

PERFIL DE OCLUSIÓN Y HÁBITOS ORALES PERJUDICIALES EN PREESCOLARES AÑÚ DE LA LAGUNA DE SINAMAICA, MARACAIBO, ESTADO ZULIA. ESTUDIO PRELIMINAR.

Alexis Morón¹, Nancy Rivera², Maydé Pirona¹, Yrma Santana¹, Ángela Pierulli³, Gabriela Parra³, Betsy González¹.

¹Instituto de Investigaciones. ²División de Estudios para Graduados. Facultad de Odontología. Universidad del Zulia. Calle 65, Avenida 19. Apartado 526. Maracaibo. Venezuela. Teléfono: 058-261-7597457. Fax: 058261-7597327. E-mail: almoron@luz.edu.ve, nrivera@luz.edu.ve, maypirona@yahoo.com, ysantana@luz.edu.ve gonzalezbetsy@hotmail.com

Resumen

Se determinó el perfil de oclusión y la prevalencia de hábitos orales perjudiciales en preescolares Añú de la parroquia Sinamaica, Municipio Páez, estado Zulia, Venezuela y se analizan los resultados en relación con características propias a su condición socio-cultural. Se seleccionaron mediante muestreo probabilístico simple, 512 niños en edades comprendidas entre los 3-7 años, considerándose la identidad étnica (nacidos y viviendo desde su nacimiento en la Laguna de Sinamaica) como el criterio único para la inclusión en la muestra. Para el examen clínico se utilizaron los criterios de la Organización Mundial de la Salud en el Oral Health Surveys. Los resultados evidencian que 89.7% de los niños preescolares no presentaron ningún hábito oral perjudicial. El hábito oral reportado fue la succión digital en un 10.3%, en iguales proporciones para ambos géneros. El 66.7% de la muestra estudiada presentó espacios de crecimiento y espacios de primates y el 89.7 % no presentó anomalías de posición dentaria. Los hallazgos sugieren la presencia de factores de beneficio para el desarrollo del sistema estomatognático, los cuales se generan a partir de costumbres propias de la cultura Añú. Sin embargo, la situación de interculturalidad en que viven, podría alterar esta dinámica, razón por la cual, la construcción de modelos de atención para esta población debe considerar el reforzamiento de sus prácticas tradicionales.

Palabras clave: Perfil de oclusión, hábitos orales, Añú, interculturalidad, salud-enfermedad odontológica.

Abstract

Occlusion profile and detrimental oral habits in Añú preschool children of the Sinamaica lagoon, Maracaibo, Zulia state. Preliminary study

The occlusion profile and the prevalence of detrimental oral habits in Añú preschool children of the Sinamaica parish, Paez District, Zulia State were determined as well as the analysis of the results in relation with their own social-cultural characteristics. To accomplish this, through probabilistic sampling, 512 children in ages between 3-7 years old were selected. The only criteria to be included in this sample was that they had to have ethnic identity (born and living since birth in the Sinamaica Lagoon). The criteria of the WHO in Oral Health Surveys were used for the clinical examination. The results showed that 89.7% of the preschool children didn't exhibit any detrimental oral habit. In 10.3% of the sample thumb sucking was found in equal proportions for both genders. Growing and primate spaces were found in 66.7% of the sample and 89.7% did not show anomalies in dental positioning. The findings suggest the presence of beneficial factors that influence the harmonic development of the stomatognathic system, which are generated through their own cultural habits. Nevertheless, the interculturality in which they live could affect this dynamic system, therefore, the construction of attention models for this population must consider the reinforcement of their traditional practices.

Key words: Occlusion profile, oral habits, interculturality, dental sickness health.

INTRODUCCIÓN.

En la región de las Américas, la diversidad cultural es evidente y está determinada, en gran parte, por la presencia vigente de aproximadamente 45 millones de personas pertenecientes a más de 400 pueblos indígenas diferentes, de tal manera que el análisis de las condiciones de vida y salud no puede dejar de lado la consideración del carácter multicultural, multiétnico y multilingüe de este continente (Andlaw 1999).

El reconocimiento que tienen los pueblos indígenas por parte de organizaciones como la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, deviene fundamentalmente de la lucha sostenida para lograr el respeto a sus derechos y diversidad cultural. El abordaje que plantean con respecto a ellos toma como elemento fundamental su visión cósmica y la consideración de que nada está aislado o fragmentado y que todo es parte de un todo, de tal manera que la comunidad, la familia, la historia, cultura, espiritualidad, idioma, y entorno ambiental son elementos fundamentales para su bienestar integral (Andlaw 1999).

