



## Examen extraoral y calidad de vida de las etnias afrodescendientes de la región central de Venezuela

*María R. Fasanella*

*Doctora en Odontología. Profesora titular del Departamento de prostodoncia y Oclusión, Facultad de Odontología, Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela*

*luciafasanella@hotmail.com*

### Resumen

**Objetivo:** Examinar las etnias afrodescendientes que habitan en la región central de Venezuela, las características extraorales y su asociación con calidad de vida. **Material y método:** Estudio transversal, no experimental con muestra probabilística, aleatoria y estratificada proporcional de 350 núcleos de clase (encuesta social) y 935 individuos (examen clínico). Se consideraron categorías e indicadores bajo el enfoque de etnia, clase social, género y ciclos de vida. Los criterios utilizados para el examen extraoral son los establecidos por la OMS/OPS 1977 en lo referente a: piel y mucosa, ganglios linfáticos y asimetría facial. Para la etnia se utilizó la autoadscripción que cada núcleo de clase adopta y para clase social se empleó la estructura de clases propuesta por Portes y Hoffman que mide el indicador de ocupación del núcleo de clase. La técnica estadística de análisis fue el  $\chi^2$ , con un error muestral  $< 5\%$  ( $P < 0,05$ ) y un nivel de confianza del 95%. **Resultados:** Existe asociación entre variables como etnia con vivienda y las alteraciones extraorales. Las alteraciones extraorales presentan asociación con género. Hubo alta frecuencia de alteraciones extraorales (71,5%). **Conclusión:** La situación actual de salud de los afrodescendientes en su componente bucal de la región central está determinada por condicionantes como formas de vida y condiciones étnico-sociales. **Recomendaciones:** Abrir un canal de reflexión-discusión entre los equipos multidisciplinares de trabajo en el proceso salud enfermedad, para integrar la perspectiva social y participación comunitaria en la evaluación de los perfiles de salud enfermedad y en educación para la salud.

**Palabras clave:** examen extraoral, etnia, calidad de vida.

\* Autor para la correspondencia. Teléfono: 0414-4705422.

## *Extraoral Examination and Quality of Life in the Creole and Afrodescendent Ethnic Groups Living in the Central Region of Venezuela*

### **Abstract**

**Objective:** To examine the afrodescendent ethnic groups living in the central region of Venezuela, assess extraoral characteristics and their association with quality of life. **Methods:** Cross-sectional, non-experimental, using a random, stratified proportional probability sample of 350 class nuclei (social survey) and 935 individuals (clinical examination). Categories and indicators were considered from the standpoint of ethnicity, class, gender and life cycles. The criteria used for extraoral assessment are established by the OMS/OPS 1977 in terms of: skin and mucous membranes, lymph nodes and facial asymmetry. For ethnicity, the self-adscription that each class nucleus adopts was used; and for social class, the class structure proposed by Portes and Hoffman was used, which measures the occupancy indicator for the class nucleus. The statistical analysis technique was  $\chi^2$ , with a sampling error <5% ( $P < 0.05$ ) and a confidence level of 95%. **Results:** An association exists between variables such as ethnicity with housing and extraoral alterations. Extraoral alterations are associated with gender. There was a high frequency of extraoral alterations (71.5%). **Conclusion:** The current health situation of the oral component for afrodescendants in the central region is determined by conditions such as lifestyles and ethnic and social conditions. **Recommendation:** Open a channel for reflection and discussion among multidisciplinary teams working on the health/disease process, in order to integrate social perspective and community participation in assessing health/disease profiles and in health education.

**Keywords:** extraoral assessment, ethnicity, quality of life.

### **Introducción**

Venezuela se ha formado como una sociedad multiétnica, multicultural y plurisocietaria y se ha constituido en un territorio favorecido por encuentros culturales profundos y constantes, en el marco histórico complejo de un Estado democrático participativo y protagónico, que condiciona una distribución desigual de la riqueza que conduce a la inequidad, la injusticia social y las desigualdades en materia de calidad de vida, bienestar y salud, que evitan que se desarrollen los principios de universalidad, equidad y solidaridad, estableci-

dos en la Constitución Bolivariana de Venezuela y en el proyecto de Ley Orgánica de Salud <sup>1</sup>.

