



Disfunción temporomandibular en las etnias indígenas, afrodescendientes y criollas del estado Zulia. Un enfoque desde la epidemiología crítica

María Fasanella y María Elena Machado*

Profesoras Titulares del Dpto. de Prostodoncia y Oclusión. Facultad de Odontología, Universidad de Carabobo.

luciafasanella@hotmail.com, mary_machado_tovar@hotmail.com

Resumen

Introducción: El conocimiento del estado de salud bucal de la población resulta indispensable para la correcta planificación, organización y control de la atención estomatológica. **Objetivo:** Describir los patrones de DTM en las etnias indígenas, afrodescendientes y criollas del estado Zulia. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal en la modalidad de ex post facto, tomando como base la información recabada en el Proyecto Nacional "Perfil Epidemiológico Bucal de las Etnias Venezolanas". La muestra estudiada estuvo conformada por 7127 individuos, seleccionados de manera probabilística, aleatoria y estratificada. La técnica estadística de análisis fue la t de Student para muestras independientes (etnias), fijándose como nivel de significación un error muestral igual o menor al 5% ($P < 0,05$). **Resultados:** No existen diferencias estadísticamente significativas en relación a los signos presentes en los tres grupos étnicos, mientras que en los síntomas, si existen diferencias al comparar la etnia indígena con criollos y afrodescendiente. **Conclusiones:** Se estableció que en la mayoría de los individuos, se observó poca frecuencia de síntomas y signos de disfunción de la articulación temporomandibular y de las etnias estudiadas la más afectada es la afrodescendiente.

Palabras clave: síndrome de disfunción de la articulación temporomandibular, etnias.

* Autor para la correspondencia. Teléfono: 0414 - 4425246.

Temporomandibular Dysfunction in Indigenous Ethnic Groups, Afro Descendents and Creoles in the State Of Zulia. An Approach from Critical Epidemiology

Abstract

Introduction: Knowledge of the state of a population's buccal health is indispensable for the correct planning, organization and control of dental attention. **Objective:** Describing TMD patterns among indigenous ethnic groups, Afro descendents and Creoles in the State of Zulia. **Material and methods:** A descriptive, transversal study was made using the ex post facto mode, based on information obtained from the National Project "Buccal Epidemiology Profile of Venezuelan Ethnic Groups." The sample consisted of 7127 individuals, selected using a probabilistic, stratified random method. The statistical analysis technique was Student t for independent samples (ethnicity) with a sampling error set at or below 5% ($P < 0.05$) as the significance level. **Results:** The results indicate no statistically significant differences in relation to the signs present in all three ethnic groups, while there are differences in the symptoms, comparing the indigenous ethnic group with Creoles and Afro descendents. **Conclusion:** It was established that for most individuals, a low frequency of symptoms and signs of temporomandibular joint dysfunction was observed; and of the ethnic groups studied, the most affected is the Afro descendent.

Key words: temporomandibular joint dysfunction syndrome, ethnic groups.

Introducción

En América Latina, la necesidad de crear alternativas teórico metodológicas que permitan entender el proceso salud enfermedad en su dimensión histórico social, fue abriendo espacios hacia otras interpretaciones, cuyas bases no fueran fundamentalmente clínico-biológicas, sino que se abordaran los determinantes sociales de la problemática salud-enfermedad, conociéndose esta área como la de la historia social del proceso salud enfermedad o epidemiología crítica, el cual pasa a ser considerado como uno de los procesos de la totalidad social¹.

La epidemiología social latinoamericana, asume la historicidad de los procesos biopsí-

quicos humanos y reconoce la especificidad propia de lo social y de lo biológico, cuyos planteamientos se basan en una concepción materialista de la historia, en la cual la relación hombre-naturaleza y las relaciones entre los hombres, definen los procesos esenciales que explican la producción social de la salud/enfermedad y la historicidad de las formas de enfermar y morir².

Esta concepción al analizar el proceso salud enfermedad, va más allá de la simple descripción fenomenológica, porque descubre los nexos internos, relaciones y determinaciones de las leyes más generales hasta las particulares y singulares de los procesos naturales y/o sociales. El análisis dialéctico materialista no solo explica las determinaciones más profun-

das sino que indica la vía verdadera y objetiva para las transformaciones conscientes de estos procesos³.

Desde esta perspectiva, la salud/enfermedad se concibe como un proceso social, que asume características distintas en los grupos humanos según el proceso de reproducción social, es decir, la forma como se presentan las relaciones de producción y como se producen y se consumen los bienes materiales, en una sociedad concreta y en un momento determinado.

Las explicaciones simplistas por las cuales un agente específico es la causa necesaria y suficiente para producir una enfermedad, no consideran adecuadamente las condiciones sociales que son determinantes para el desarrollo de la misma, en cambio, desde estos abordajes teórico-metodológicos, ha sido posible "un enfoque más complejo de la causalidad, en el cual las condiciones sociales e históricas son consideradas como determinantes estructurales, es decir, que existen antes del problema analizado, y su comprensión permite especificar las dimensiones del mismo" ¹.

La salud, por lo tanto, es multidimensional en varios sentidos, se le puede dimensionar tanto como objeto (dimensiones ontológicas) cuanto como concepto (dimensiones propiamente epistemológicas), así como de campo de acción (dimensiones práxicas). Como proceso se realiza en la dimensión general de la sociedad, en la dimensión particular de los grupos sociales y en la dimensión singular de los individuos y su cotidianidad⁴.

Ahora bien, esta triada objeto/concepto/campo de acción, constituye tres elementos estrechamente relacionados que no se pueden escoger y trabajar por separado, sino que son aspectos que guardan profunda concate-nación y conforman un sistema de relaciones, que deben ser abordados desde una práctica

de transformación concreta y apoyarse en una teoría general crítica⁵.