En la generalidad de los países de América Latina, caracterizados por ser sociedades multiétnicas, pluriculturales y multilingüísticas, coexisten diversos paradigmas o formas de concebir el cuerpo, sus partes, la enfermedad y la manera de prevenirlas o tratarlas, lo que plantea la necesidad de entender y trabajar con gente de estilos de vida diferentes a partir del respeto a las diferencias y el diálogo entre las culturas (Leininger 1998).

En Venezuela, por ejemplo, existen treinta y cuatro pueblos indígenas y específicamente en el estado Zulia cinco, a saber: Wayúu, Añú, Yucpa, Barí y Japreira. Reportes sobre el Wayúu señalan que este

pueblo indígena ha elaborado una manera de reafirmar su identidad social y colectiva, a través de la búsqueda en su mundo mágico, de algunas prácticas que lo ayuden a sobrevivir las limitaciones que poseen cuando viven en condición de interculturalidad (Fernández 2002).

La presencia de la medicina tradicional a través del oütsi (piache), la prolongación del amamantamiento, el consumo a muy temprana edad de alimentos como la carne, la clasificación que hacen de las enfermedades benignas y malignas, constituyen ejemplo de algunas de éstas prácticas, las cuales se presume tienen algún grado de influencia sobre el desarrollo del macizo dentomáxilofacial (Morón et al. 2004, Pirona 2000, Portillo 2000).

En este orden de ideas, Brow (1989 afirma que “el desarrollo de las estructuras craneofaciales, particularmente el sistema masticatorio, ha sido influenciado por los cambios cualitativos y cuantitativos en los patrones alimenticios, pero en cuantías muy particulares, dependiendo del grado de movilización de estos grupos hacia poblaciones urbanas y a la influencia de este medio sobre sus prácticas y creencias”.

En Venezuela, este argumento encuentra coherencia cuando se analizan los resultados obtenidos en relación a la erupción dentaria en los niños Wayúu. La cronología de erupción de los dientes permanentes es más temprana en los caninos, primeros premolares y segundo molar inferior, señalando los autores, que los patrones alimenticios propios de esta etnia ligados a la herencia cultural, constituyen un factor que puede influenciar de manera diferenciada el desarrollo armónico de este proceso (Morón et al. 2004).

En relación con la caries dental, el estudio demostró que no existen evidencias de diferencias significativas ($p>0.05$) en cuanto al número de personas libres de caries en los Wayúu, 56,9%, con respecto a otros niños no indígenas de la misma edad de otras regiones del país, 53.0%. La interpretación que puede dársele a este hallazgo, posiblemente esté vinculada con la influencia que reciben los Wayúu a través de la relación de intercambio que mantienen con otros grupos humanos, con culturas y patrones de consumo diferenciados, tales como el consumo de azúcares refinados y otros alimentos procesados.

Dándole continuidad a la línea de investigación que desarrolla el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, este trabajo enfoca su atención en el estudio de los Añú, tomando como referencia, los hallazgos reportados para la etnia Wayúu, primer pueblo estudiado en función de sus condiciones de interculturalidad y que constituyen marco de referencia al analizar una etnia indígena donde este fenómeno se manifiesta en menor magnitud por cuanto ellos se mantienen en su hábitat natural de vida palafítica.

METODOLOGÍA.

Se efectuó un estudio, transversal, sobre una muestra aleatoria, proporcional al número de individuos de cada uno de los colegios seleccionados; la muestra estuvo conformada por 120 niños Añú, tanto masculinos como femeninos y en edades de 3 a 6 años de edad.

La investigación utilizó el método directo (examen clínico) y el método etnográfico (entrevistas estructuradas). Previo al trabajo de campo, se realizaron reuniones con las autoridades de las instituciones educativas y con los representantes de los niños, con el objeto de obtener los permisos y consentimiento correspondientes, así como corroborar el nacimiento y habitación de los mismos en la Laguna de Sinamaica. El estudio contempló la utilización de dos odontólogos examinadores entrenados para la realización de los exámenes clínicos y de un antropólogo, quien recopiló en estudio paralelo, las representaciones culturales que tienen los Añú acerca de la salud-enfermedad bucal. A los fines de controlar la confiabilidad del dato clínico, se realizaron exámenes duplicados al 10% de la muestra, obteniéndose un coeficiente de concordancia intra y entre examinador de un 87 y 92%.