De esta forma, la calidad de vida tiene relación directa con la superación de las injusticias socioeconómicas, que incluyen explotación, marginación económica y privación de bienes indispensables para llevar una vida digna, así como, también la superación de las injusticias culturales que incluyen la dominación cultural, el no reconocimiento y el irrespeto <sup>2</sup>.

La noción de calidad de vida se asocia con lo que se valora socialmente como bueno o

deseable, y también con lo que hace movilizar energías, recursos y esfuerzos para que sea efectivamente alcanzado en un punto del futuro y depende del equilibrio entre factores beneficiosos o protectores de la salud y factores destructivos de la misma.

Desde una perspectiva etnológica se puede decir que en Venezuela han confluído dos fuentes de civilización y cultura, la proveniente de España y las de ciertas civilizaciones negras de África, que tienen como epicentro mayor, la región de Barlovento <sup>3</sup>.

La historia de la salud humana ha sido profundamente influida por los procesos de apropiación de riquezas y concentración de poder porque éstos han determinado las formas de vida y el acceso diferente de los grupos a los bienes, saberes, acciones y servicios de los que depende la calidad de vida, entendida como la satisfacción de las necesidades sociales y la realización de las aspiraciones individuales y colectivas, vinculadas con la dignidad humana y con una plena condición de ciudadanía con equidad <sup>4</sup>.

Así mismo presupone el reconocimiento de dimensiones culturales, psicológicas y espirituales del hombre, haciendo frente al concepto del hombre unidimensional y uniforme, y creando un nuevo ser multidimensional y complejo <sup>5</sup>. Por este motivo la concepción que tiene el sujeto sobre la calidad de vida depende de la interpretación y valoración que tiene el colectivo sobre lo que tiene, vive y espera.

El proceso salud enfermedad, en los afrodescendientes, estudiado desde el modelo epistémico del Materialismo Histórico, es de especial interés, por ser la variable etnia parte del triunvirato, en el que se ha reasignado la variable clase, constituido por "etnia, clase y género", en el cual la clase se reduce meramente a otra forma de "diferencia" y constituye un determinante que establece las relaciones de producción y la distribución de los pro-

ducción de los medios de producción, que como condición colectiva permite caracterizar la distribución de poder y oportunidades de calidad de vida entre grupos sociales <sup>6</sup>.

Para Breilh <sup>7</sup>, el proceso salud enfermedad es 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.

La identidad étnica afrodescendiente determina las representaciones sociales y las prácticas en salud, las cuales varían según los contextos y los aspectos de salud evaluados, produciendo en muchos casos segregación y automarginación, que generan en sí enfermedad, a través de la producción de mayor estrés en los individuos, de las condiciones de vida más severas y de las dificultades en el acceso a los servicios de salud.

Así mismo, el grupo étnico de pertenencia determina las condiciones de existencia (equivalente de condición de vida) dentro de un territorio específico, contribuyendo a establecer la calidad de vida de esa colectividad o grupo social, ya que a través de dicha adscripción se reproducen como clase.

En lo que respecta a la salud, ésta, no puede verse aislada de la calidad de vida, al depender de las condiciones y recursos socialmente definidos en la lucha contra la pobreza que entendida en su concepto amplio, va más allá del ingreso y del consumo y su concepción varía dependiendo de la vida de las sociedades, de las relaciones de trabajo y de los modos de reproducción.

Es decir, por un lado dependiendo de la calidad de vida, teniendo en cuenta la diversidad cultural y étnica de los individuos, serán los riesgos que lo lleven a la enfermedad e incluso a la muerte y, por otro lado, la condición

de vida se relaciona con las dimensiones de las capacidades desarrolladas por los individuos dentro de las relaciones sociales y productivas, determinando así un perfil específico de salud-enfermedad <sup>7</sup>.