Por otra parte se puede decir, que la salud es una necesidad social inherente al desarrollo de las capacidades y potencialidades humanas para la realización de la vida en sus diferentes etapas, representa un derecho social reconocido y garantizado a toda la población venezolana en la reciente Constitución de 1999 y está íntimamente relacionada con el conjunto de condiciones materiales y sociales, biológicas, anímicas y espirituales que definen una plena calidad de vida¹.

Tomando como base lo anterior, Campbell, Ramsay y Green⁶, señalan que en el proceso salud-enfermedad influye no solamente la calidad de vida, sino además las condiciones de vida, es decir, la clase social, el nivel cultural y la etnicidad, la situación laboral, el estado civil, los estilos de vida y la capacidad de respuesta a factores estresantes o eventos vitales.

Es decir, que por un lado dependiendo de la calidad de vida de los individuos serán los determinantes que lleven a la enfermedad e incluso a la muerte y por otro, que la condición de vida se relaciona con las capacidades desarrolladas por los individuos dentro de las relaciones sociales y productivas, que determinarán un perfil epidemiológico de salud-enfermedad¹.

Breilh y Granda¹, abordan la calidad de vida, haciendo referencia en un primer plano al proceso de salud-enfermedad visto con el criterio de la epidemiología, y la describen como la "síntesis de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y que producen en los diferentes grupos la aparición de riesgos o potencialidades características, las cuales a su vez se manifiestan en la forma de perfiles o patrones de enfermedad o de salud" y por otra parte, la articulan con la exposición a los procesos de riesgos "que pro-

vocan la aparición de enfermedades y forma de muerte específicas y desiguales”.

El hablar de desigualdad remite necesariamente al criterio de las necesidades insatisfechas definidas por Breilh y Granda¹, como “el conjunto de condiciones de carencia claramente identificadas y de validez universal, inherentes a la naturaleza del hombre y para cuya resolución éste tiene potencialidades”, la privación de estas necesidades o la carencia de alguna de ellas como la alimentación, pueden llevar, o de hecho conducen, a determinadas patologías, es decir, la distribución desigual o diferencial de las condiciones materiales para la satisfacción de necesidades para la vida, se da de manera diferente en los grupos sociales.

En tal sentido, la desigualdad étnica es un factor social que interviene en la constitución de diferenciales en las condiciones de vida y el acceso a los recursos de atención, operando a través de conductas, creencias, estereotipos y prejuicios que tienen de base la discriminación, el racismo, la segregación y el aislamiento de grupos o minorías étnicas, lo cual tiene repercusiones directas en el proceso salud enfermedad, donde la etnia se define como un grupo humano diferenciado que habita en espacio geográfico, posee características biológicas y culturales propias y una historia común. Cada grupo étnico se diferencia entre sí por el proceso económico de división del trabajo y de apropiación de los bienes, así como por el proceso político que tiene que ver con la ubicación geográfica estratégica y la acumulación de poder⁵.

En los países americanos existe una amplia diversidad étnica en número y complejidad cultural, producto de los pueblos originarios europeos y afros que compartieron procesos productivos y políticos, destacándose los criollos, que surgieron como producto del proceso de mestizaje y los pueblos indígenas⁷; éstos y los criollos son en Venezuela los gru-

pos étnicos más diferenciados cultural y socialmente, siendo así reconocidos constitucionalmente, lo cual no sucede con el grupo étnico afrodescendiente, a pesar que numéricamente representan en la población venezolana un mayor porcentaje en relación a la etnia indígena.

En lo referente al campo de la salud y particularmente de la salud bucal, las poblaciones indígenas y afrodescendientes son las de mayor riesgo, debido a las condiciones de inequidad, exclusión y pobreza que los ha caracterizado. Por otra parte, la cosmovisión de la salud y la etiología de la enfermedad forman parte de las creencias y ellas varían para cada grupo étnico⁷.

Tomando como base estas consideraciones, la epidemiología bucal tiene un gran reto en una Venezuela caracterizada por su multiculturalidad y pluridiversidad étnica, y en ese sentido se desarrolló a nivel nacional el proyecto denominado “Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas”, realizado por la Universidad del Zulia en el año 2008, inscrito en la corriente de la causalidad social y con una visión orientada a la transformación de la problemática detectada³.

Uno de los tantos aspectos abordados en dicho proyecto, fue el estudio de la disfunción temporomandibular (DTM) que es un término general que designa una serie de problemas clínicos que afectan a la articulación temporomandibular (ATM), la musculatura masticatoria y las estructuras asociadas, lo que en su conjunto forma el sistema estomatognático y está incluida en el grupo de las alteraciones músculo esqueléticas⁸, cuyo origen es complejo porque involucra factores propios del individuo, así como de su relación con el entorno social y de la influencia que este ejerce sobre sí mismo.

La disfunción temporomandibular (DTM) se está estudiando desde edades remo-

tas, sin embargo, en su mayoría el abordaje se ha realizado utilizando el paradigma biológico individual de la enfermedad, sin tomar en consideración que dicha patología es una manifestación del proceso salud enfermedad bucal.

En tal sentido, las causas de la misma deben buscarse en los procesos sociales, en la producción y la reproducción social, en contraposición a lo que ha sido su estudio, que ha estado sellado por el desarrollo de referencias científicas tecnológicas, exportados en su mayoría de países desarrollados y que por muchos años enfatizaron sobre el objeto de estudio enraizado en la enfermedad, a través del uso de técnicas cuantitativas, enmarcadas en el paradigma positivista 8.

Tomando como referente los postulados de la epidemiología social, se puede decir que la disfunción temporomandibular está sujeta a las condiciones y la calidad de vida, por lo tanto se manifiesta de manera distinta en los diferentes grupos poblacionales o étnicos. Investigaciones epidemiológicas coinciden en afirmar la alta prevalencia de estas afecciones; algunas de ellas han referido que un 70-75% de la población adulta tiene al menos un signo de disfunción temporomandibular (DTM) y uno de cada cuatro individuos está consciente de padecerla⁹. Estos datos sugieren que se trata de una entidad que puede ser considerada un problema de salud pública.