La información contenida en el instrumento socio-clínico contempla aspectos relativos a la

identificación del niño, identidad étnica de los mismos y de los padres y los datos relativos a la prevalencia de hábitos orales perjudiciales tales como succión digital, respiración bucal, bruxismo, deglución atípica y otros, tomando en cuenta para su registro los criterios dados por la Organización Mundial de la Salud en el manual “ Oral Health Surveys” (1987): Bruxismo Cuando se presenten facetas de desgaste oclusal en la mayoría de los dientes y en algunos casos, dolor muscular y cansancio a nivel de ATM. Respiración Bucal: En base a la observación clínica, se registra la forma como respira el individuo, verificando mediante la prueba del espejo. Este hábito se asocia con algunos de los siguientes hallazgos clínicos: el individuo mantiene la boca abierta, resequedad de los labios, mucosa gingival de los dientes antero superiores por vestibular inflamada. Deglución Atípica: Se registra solamente en individuo mayores de 4 años considerando los siguientes aspectos: Hallazgos extraorales: En el momento de la deglución se observará: exagerada contracción del músculo del mentón, el labio inferior se contrae y eleva buscando el contacto con la lengua. Al palpar lo maseteros se nota falta de contracción, lo que indica que los arcos dentarios no están en oclusión. Hallazgos intraorales: la lengua en el momento de la deglución se interpone entre los incisivos superiores e inferiores. Succión Digital: Se registra la presencia de alguno de estos signos: Aplanamiento de uno o varios dedos, uñas y dedos mas blancos y limpios, callosidades en los dedos. Otro: Se registra cuando se presente cualquier otro hábito que no sea uno de los anteriores.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra la distribución de la población estudiada según género y edad, observándose que del total (N=120) de examinados, el 46.2% son del género femenino y el 53.8% del masculino. Igualmente evidencia un mayor predominio de niños de seis años de edad.

Tabla 1. Distribución de la muestra poblacional estudiada según edad y género.

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
3	0	0.0	12	19.0	12	10.3
4	15	27.8	12	19.0	28	23.1
5	12	22.2	4	4.8	15	12.8
6	28	50.0	37	57.1	65	53.8
Total	55	46.2	65	53.8	120	100

Tabla 2. Prevalencia de hábitos perjudiciales.

Tipo	SI		NO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bruxismo	0	0.0	120	100	120	100
Respiración Bucal	0	0.0	120	100	120	100
Deglución atípica	0	0.0	120	100	120	100
Succión digital	12	10.0	108	90.0	120	100

Tabla 3. Relación de oclusión de 2dos molares primarios.

Relación de oclusión	N	%
Plano terminal recto	62	51.3
Escalón distal	6	5.1
Escalón mesial	12	10.3
PT Recto – E mesial	0	0.0
PT Recto – E distal	0	0.0
Escalón distal–Escalón mesial	0	0.0
No aplicable	40	33.3
Total	120	100

Tabla 4. Relación de oclusión según edad.

Relación de oclusión	3		4		5		6		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Plano terminal recto	9	15.0	13	20.0	9	15.0	31	50.0	62	51.3
Escalón distal	0	0.0	3	50.0	3	50.0	0	0.0	6	5.1
Escalón mesial	0	0.0	3	25.0	3	25.0	6	50.0	12	10.3
PT Recto – E mesial	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
PT Recto – E distal	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
0	0.0	0	0	0.0	0	0.0				0.0
No aplicable	3	7.7	9	23.1	0	0.0	28	69.2	40	33.3
Total	12	10.3	28	23.1	15	12.8	65	53.8	120	100

Al evaluar clínicamente la prevalencia de hábitos orales perjudiciales, se determinó que el 100% de los niños estudiados en edad preescolar no presentaron bruxismo, respiración bucal ni deglución atípica. En relación con el comportamiento observado con respecto a la succión digital, se determinó que el 10.3% de los niños estudiados presentaron este hábito (Tabla 2), de los cuales el mayor porcentaje se concentró en el grupo correspondiente a los seis años de edad, 9.5%, observándose una distribución paritaria para ambos géneros, 50-50 %. Es importante

señalar que el 100% de los niños estudiados no presentaron otros hábitos, tales como: la onicofagia, la succión labial, hábitos masoquistas, hábito lingual, entre otros.