En cuanto a la cultura desde la visión de la antropología se define como un complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas que trascienden al sujeto individual haciéndose social, asimismo asume diferentes modos de existencia según las distintas variantes socioculturales y se transmiten entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad <sup>8</sup> y delimita una situación ideal de calidad de vida por su acceso a un conjunto de bienes y servicios, como la salud.

Es decir, que lo cultural es importante para entender el proceso salud enfermedad, al determinar la cosmovisión de los grupos étnicos afrodescendientes, definida como sistema de creencias ancestrales, y las religiones que explican la concepción del mundo y sus planos o niveles del ser humano, de la vida, de las enfermedades y de la muerte y de cómo enfrentarse a ellas.

Al respecto, Alarcón, Vidal y Rozas <sup>9</sup>, habla sobre salud intercultural, que constituye un concepto utilizado para designar a un conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del individuo en el proceso de salud, trascendiendo el tema de lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad bucal.

Ahora bien, el proceso salud enfermedad bucal en los ámbitos de la promoción, prevención diagnóstico y tratamiento se ha evaluado poco en los afrodescendientes, es más hasta ahora no se contaba con ningún instrumento estadístico que permitiera visibilizar las características particulares de esta población, esto

quiere decir con certeza cuánto y de qué manera afecta la condición de ser afrodescendiente en la exclusión social, por ser éste un pueblo en minoría étnica que según la OIT y la OPS muestra un deterioro en sus condiciones de salud bucal.

Cuando ha tocado acercarse al estudio de la exclusión social de base étnica en Venezuela referido a los grupos afrodescendientes, se ha asumido estrategias poco ortodoxas desde el punto de vista estadístico. En efecto, utilizando el Censo General de Población 2001, se escogieron 10 municipios en los que se cree, sin base estadística alguna, que hay concentración de población afrodescendiente <sup>10</sup>.

La crítica situación en la que viven los afrodescendientes producto de la pobreza, la marginalidad y la exclusión se han convertido en una característica estructural para estos pueblos y el importante rol social y productivo que pueden cumplir, está produciendo en la actualidad una creciente atención a su problemática en relación con el diseño e implementación de políticas públicas de salud bucal. En ellos se evidencia la llamada etnificación de las clases sociales, al ser portadores de una identidad en la que se debate la pertenencia de clase y la adscripción étnico-nacional.

La adversidad que combina descendiente afro, desplazamiento y salud en el país es preocupante porque la población deja su hábitat, su clima, su territorio donde sus antepasados se asentaron desde la primera década del s. XVII (1605), para someterse a una sociedad y territorio donde todo le es extraño y son postergados y víctimas de inequidad en la región.

Esa aculturación conlleva, además de lo dicho respecto a la territorialidad y al desarraigo, a la desaparición de sus métodos tradicionales de curación en contraposición con la política nacional del Ministerio de Salud de desarrollar acciones para el fortalecimiento de prácticas de medicina tradicional y su comple-

mentariedad con las acciones de prestación de servicios de salud desde la perspectiva de la medicina occidental, prácticas que por lo tanto deben ser conservadas y entronizadas en el haber cultural del pueblo, como forma de facilitar el fortalecimiento de mecanismos de participación, control y vigilancia, en los procesos de interculturalidad en la prestación de los servicios de salud bucal, sin la prevalencia de la dominación social de un modelo de salud sobre otro.

Sin embargo, la revisión de la literatura disponible muestra estudios sobre salud-enfermedad, en su componente bucal, sustentados en el paradigma epistemológico del modelo biologicista-clínico que centra su análisis en la descripción fenomenológica sin profundizar en los determinantes sociales que en última instancia perfilan este proceso; tal como sucede en el estudio de las características extraorales del individuo como son; simetría facial, lesiones de piel y mucosas y nódulos linfáticos.