Así mismo, en Brasil, para el año 2007, Nomura K, Vitti M, Siriani de Oliveira A, Chaves T, Semprini M, Siéssere S, *et al.*¹⁰ realizaron un estudio sobre el uso del cuestionario de Fonseca para determinar la prevalencia y severidad de desordenes temporomandibulares en estudiantes de odontología brasileros, para lo cual utilizaron una muestra de 218 estudiantes de odontología de una universidad pública. El grupo estuvo conformado por 96 hombres y 122 mujeres, con un promedio de edad de 20 años. De los estudiantes, el 53,21%

mostró presencia de disfunción temporomandibular, de los cuales el 35,78% la exhibió en grado leve, el 11,93% en un nivel moderado y el 5,5% en grado severo.

En ese mismo año, Díaz y Coronel¹¹, desarrollaron un trabajo investigativo para determinar la prevalencia de signos y síntomas de disfunción temporomandibular en pacientes con diagnóstico de maloclusión Clase I, II y III, que acudieron a la unidad de investigación en trastornos craneomandibulares (UNICRAM) de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, durante el período 2005-2006. Utilizando una muestra de 57 pacientes con diagnóstico de Maloclusión dentaria Clase I, II y III se pudo obtener como resultado la presencia de signos y síntomas de disfunción temporomandibular en un 87,7%, siendo la intrameniscal tipo II la que con mayor porcentaje se manifestó y con respecto a su mayor prevalencia se observó en los pacientes con maloclusión Clase II en un 90,9%.

No obstante, existe escasa información disponible sobre disfunción temporomandibular en la etnia indígena y menos aun en la afrodescendiente, ello da cuenta de lo inédito y relevante de esta investigación por el aporte que significa al conocimiento.

En virtud de lo expuesto anteriormente surge esta investigación, en la cual se establece un nivel de análisis general, que tiene que ver con el perfil de producción y reproducción social que caracteriza la sociedad venezolana; uno particular relacionado con el modo de vida que considera el proceso de trabajo y de consumo de los grupos étnicos y un nivel individual en el que se identificaron las características de la disfunción temporomandibular en los grupos étnicos indígenas, afrodescendientes y criollos del Estado Zulia, tomando como base la información recabada en el Proyecto Nacional "Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas".

En tal sentido, el objetivo fue describir el perfil socio epidemiológico y las características clínicas de la disfunción temporomandibular en las etnias indígenas, afrodescendientes y criollas del estado Zulia.

Materiales y métodos

Se enmarca dentro de una investigación descriptiva transversal, en la modalidad de *ex post facto*, sobre el perfil socio epidemiológico de la disfunción temporomandibular y sus características clínicas presentes en las etnias indígenas, afrodescendientes y criollas del estado Zulia.

De una muestra de 54.712 personas seleccionadas de forma estratificada y por conglomerados en todo el territorio nacional para realizarles el examen clínico, al estado Zulia correspondió una cifra para su estudio de 7.127 habitantes, en edades comprendidas entre 15 y 75 años o más, de los tres grupos étnicos, distribuidos proporcionalmente en los diversos municipios de dicho estado. Es importante acotar que de la cifra anteriormente mencionada, a catorce (14) individuos no fue posible hacerles registro de signos y síntomas, por lo que no se incluyeron en el análisis de los resultados, quedando finalmente 7113 sujetos.

Para la recolección de la información se utilizó el "Instrumento de recolección de información del componente social", que se aplicó en el proyecto nacional "Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas" y que contenía preguntas para indagar sobre la autoidentificación o autoadscripción del núcleo de clase o sostén principal del hogar al grupo étnico en estudio.

El examen clínico se realizó mediante el reclutamiento, selección, adiestramiento y calibración del personal durante dos semanas laborables, para el manejo de los índices epide-

miológicos definidos en la metodología de la OMS, establecida en su Manual "Encuestas de Salud Bucodental. Métodos Básicos", cuarta edición del año 1997, Cuarta Edición, del año 1997 a través del Formulario de Evaluación de Salud Bucal modificado y validado en Maracaibo, abril 2007³.

Para el estudio de la Articulación Temporomandibular se examinaron ambas articulaciones, detectándose la presencia de los siguientes síntomas y/o signos de disfunción, recogidos en el formulario antes mencionado.

Síntomas

1. El chasquido se evaluó directamente por la presencia de un ruido agudo audible referido por el sujeto.
2. Para determinar el dolor a la palpación, se palparon los músculos Masetero, Temporal, Esternocleidomastoideo y Trapecio, de ambos lados, realizando una presión unilateral firme de los dedos, dos veces sobre la parte más voluminosa del músculo. Solo se registró cuando la palpación provocaba un reflejo de evitación.
3. La dificultad al movimiento de apertura y cierre, se registró cuando había dificultad para abrir y cerrar la boca, una o más veces por semana, referido por el sujeto.
4. Dolor espontáneo: se interrogó al individuo acerca de la presencia del mismo, en las articulaciones en reposo o durante la actividad. Esto incluyó a los músculos antes mencionados.
5. Dolor a la palpación articular: se registró cuando al palpar la articulación en reposo, el sujeto refirió sentir dolor.
6. Dolor al movimiento: se registró cuando el individuo refería dolor en las articulaciones o los músculos durante el movimiento de apertura, cierre, lateralidad, propulsión o retropropulsión.

Signos

1. Chasquido: se evaluó directamente por la presencia de un ruido agudo audible o percibido durante la palpación de las articulaciones.
2. Contractura maseteriana: se registró cuando a la palpación del músculo se detectaron zonas espásticas.
3. Reducción de la apertura bucal en menos de 30mm: se midió la distancia entre los incisivos centrales superiores e inferiores. Como orientación general en un adulto, la movilidad de la mandíbula se considera reducida si el sujeto es incapaz de abrir la boca hasta una anchura de dos dedos.
4. Reducción de los movimientos de lateralidad y protrusión en menos de 8mm.
5. Desviación de la mandíbula durante el movimiento de apertura bucal, tomando como referencia la línea media de la arcada superior cuando esta coincide con la línea media de la cara.