Tabla 5. Relación de oclusión según edad y género.

Relación de oclusión	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Clase I	3	5.6	9	14.3	12	10.0
Clase II	0	0.0	0	0.0	0	5.1
Clase III	0	0.0	0	0.0	0	10.3
No aplicable	52	94.4	56	85.7	108	90.0
Total	55	46.2	65	53.8	120	100

En la tabla 3 se observan los resultados referidos a la relación de oclusión de los 2dos molares primarios. El plano terminal recto fue el más frecuente, 51.3%, siendo predominante en el género masculino, mientras que los planos terminales distal y mesial, solo se presentaron con una frecuencia estimada del 5.1% y 10.3%, respectivamente.

Al observar la distribución por edad, la tabla 4 muestra que el plano terminal se evidencia con mayor proporción a la edad de seis años. La tabla 5 muestra la relación de oclusión de los primeros molares permanentes según género. Se distingue que el 100% de la población presentó relación de oclusión de primeros molares permanentes clase I, con mayor frecuencia en el género masculino, 14.3%. En cuanto a la edad, el mayor porcentaje de la relación se observó en los niños de 6 años, 100%.

Finalmente, en la relación de contacto ínter proximal se observó que el 66.7% de la muestra estudiada presentó espacios de crecimiento y espacios de primates. En cuanto a las anomalías de posición, los resultados evidencian que (108) el 89.7% de la población estudiada no presentó anomalías de posición.

DISCUSIÓN

Los Añú, desde sus orígenes, han estado asentados en la Laguna de Sinamaica, viviendo una vida palafítica altamente particular y diferenciada del resto de la población venezolana, convirtiéndola en un espacio para mantener sus prácticas y modo de vida tradicional, dinámica ésta que los hace expuestos, en menor grado, a las transformaciones propias del intercambio cultural.

Los Añú, generalmente emigran a los poblados ubicados en la Costa Oriental del Lago de Maracaibo, temporalmente en el año y de acuerdo con como los fenómenos climatológicos, especialmente las lluvias, afecten la pesca, su principal medio de alimentación y subsistencia.

En tal sentido, este pueblo indígena a pesar de los intercambios con otros grupos humanos, tales como criollos, wayúu, extranjeros, etc. y enfrentando la problemática de su casi extinta lengua, en su mundo de representaciones individuales y colectivas se reivindican culturalmente, poniendo en evidencia social sus creencias y prácticas propias.

Entre las prácticas referidas a la salud enfermedad bucal, se tiene que las madres Añú por ejemplo, alargan el amamantamiento de sus niños desde uno hasta cuatro años, utilizan mecanismos tradicionales para evitar la instalación de hábitos orales perjudiciales, tales como colocar en los dedos del niño recién nacido, la corteza del árbol de sábila, para que ese sabor amargo impida que succione su dedo, entre otros mecanismos. Asimismo, desde muy temprana edad el niño es alimentado, paralelo al amamantamiento, con pescado y carne.

Finalmente, es importante destacar que los Añú son ancestralmente de emociones tranquilas y relajadas, resuelven los problemas en y con la familia, lo que quizás explica su baja agresividad, rabia, ansiedad o tensión muscular, emociones ligadas al desarrollo de hábitos perjudiciales.

Cuando se analizan los resultados obtenidos en este estudio, las aseveraciones precitadas encuentran su materialización. Así, tenemos que el 89.7% de los niños estudiados no presentaron hábitos orales perjudiciales. Tal como lo señala Uzcategui (2002), es posible presumir que los niños estudiados no presentan ningún comportamiento psicológico que evidencie expresión inconciente de agresividad, rabia o tensión muscular excesiva. La literatura refiere que estos hábitos están relacionados con la existencia de cierta inestabilidad psicomotora acompañada de diversos grados de tensión y ansiedad (Figueredo 2001; Fundacredesa-Corpozulia 1985).

Es importante resaltar que la ausencia de hábitos perjudiciales tales como bruxismo, deglución atípica y respiración bucal, coincide con los hallazgos reportados por Morón et al. (2004) y Uzcategui (2002) para la población criolla de 6 y 7 años de edad, asentada en la región zuliana.