En el marco de estas consideraciones, se asienta la presente investigación, la cual registra la interpretación de las condiciones extraorales, haciendo énfasis en el conjunto de determinaciones que tocan el contexto social venezolano y permiten la aparición de riesgos y potencialidades características, que crean una forma diferencial en la producción de la salud-enfermedad, en su componente bucal.

## Material y método

Se llevó a cabo un estudio transversal, con un diseño no experimental, explicativo, asociativo sobre una muestra seleccionada de manera probabilística, aleatoria y estratificada proporcional al número de individuos de las etnias afrodescendientes que habitan en los estados Carabobo, Aragua, Vargas, Miranda y

Dto. Capital y que conforman la región central venezolana.

Para el análisis, se utilizó una matriz, con tres niveles, que en su integralidad, explican la producción y distribución: el perfil extraoral (evaluación general de cabeza y cuello).

- Nivel general: demuestra a nivel teórico, que el proceso salud-enfermedad, en cualesquiera de sus manifestaciones, está determinadas en última instancia por el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones de producción de la formación económico social.
- Nivel particular: interpreta los hallazgos obtenidos relativos a evaluación extraoral en los grupos étnicos, criollos y afro descendientes, tomando como referente su calidad de vida.
- Nivel individual: describe los hallazgos empíricos y los distribuye por ciclos de vida y género.

En cuanto a la cobertura vertical que corresponde al nivel de desagregación de la información, es decir, a las variables de estudio, se consideraron como *variables claves*: etnia, calidad de vida, clase social, edad y género y *variables básicas* el examen extraoral.

Con respecto, al tamaño muestral, se tomó la población afrodescendiente completa de la región central constituida por 935 individuos de 5 años y más para el examen clínico extraoral, mediante un método directo a través de un examen clínico siguiendo los criterios de la OMS en su Manual "Encuestas de Salud Bucal Dental. Métodos Básicos", Cuarta Edición, del año 1997 <sup>11</sup> a través del Formulario de Evaluación de Salud Bucal modificado y validado en Maracaibo, abril 2007. Aquí, bajo luz natural se realizó la observación y palpación de zonas cutáneas descubiertas (cabeza, cuello y extremidades), zonas cutáneas periorales (nariz, carrillos, barbilla) y de labios su-

perior e inferior; borde bermellón y comisuras, ganglios linfáticos (cabeza y cuello) y región parotídea.

En paralelo se entrevistaron 350 núcleos de clase para la encuesta social, mediante el *instrumento de recolección de información del componente social* para obtener datos sobre el componente de clase social y calidad de vida. Para la *Clase social* se utilizó la estructura de clases propuesta por Portes y Hoffman <sup>12</sup> la cual mide el indicador de ocupación del núcleo de clase (fuerza de trabajo), partiendo que la clase social dependerá de si el núcleo de clase tenga la propiedad o no de los medios de producción.

Este mismo instrumento permitió indagar sobre la autoidentificación o autoadcripción del núcleo de clase o sostén principal del hogar al grupo étnico en estudio, que constituye la *unidad de información*.

Para conocer la asociación entre las variables claves: etnia, edad, género y la variable básica: examen extraoral, se realizó chi cuadrado con un nivel de significancia estadística  $p < 0,05$ . Esto se llevó a cabo utilizando el programa estadístico STATISTICS, versión 8.0.

### 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 escritos (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, Tecnología e Innovación y del Fonacit, específicamente en su capítulo 1 numeral 8.

## Resultados

Desde el punto de vista étnico, en la región central de Venezuela, conviven varios grupos étnicos, entre ellos los afrodescendientes. Las fuentes de información disponibles, no los cuantifican con certeza, como etnia particular, sin embargo, algunos estiman que representan entre el 10% y 15% de la población venezolana, es decir, un segmento de 2.300.000 a 2.500.000 personas a nivel nacional <sup>13</sup>.