Para determinar si había diferencia de porcentajes de los síntomas y signos, entre las diferentes etnias, se utilizó como técnica estadística de análisis el estadístico t de Student para muestras independientes (etnias), fijándose como nivel de significación un error muestral igual o menor al 5% ($P < 0,05$).

El análisis estadístico fue realizado con el paquete Calculador Estadístico StatPac, en versión de prueba 3.0 (1997-2010), disponible en sales@statpac.com.

Aspectos éticos de la investigación

A todos los individuos seleccionados o a sus representantes, se les explicó con un lenguaje sencillo el propósito, naturaleza y beneficios del estudio, para facilitar su comprensión, así como otras explicaciones referidas a las condiciones y riesgos de participar en la investigación. Se aplicaron tanto los medios es-

critos (consentimiento informado) como los orales, tal como lo establecen las normas de bioética del tratado de Helsinki, recogidos también en los códigos de bioética y bioseguridad del Ministerio del Poder Popular para la Ciencia y la Tecnología y del Fonacit, específicamente en su capítulo 1 numeral 8³.

Resultados

Al estudiar la disfunción temporomandibular, en una muestra de 7113 individuos los resultados evidencian una baja presencia de síntomas en los diferentes grupos étnicos estimada en el 20,8% de los individuos (Tabla 1). En lo referente a los signos se observa que los diferentes grupos étnicos mostraron estar afectados por DTM en un 22,2% (Tabla 2).

Al observar cada etnia en particular, las Tablas 1 y 2 revelan que los indígenas constituyen la etnia que presenta el menor porcentaje de síntomas y signos de disfunción temporomandibular (DTM) con un 17,6% y 20,3% respectivamente, seguido de los criollos con 20,8% de síntomas y 22,3% de signos, mientras que la etnia afrodescendiente se evidencia como la más afectada con un 24,9% y 25,4% respecto a síntomas y signos.

La Tabla 3 muestra que en todas las etnias el chasquido se percibió como principal síntoma referido de DTM con un 80,5% para los criollos, 70,4% para los afrodescendientes y 90,4% para los indígenas, seguido del dolor al movimiento con 10,0%, 15,9% y 2,4% para criollos, afrodescendientes e indígenas respectivamente. El síntoma menos frecuente fue el dolor a la palpación muscular con 0,7% en los criollos y 0,8% en los indígenas, mientras que los afrodescendientes no refirieron la presencia de tal síntoma.

En relación a los signos observados de DTM la Tabla 4 muestra igualmente al chasquido como el más común entre los signos,

Tabla 1. Distribución de la población examinada según síntomas referidos de disfunción temporomandibular en uno o ambos lados de la mandíbula por etnias.

Etnias	Síntomas referidos N (%)*	Total Población Examinada (%)
Criollos	1300 (20,8)	6231 (87,6)
Afrodescendientes	44 (24,9)	177 (2,5)
Indígenas	124 (17,6)	705 (9,9)
Totales Incidencia	1479 (20,8)	7113 (100)
	Criollos-Afrodescendientes	t = ± 1,323; g.l. = 6406 P < 0,186
Significación Estadística (Bilateral)	Criollos-Indígenas	t = ± 1,99; g.l. = 6934 P < 0,046
	Afrodescendientes-Indígenas	t = ± 2,210; g.l. = 880 P < 0,027

* Porcentajes en base al total de población examinada por etnia.

Fuente: Perfil Epidemiológico Bucal de las Etnias Venezolanas. LUZ 2008.

Tabla 2. Distribución de la población examinada según signos observados de disfunción temporomandibular en uno o ambos lados de la mandíbula por etnias.

Etnias	Signos observados N (%)*	Total Población Examinada (%)
Criollos	1390 (22,3)	6231 (87,6)
Afrodescendientes	45 (25,4)	177 (2,5)
Indígenas	143 (20,3)	705 (9,9)
Totales Incidencia	1578 (22,2)	7113 (100)
	Criollos-Afrodescendientes	t = ± 0,976; g.l. = 6420 P < 0,329
Significación Estadística (Bilateral)	Criollos-Indígenas	t = ± 1,213; g.l. = 6934 P < 0,225
	Afrodescendientes-Indígenas	t = ± 1,481; g.l. = 880 P < 0,139

* Porcentajes en base al total de población examinada por etnia.

Fuente: Perfil Epidemiológico Bucal de las Etnias Venezolanas. LUZ 2008.

tanto en los criollos con 81,9%, como en los afrodescendientes con 71,1% e indígenas con 76,9%. La desviación mandibular en la apertura se mostró como el segundo signo más frecuente con 13,6%, 26,7% y 19,6% en criollos, afrodescendientes e indígenas respectivamente. La contractura maseteriana fue el menos

evidente al detectarse únicamente en los criollos con 0,4%.

Al estudiar la significación estadística bilateral para un $P < 0,05$ respecto a síntomas referidos, la Tabla 1 muestra que entre criollos y afrodescendientes no existe diferencia significativa al obtenerse un $P < 0,186$. Sin embargo

Tabla 3. Distribución de la población examinada según tipos de síntomas referidos de disfunción temporomandibular en uno o ambos lados de la mandíbula por etnias.