Del total de niños examinados, se determinó que el mayor porcentaje presentaron una relación de oclusión de segundos molares primarios plano terminal recto con 51.3%, esto coincide con lo obtenido por Morón (1995), quien reporta un 77% con plano terminal recto y escalón mesial, en niños preescolares en el Estado Zulia; Quirós (2005) y Quintero (2002) reportan en su estudio que el 60% de los preescolares tienen plano terminal recto, en la ciudad de Caracas; Murrieta (1999) reportó un promedio de 79% de los preescolares tenían plano terminal recto.

Estos autores presumen que todos los niños estudiados tienen la posibilidad de presentar una relación de oclusión de los primeros molares potencialmente clase I, debido a que el plano terminal es la primera guía para establecer las futuras llaves de Angle de oclusión.

En cuanto a la relación de contacto interproximal el 66.7% presentó espacios de primates y de crecimiento, lo cual constituye un indicador importante dado que en la medida en que se produce el recambio dentario estos espacios son ocupados por los dientes permanentes, los cuales son más anchos mesio-distalmente generando mayores posibilidades de no apiñarse; el 89.7% no presentó anomalías de posición, a diferencia de lo reportado por Morón (1995) quien señala la ausencia de espacios interproximales.

El hecho de que aproximadamente un 100% de la población estudiada presentaran una relación de oclusión clase I, coincide con algunos resultados reportados por la literatura; Portillo (2000) alcanzó para la población escolar, una relación clase I en llave de Angle estimada en un 67% seguida de una relación molar distal clase II con 11,33. Por otro lado, Lucchese (1975), obtuvo un 63% para la clase I y un 6% para la clase II; Quirós (2005) reporta un 55% para la clase I y un 31.1% para la clase II.

REFERENCIAS.

- Andlaw R. 1999. Manual de Odontopediatría. 3ª ed. Mc Graw - Hill Interamericana. México.
- Brow T. 1989. Desarrollo y función oclusal en los aborígenes australianos. Ortopedia funcional de los maxilares. Gráficas La Bodianas.

Fernández A. 2002. La Chicanaya: Enfermedad espiritual entre los Añú de la Laguna de Sinamaica. Revista de Ciencias Humanas y Sociales Nro 38. Facultad de Ciencias Experimental de Ciencias Humanas. Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela. Ediciones Astrodata.

Figuereido M. 2001. Clínica del bebé. Mimeógrafo. Brasil. 2001.

Fundacredesa-Corpozulia. Proyecto Venezuela. 1985. Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humano de la Republica de Venezuela. Caracas. Tomo 2. Estado Zulia.

Lucchese, E. 1975. Prevalencia de Maloclusiones en una población urbana. Tesis mimeografiada. Universidad del Zulia. Venezuela.

Leininger M. 1998. Enfermería transcultural. EEUU. Morón A, Báez A, Rivera L, Hernández N, Rivera N, Luchese E. 1995. Perfil de oclusión del niño en edad Preescolar. Factores de beneficio y riesgo. Maracaibo. Estado Zulia. Acta Odontológica de Venezuela.

Morón A et al. 2004. Aportes al estudio de la epidemiología del Wayúu. Revista de Ciencias Odontológicas. 1: Murrieta J. 1999. Frecuencia y Distribución de factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo de la oclusión., Temas selectivos de investigación clínica V, UAM-X. pp. 37-52.

Organización Mundial de la Salud. Oral Health Surveys. Geneve. 1987

Pirona M. 2000. Influencia de la interculturalidad del Wayúu ante la enfermedad caries dental. Aproximación clínico-antropológica”. Tesis Doctoral. Facultad de Odontología. Universidad de Zulia. Maracaibo. Venezuela.

Portillo J. 2000. Rasgos del perfil de oclusión del Wayúu en edad escolar. Parroquia Idelfonso Vásquez. Maracaibo. Estado Zulia. Venezuela. 2000. Quintero M. 2002. Rehabilitación neuroclusal. Prevención y manejo de las oclusopatías: nivel inferior primario. Universidad del Zulia. Facultad de Odontología. Programa de Odontopediatria. Nivel: Especialidad. Maracaibo. Venezuela.

Quirós O. 2005. Características de la oclusión de los niños del Jardín de Infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas IVIC. [Universidad Central de Venezuela](http://www.unicen.edu.ve/). Información en línea.

Uzcategui I. 2002. Hábitos orales perjudiciales en niños zulianos: su relación con alteraciones de mordidas y estrato social. Maracaibo. Estado Zulia. Venezuela.

Recibido: 25 ene 2007.

Aceptado: 5 mar 2007