Pese a que no existe conteo oficial de este segmento de población, es importante señalar que, para el censo 2001, se tomaron 10 municipios de la región central <sup>13</sup> en los que se creía había concentración de población de este grupo, sobre la base de información provista por miembros de la red de organizaciones afro venezolanas (ROA) y que han puesto en la esfera pública, sus demandas y reivindicaciones como minoría étnica. Para esto, utilizaron como criterio de adscripción los siguientes criterios: a. fenotípico: alta presencia de población con rasgos "negroides"; b. histórico: antiguos enclaves negros y c. cultural: sobrevivencia de tradiciones musicales de ancestría africana, representando según esta red que los afrodescendientes constituían el 15% de la población venezolana

Al respecto, cuando se penetra en los resultados obtenidos en este estudio, se evidencia la existencia de 935 sujetos que se consideran afrodescendientes. Además, se observa que la mayoría se concentra en el estado Carabobo y Aragua. Esto es de esperarse porque estos son los dos estados de la región donde ha existido el mayor empuje industrial.

Cabe señalar que el distrito capital cuenta con algún número de pobladores afrodescendientes que habitan en la parroquia San Agustín del Sur <sup>14</sup>.

En relación con el estado Aragua, desde el punto de vista económico, se caracteriza por ser industrial y agrícola; en cuanto a los grupos étnicos, cuenta con un buen número de pobladores afrodescendientes ubicados en el municipio de Ocumare de la Costa de Oro, en las localidades Ocumare de la Costa, Chuao, Cata, Cuyagua, Cepe y Choroní <sup>14</sup>.

Carabobo, también cuenta con una población afrodescendiente ubicada principalmente en el municipio Puerto Cabello en las comunidades Puerto Cabello, Borburata y Patanemo <sup>14</sup>.

Sin embargo, esto no se corresponde con el censo de población y vivienda 2001, donde la población fue mayor en el estado Miranda seguido de Carabobo, lo cual puede ser producto de la transición demográfica que no ha sido homogénea sino que ha ocurrido con distinta amplitud e intensidad bajo la influencia de factores económicos, sociales, políticos y culturales, contribuyendo a la conformación del patrón actual de distribución territorial de la población, principalmente urbano, sobre todo en la región central, considerada una entidad en transición avanzada.

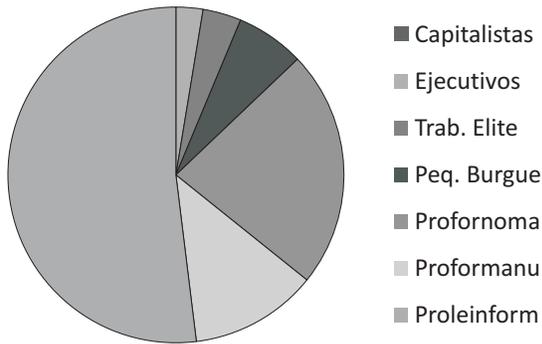
Cuando la edad se estudia por etnia de adscripción, en la región central, al sumar los porcentajes de los rangos de la población entre 19 y 55 años, se alcanza el 40,3%, por ende si las edades se estudian por etnia también se cumple que la mayor proporción de individuos están dentro de la población económicamente activa, lo cual resulta beneficioso para el país y representa según la CEPAL un "bono demográfico", que debe aprovecharse en las próximas décadas, en que el mayor peso de población envejecida planteará otra ecuación entre población productiva y dependiente, y requerirá altos niveles de productividad de la sociedad para generar los recursos y cubrir las necesidades de salud y seguridad social <sup>15</sup>.

Cuando se trata de género, éste constituye en muchas ocasiones, un elemento de análisis primario para entender las relaciones de poder que en base al mismo se generan, incluye símbolos, conceptos normativos, sistemas de organización social e identidades subjetivas. En el caso de los afrodescendientes predomina el género masculino.