Tipos de síntomas referidos	Etnias			Significación Estadística (Bilateral)
	Criollos (1) N (%)*	Afrodescendientes (2) N (%)*	Indígenas (3) N (%)*	
Chasquido	1047 (80,5)	31 (70,4)	112 (90,4)	(1) y (2) $t = \pm 1,653$ g.l.= 1342; $P < 0,098$ (1) y (3) $t = \pm 2,705$ g.l.= 1422; $P < 0,007$ (2) y (3) $t = \pm 3,206$ g.l.= 166; $P < 0,002$
Dolor a palpación muscular	10 (0,7)	0 (0,0)	1 (0,8)	(1) y (2) $t = \pm 0,557$ g.l.= 1342; $P < 0,577$ (1) y (3) $t = \pm 0,127$ g.l.= 1422; $P < 0,899$ (2) y (3) $t = \pm 0,595$ g.l.= 166; $P < 0,552$
Dificultad a la apertura y cierre	42 (3,3)	1 (2,3)	1 (0,8)	(1) y (2) $t = \pm 0,367$ g.l.= 1342; $P < 0,713$ (1) y (3) $t = \pm 1,539$ g.l.= 1422; $P < 0,124$ (2) y (3) $t = \pm 0,787$ g.l.= 166; $P < 0,432$
Dolor espontáneo en articulación	50 (3,8)	4 (9,1)	5 (4,0)	(1) y (2) $t = \pm 1,770$ g.l.= 1342; $P < 0,077$ (1) y (3) $t = \pm 0,111$ g.l.= 1422; $P < 0,911$ (2) y (3) $t = \pm 1,293$ g.l.= 166; $P < 0,197$
Dolor a palpación articular	21 (1,7)	1 (2,3)	2 (1,6)	(1) y (2) $t = \pm 0,301$ g.l.= 1342; $P < 0,763$ (1) y (3) $t = \pm 0,083$ g.l.= 1422; $P < 0,934$ (2) y (3) $t = \pm 0,301$ g.l.= 166; $P < 0,763$
Dolor al movimiento	130 (10,0)	7 (15,9)	3 (2,4)	(1) y (2) $t = \pm 1,272$ g.l.= 1342; $P < 0,203$ (1) y (3) $t = \pm 2,779$ g.l.= 1422; $P < 0,006$ (2) y (3) $t = \pm 3,256$ g.l.= 166; $P < 0,001$
TOTAL	1300 (20,8)	44 (31,1)	124 (17,6)	

* Porcentajes en base al total de población examinada por etnia con síntomas referidos.

Fuente: Perfil Epidemiológico Bucal de las Etnias Venezolanas. LUZ 2008.

Tabla 4. Distribución de la población examinada según tipos de signos observados de disfunción temporomandibular en uno o ambos lados de la mandíbula por etnias.

Tipos de signos observados	Etnias			Significación Estadística (Bilateral)
	Criollos (1) N (%)*	Afrodescendientes (2) N (%)*	Indígenas (3) N (%)*	
Chasquido	1139 (81,9)	32 (71,1)	110 (76,9)	(1) y (2) $t = \pm 1,839$ g.l.= 1433; $P < 0,066$ (1) y (3) $t = \pm 1,464$ g.l.= 1531; $P < 0,143$ (2) y (3) $t = \pm 0,789$ g.l.= 186; $P < 0,431$
Contractura maseteriana	6 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	(1) y (2) $t = \pm 0,425$ g.l.= 1433; $P < 0,670$ (1) y (3) $t = \pm 0,425$ g.l.= 1531; $P < 0,670$ (2) y (3) NO APLICA
Disminución apertura (menos de 30 mm)	45 (3,2)	1 (2,2)	4 (2,8)	(1) y (2) $t = \pm 0,377$ g.l.= 1433; $P < 0,706$ (1) y (3) $t = \pm 0,260$ g.l.= 1531; $P < 0,124$ (2) y (3) $t = \pm 0,218$ g.l.= 186; $P < 0,827$
Reducción movimiento lateral y protrutivo	11 (0,7)	0 (0,0)	1 (0,7)	(1) y (2) $t = \pm 0,563$ g.l.= 1433; $P < 0,574$ NO APLICA (2) y (3) $t = \pm 0,563$ g.l.= 186; $P < 0,574$
Desviación mandibular en apertura	189 (13,6)	12 (26,7)	28 (19,6)	(1) y (2) $t = \pm 2,492$ g.l.= 1433; $P < 0,013$ (1) y (3) $t = \pm 1,960$ g.l.= 1531; $P < 0,050$ (2) y (3) $t = \pm 1,015$ g.l.= 186; $P < 0,311$
TOTAL	1390 (22,3)	45 (25,4)	143 (20,3)	

* Porcentajes en base al total de población examinada por etnia con signos observados.

Fuente: Perfil Epidemiológico Bucal de las Etnias Venezolanas. LUZ 2008.

entre criollos e indígenas así como entre afrodescendientes e indígenas los resultados exhiben un $P < 0,046$ y $P < 0,027$ respectivamente, lo cual significa que si existe diferencia significativa entre estos grupos.

Por su parte, en cuanto a los signos observados resulto que no existen diferencias estadísticamente significativas al comparar los tres grupos, lo cual se evidencia en la Tabla 2 con valores de $P < 0,329$ entre criollos y afrodescendientes, $P < 0,225$ entre criollos e indígenas y $P < 0,139$ para afrodescendientes e indígenas.

La Tabla 3 revela que en cuanto al chasquido como síntoma principal, al comparar los tres grupos étnicos entre sí, las diferencias significativas se encontraron entre criollos e indígenas con un $P < 0,007$ y entre afrodescendientes e indígenas con un $P < 0,002$. Por su parte, la Tabla 4 deja ver que con respecto al chasquido como signo observado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. No obstante la desviación mandibular en apertura si mostro diferencias significativas entre criollos y afrodescendientes, así como entre criollos e indígenas con un $P < 0,013$ y $P < 0,050$ respectivamente.

Discusión

El alcance de los resultados obtenidos trasciende la explicación fenomenológica del proceso salud/enfermedad, para ubicarlo en un contexto mucho más amplio, al incorporar la etnia como un dominio, que junto con la clase social, revelan la estructura de relaciones de poder de una sociedad, de las que depende la distribución epidemiológica.

En América Latina y por tanto en Venezuela, el contingente poblacional se caracteriza por ser multiétnico, conformado por criollos en su mayoría. En la actualidad la población indígena latinoamericana representa

aproximadamente entre 8% y 15% de la población total de la región, mientras que los afrodescendientes llegan a un 30%. En todo caso, más allá de las cifras, el problema para estos pueblos es que tras siglos de exclusión y negación siguen siendo tratados como minorías, aunque en muchos casos no lo son¹².

