado mis estudios y análisis correspondientes para el desarrollo de la temática correspondiente: "*Patología Dental desde un Prisma Etnológico*" como parte fundamental del desarrollo de la Maestría en Etnología desarrollada en la Universidad de Los Andes y que su persona coordina y en la que brinda tutoría.

Hasta el momento cuento con un registro fotográfico y análisis de piezas que ya no están a mi disposición, pero quiero solicitar de Ud. una comunicación por escrito para las diligencias pertinentes, ante el personal encargado para la toma del registro radiográfico a que hubiere lugar sobre las *restantes* evidencias óseas por mi preparadas. Requisito indispensable para la culminación de los análisis.

Le agradezco encarecidamente, y en grado sumo, su atención y comprensión, en vista de la pérdida de tiempo que estos inconvenientes han causado para la consecución de la meta fijada.

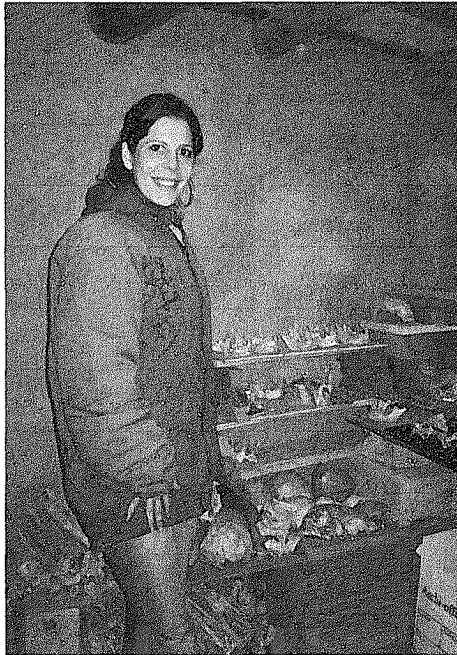
Atentamente

Magaly Canelón

C.I.4.063.040

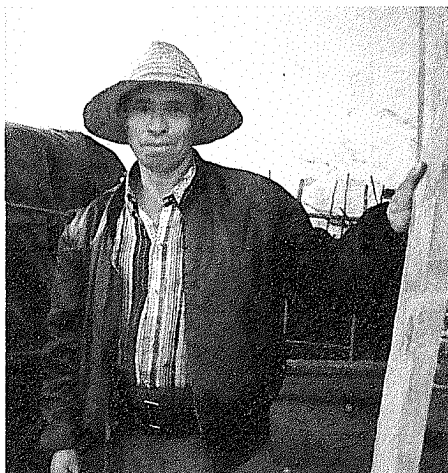
Anexo N° 4

Gente gentil y amable que participaron de este trabajo



Yesica

José



Yander, Elvis, Julio



www.bdigital.ula.ve

Mi colaboración como ventana abierta a horizontes más amplios.

Gracias!!!

Atribución - No Comercial - Compartir Igual 3.0 Venezuela
(CC BY - NC - SA 3.0 VE)