La razón principal para llevar a cabo una revisión general de pueblos indígenas y afrodescendientes se debe a que desde el punto de vista de la equidad, estos pueblos sufren problemas semejantes en términos de desigualdad económica, social, cultural y política, que tiene repercusiones importantes en el proceso salud enfermedad, principalmente cuando se les compara con otros grupos sociales, especialmente los criollos. Aparentemente el origen étnico-racial influye de manera importante en la posición que ocupan las personas dentro de la estructura social, siendo la discriminación y la exclusión los mecanismos a través de los cuales un grupo dominante mantiene y justifica la subordinación social y económica de otros, reproduciendo y perpetuando la inequidad.

Tomando como base estas consideraciones, la disfunción temporomandibular (DTM) debe ser estudiada tanto desde el punto de vista clínico como social, al entender que las condiciones de vida de cada grupo étnico, determinadas por los procesos de reproducción social, pueden condicionar la salud y la enfermedad del hombre, ya sea por el trabajo que realiza, por las características de su nutrición, por el ingreso económico que percibe, entre otras, enfatizando que las condiciones de vida de la población dependen directamente del sistema socioeconómico imperante.

Cuando en el proceso de reproducción social, la producción tiene un alto desgaste de la fuerza de trabajo y un consumo poco satisfactorio que llega a cubrir de manera precaria

las necesidades básicas de alimentación, vivienda y vestido, se determinan condiciones de vida muy deterioradas, con escaso acceso a bienes y servicios y entre ellos la salud bucal.

A pesar de ello, los resultados de la presente investigación reflejan que en la mayoría de los individuos estudiados, que conforman las etnias criollas, afrodescendientes e indígenas del estado Zulia, se observa baja presencia de síntomas y/o signos de disfunción temporomandibular, pero esto no descarta que podrían presentar otros problemas de salud bucal, como caries y enfermedad periodontal, las cuales representan las patologías bucales más comunes.

En cuanto a la DTM, estos resultados coinciden con los obtenidos por Cano, De la Sota, Cruz y Guzmán¹³, en 1999, cuyo estudio mostró una prevalencia de las alteraciones de la ATM en el 24,7% de la muestra; asimismo en una investigación descriptiva, observacional, prospectiva y transversal realizada en México, en el 2009, por Serrano, Fregoso, Jiménez y Ocampo¹⁴ se encontró que de los 50 niños examinados, 35 (70%) no presentaron ningún signo o síntoma de disfunción Temporomandibular, mientras que 15 (30%) de ellos sí mostraron uno o más signos y/o síntomas.

No obstante, en una investigación descriptiva correlacional, transversal realizada en el 2008, por Limaylla y Villafana¹⁵ para evaluar la presencia de DTM en relación a las alteraciones de la postura cervical, se encontró una prevalencia del 50,9% para DTM y 75,5% de prevalencia de postura cervical anormal. La frecuencia de postura cervical anormal en sujetos con DTM fue de 73,1%; mientras que en los sujetos sin DTM fue de 56%.

De igual forma en un estudio transversal realizado en Cali, Colombia, en el año 2001, por Soto, Hernández y Villavicencio¹⁶, con 170 niños en edades comprendidas entre 5 y 14

años se encontró que el 45.9% de la muestra presentaba por lo menos un signo de DTM.

Al observar cada etnia en particular, es la indígena la que presenta el menor porcentaje de síntomas y signos de DTM. Estos resultados son similares al de otros estudios epidemiológicos locales como el de Morón, Rivera, Rojas, Pirona, Santana, Suárez *et al.*, de la Universidad del Zulia, quienes en el año 2004, desarrollaron un trabajo cuyo propósito fue determinar el perfil epidemiológico bucal de la etnia Wayuú del estado Zulia, obteniendo que la DTM se encontraba presente en uno de cada tres individuos examinados¹⁷.

Esto mismo, se evidencia en un trabajo descriptivo transversal, llevado a cabo en el 2006 por Morón, Rivera, Santana, Pirona y Rojas¹⁸ con el objeto de exponer en un contexto multicultural, algunos indicadores de morbilidad odontológica. Para ello utilizaron una muestra de 1214 niños escolarizados en edades comprendidas entre 7 y 14 años pertenecientes a la etnia criollos e indígenas, específicamente wayuu y añú, en el que se determinó una tasa de 33% de disfunción temporomandibular para la etnia indígena Wayuú.

Ahora bien, los hallazgos detectados por la presente investigación en la etnia indígena, podrían encontrar su explicación en una investigación realizada por Castellote¹⁹, quien expresó que los hábitos adquiridos por el sedentarismo de la sociedad pueden ser la causa de problemas en la articulación temporomandibular, en virtud que la postura de trabajo durante el día que modifica la posición de la cabeza, inclinándola hacia delante, puede traer a la larga varios problemas cervicales que también se asocian a la DTM, lo cual no sucede en las etnias indígenas principalmente en aquellas que no han tenido la influencia de la civilización, que al no tener el hábito de permanecer sentadas durante un número prolon-

gado de horas al día, muestran una función masticatoria apropiada en la que cortan y desgarran los alimentos de la forma adecuada, no presentando trastornos de interferencias mecánicas a este nivel.

Esta aseveración se puede sustentar en los resultados obtenidos por Yi, Guedes, Pignatari, y Weckx (2003) quienes encontraron una relación entre alteraciones posturales y Disfunción Temporomandibular (DTM) y observaron, en niños con DTM, un posicionamiento hacia adelante de la cabeza y los hombros desalineados y una relación entre el desnivel de los hombros y la hiperactividad de los músculos de la masticación²⁰.

Así mismo, las particularidades socio-antropológicas de los indígenas que determinan prácticas y creencias culturales que le son propias, se presume pueden ser un factor de beneficio, en cuanto en su mayoría presentan una relación de oclusión dentro de límites normales, lo cual es uno de los factores que favorecen la poca presencia de disfunción temporomandibular.

En cuanto a los afrodescendientes, estos resultaron ser los más afectados por síntomas y signos de DTM, lo cual podría estar asociado a que en su mayoría viven en situación de pobreza y se les ha negado el derecho a una salud que considere sus especificidades culturales y religiosas. En muchos casos han perdido sus principales recursos de subsistencia (como la tierra, el territorio y sus recursos naturales) y desde hace décadas se han visto forzados a emigrar a los grandes centros urbanos donde acceden a trabajos precarios, mal remunerados y de baja calidad, todo lo cual genera en ellos situaciones de stress, factor que está íntimamente relacionado a la etiología de la disfunción⁷.

Con respecto a los síntomas y signos, la mayor parte de las personas evaluadas presentaron chasquido articular. Esto coincide

con resultados emanados de otros estudios, donde es el chasquido el síntoma y signo más frecuente como se observa en el trabajo realizado en el año 1997 por García, Domínguez, Denis y De la Torre²¹ quienes llevaron a cabo una investigación con 417 pacientes de ambos sexos entre 20 y 59 años de edad, cuyo objetivo fue determinar la frecuencia con que se presentaban los sonidos en las articulaciones temporomandibulares y sus características en pacientes edéntulos parciales. El sonido se halló en 267 pacientes (64,1%) del total de examinados.

Estos hallazgos concuerdan con los de otras investigaciones como la de Jiménez, Santos, Sáez y García²² realizada en 1201 habitantes de 5 años y más en La Habana, Cuba, entre febrero 2004 y julio 2005, de corte transversal y prospectivo, la cual reportó que en el 47,3% de la población se detectaron signos clínicos, dentro de los cuales el más evidente fue el ruido articular o chasquido¹⁸.

Esto mismo se evidencia en un estudio transversal, realizado por Algozain, Vinas, Capote y Rodríguez²³ en Cuba, en el período comprendido entre julio de 2007 hasta marzo de 2008, donde los síntomas más frecuentes fueron el dolor a la masticación (60,3%) y dolor en la ATM (50,7%) y el signo predominante fue el ruido articular (63,0%).

Las diferencias observadas desde el punto de vista estadístico entre los distintos grupos étnicos tienen que ver con las condiciones de vida de cada etnia, a sabiendas, que estas no son las mismas en todos los sujetos y que la disponibilidad y acceso a ellas determina la capacidad que se tiene sobre su consumo individual y social para satisfacer sus necesidades, donde lo beneficioso corresponde a procesos protectores y lo deteriorante a procesos destructivos. En este sentido la aparición de enfermedades es el resultado de la presencia o ausencia de los procesos protectores o des-

tructivos que adquieren propiedades protectoras/benéficas (saludables) o propiedades destructivas/deteriorantes (insalubres) que al confrontarse permanentemente determinan la reproducción social.

Esta compleja interacción entre los factores agresores y protectores desafía a desarrollar modelos de atención y desarrollo adecuados a la realidad, que tomen en cuenta tanto las diferencias de acceso a los servicios de salud como las diferencias epidemiológicas y socioculturales, especialmente en territorios indígenas y afrodescendientes, donde se concentran las mayores necesidades y perfiles de riesgo. En este contexto, la equidad entendida como la focalización de las acciones de salud hacia los menos protegidos implica no sólo reorganizar los servicios, descentralizarlos y abrir los espacios a la participación de la comunidad; sino además, reconocer la diversidad cultural e identificar los aportes y necesidades diferenciales que las distintas culturas presentan.

De allí que la equidad de etnia en salud está dirigida a que los grupos étnicos tengan las mismas oportunidades que el resto de la población, tanto en las dimensiones pertenecientes al ámbito de la salud (equidad de resultados, acceso a servicios y calidad de la atención), como en las dimensiones que integran el entorno de la salud (equidad en las condiciones de vida y trabajo y en sus determinantes sociales, económicos, culturales y políticos). Pero también, los servicios de salud deben reconocer las necesidades y potencialidades diferentes de los grupos étnicos, derivadas de sus propios conceptos de salud.

El análisis de las inequidades en salud desde el prisma de la salud colectiva presupo-

ne reconocer que bajo ellas subyacen, profundos desequilibrios generados por las formas de organización de la sociedad y las relaciones de poder entre los diferentes grupos sociales.

En tal sentido, el Estado Venezolano debe hacer un esfuerzo importante por incorporar dentro de sus políticas y programas las respuestas que los problemas de salud bucal ameritan, haciendo énfasis en los grupos poblacionales que han sido víctimas de desigualdad como expresión de la inequidad. Desde lo educativo, lo preventivo y lo asistencial, Venezuela debe profundizar su enfoque para el proceso de la salud/enfermedad enmarcado dentro de la responsabilidad social del Estado, basada en la promoción de la diferencia y la diversidad cultural.

Conclusiones

- En la mayoría de los individuos, se observó poca presencia de síntomas y signos de disfunción temporomandibular.
- De las etnias estudiadas la más afectada es la afrodescendiente.
- La etnia indígena es la menos perturbada por síntomas y signos de DTM.
- Entre criollos e indígenas, así como entre afrodescendientes e indígenas existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la presencia de síntomas de DTM.
- En cuanto a los signos observados, resultó que no existen diferencias estadísticamente significativas al comparar los tres grupos étnicos.
- En todas las etnias, el chasquido se percibió como principal síntoma referido y signo observado de DTM.

Referencias

1. Breilh J, Granda E. Investigación de la salud en la sociedad. CEAS; 1980: 18-21.
2. Parra-Cabrera S, Hernández B, Duran-Arenas L, López-Arellano O. Modelos alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como problema de salud pública. *Revista de Saúde Pública*. Sao Paulo. 1999 June; 33(3).
3. Morón A, Córdova M, Santana Y, Quintero L, Pirona M, Ayala O, et al. Perfil Socio-Epidemiológico Bucal de las Etnias Venezolanas. Proyecto Nacional. Maracaibo; 2007.
4. Breilh J. *Epidemiología crítica: Ciencia Emancipadora e Intercultural*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
5. D'Elia Y, De Negri A, Huggins M, Vega M, Bazó M. Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida. Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), Agencia de Cooperación Alemana (GTZ). Venezuela; Agosto 2002.
6. Campbell J, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Qual Health Care* [serie en Internet]. 2001 Jun [citado 20 Junio 2009]; 10(2). Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1757978>
7. Torres C. Equidad en Salud: Una mirada desde la perspectiva de la Etnicidad. Programa de Políticas Públicas y Salud División de Salud y Desarrollo Humano OPS/OMS; 2001.
8. González J, De La Hoz J, Rodríguez M, Monterrey A. Disfunción Temporomandibular y psicopatología: Un estudio comparativo con la población general y pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Anales de Psiquiatría*. 1999; 15(3): 91-95.
9. Mc Neill Ch. Craneofacial pain. The TMJ management dilemma. *CDA Journal*. 1985; 1: 34-9.
10. Nomura K, Vitti M, Siriani de Oliveira A, Chaves T, Semprini M, Siéssere S, et al. El uso del Cuestionario de Fonseca para evaluar la prevalencia y la gravedad de los trastornos temporomandibulares en pregrado brasileña dental. *Brazil Dental Journal*. Ribeirão Preto; 2007; 18(2).
11. Díaz E, Coronel M. Prevalencia de signos y síntomas de disfunción temporomandibular según las distintas maloclusiones: Investigación realizada en la Unidad de Investigación en Trastornos Cráneo-mandibulares (UNICRAM). *Revista ODOUS Científica* 2007 Ene-Jun; VIII (1):35-44.
12. Bello A, Rangel M. La equidad y la exclusión de los pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina y el Caribe. *Revista de la CEPAL*. [serie en Internet]. 2002 Abril [Citado 11 Mar. 2010]. Disponible en: www.accessmylibrary.com >... > April 2002 articles
13. Cano J, De la Sota J, Cruz L; Guzmán M. Prevalencia e indicadores de riesgo de la disfunción de la articulación Temporomandibular, en el personal del Campo Militar No. 1-A. *Rev. sanid. Mil.* [serie en Internet]. 1999 Mayo-Jun [Citado 10 Oct. 2009]; 53(3): [p 198-201]. Disponible en: bases.bireme.br/cgi.../online/?...
14. Serrano A, Fregoso C, Jiménez F, Ocampo F. Frecuencia de disfunción de la articulación Temporomandibular en niños. *Revista Mexicana de Odontología Clínica*. [serie en Internet]. 2009 [Citado 11 Mar. 2010]; 3(2). Disponible en: www.intramed.net/ira.asp?contenidoID...
15. Limaylla R, Villafana C. Trastornos temporomandibulares y alteraciones posturales de la columna cervical en personal hospitalario. *Rev. Odontol. Sanmarquina*. [serie en Internet]. 2008 [Citado 11 Mar. 2010]; 11(2): [p 66-69]. Disponible en: sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/odontologia/2008.../a06v11n2.pdf

16. Soto L, Hernández J, Villavicencio J. Trastornos de la articulación temporomandibular en escolares de 5 a 14 años de un centro educativo de Cali. *Colomb Med.* [serie en Internet]. 2001 [Citado 11 Mar. 2010]; 32: [p 100-103]. Disponible en: colombiamedica.univalle.edu.co/.../ATM.htm
17. Morón A, Rivera L, Santana I, Pirona M, Rojas F. Epidemiología bucal de las Etnias Venezolanas Región Nor-occidental. Universidad del Zulia. *Revista Venezolana de Investigaciones Odontológicas*, Edición Especial-VI Congreso de la AIO-DV de la IADR. Maracaibo, Estado Zulia-Venezuela [serie en Internet]. 2006 [Citado 11 Mar. 2010]. Disponible en: www.investigacionodontologica.org.ve/2006/v6n1.pdf
18. Morón A, Rivera L, Santana I, Pirona M, Rojas F. Epidemiología bucal de las Etnias Venezolanas Región Nor-occidental. Universidad del Zulia. *Revista Venezolana de Investigaciones Odontológicas*, Edición Especial-VI Congreso de la AIO-DV de la IADR. Maracaibo, Estado Zulia-Venezuela [serie en Internet]. 2006 [Citado 11 Mar. 2010]. Disponible en: www.investigacionodontologica.org.ve/2006/v6n1.pdf
19. Castellote Y. El ataque oculto de la mandíbula. [serie en Internet]. 2009 Agosto [Citado 11 Mar. 2010]. Disponible en: www.laprovincia.es/sociedad.../250057.html
20. Yi L, Guedes Z, Pignatari S, Weckx L. Relação da postura corporal com a disfunção da articulação temporomandibular: hiperatividade dos músculos da mastigação. *Fisioter. Brasil.* 2003; 4: 341-7.
21. García E, Domínguez L, Denis J, De la Torre A. Caracterización de los sonidos de la articulación temporomandibular en pacientes desdentados parciales. *Clínica Docente de Prótesis de Mariano.* *Rev. Cubana Ortod.* [serie en Internet]. 1997 [Citado 5 Mar. 2010]; 12(2). Disponible en: bases.bireme.br/cgi.../online/?...
22. Jiménez Z, Santos L, Sáez R, García I. Prevalencia de los trastornos temporomandibulares en la población de 15 años y más de la Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Estomatol.* [serie en Internet]. 2007 [Citado 11 Mar. 2010]; 44(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300011&lng=es&nrm=iso. ISSN 0034-7507.
23. Algozain Y, Vinas M, Capote E, Rodríguez R. Comportamiento clínico del síndrome dolor disfunción del aparato temporomandibular en una consulta de urgencias estomatológicas. *Rev Cubana Estomatol.* [serie en Internet]. 2009 [Citado 11 Mar. 2010]; 46 (2). Disponible en: scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reference.php