Cuando se asocia la clase social con la etnia, se observa que el proletariado informal es mayoría en los afrodescendientes con 52,0%, lo cual es común en todos los estudios socioeconómicos que involucran estas etnias, a consecuencia de la situación de marginación que sufren, lo cual se refleja en las limitaciones estructurales para acceder a los recursos productivos y la desigualdad en los mercados laborales. Al respecto, es importante mostrar que en la clase social capitalista no se encontró ningún afrodescendiente. Este proletariado informal viene a ser una extensión del aparato productivo formalmente establecido que corrige la inflexibilidad institucional permitiendo una mayor absorción de mano de obra en el mercado laboral a la registrada en las cifras oficiales pero de manera irregular (Gráfico 1).

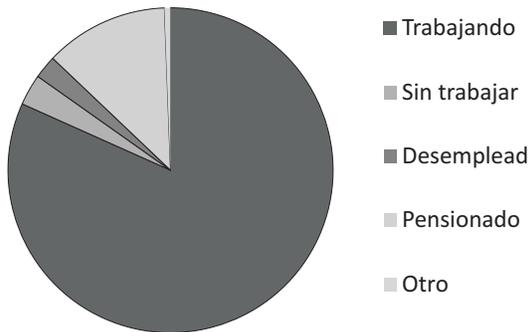
En el Gráfico 2 se observa lo referente a las fuerzas productivas y las relaciones de producción, para lo cual se estudió la situación laboral, encontrándose que el 81,7% de los núcleos de clase, estaba trabajando para el momento de la recolección de los datos, sin embargo, no se especifica en qué condiciones, sin embargo es fácil pensar que el trabajo se trata de uno de tipo informal.

Este gráfico también evidencia un número relativamente alto de pensionados o jubilados, lo cual demuestra que ha habido un cambio en la pirámide poblacional; ahora se cuenta con un número mayor de personas de la tercera edad. Este aumento de personas de la tercera edad podría interpretarse como una ele-



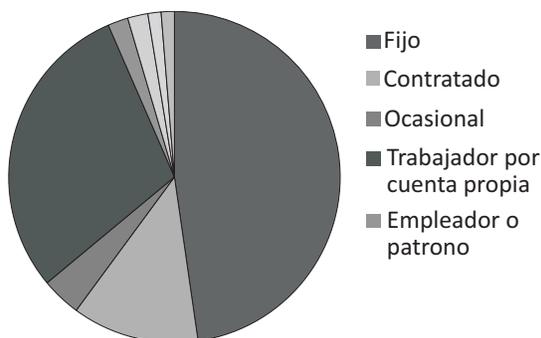
Fuente: Datos tomados del perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. 2008.

**Gráfico 1.** Distribución de la población de 5 años y más por clase social y etnia. Región Central de Venezuela. 2011.



Fuente: Datos tomados del perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. 2008.

**Gráfico 2.** Distribución de la población de 5 años y más por situación laboral y etnia. Región Central de Venezuela. 2011.



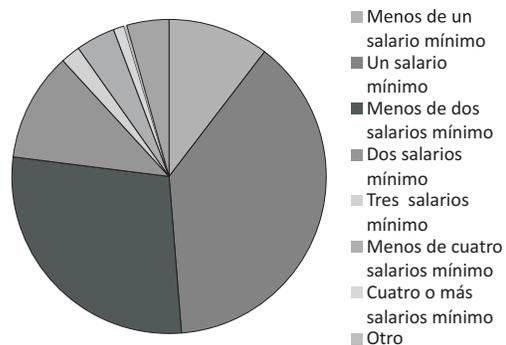
Fuente: Datos tomados del perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. 2008.

**Gráfico 3.** Distribución de la población de 5 años y más por etnia y categoría ocupacional. Región Central de Venezuela. 2011.

vación de la expectativa de vida del venezolano lo cual tendría que ver con mejoras en las políticas públicas de salud, de los avances científicos y de mejoras en la condiciones de vida.

Al analizar la distribución de los núcleos de clase según etnia y categoría ocupacional, el 48,2% de los afrodescendientes posee un empleo fijo, en segundo lugar se encuentra la ocupación de trabajo por cuenta propia (29,8%). En cuanto al servicio doméstico el 1,3% de los afrodescendientes se ocupan de realizarlo, por último se puede observar que ellos no trabajan sin remuneración (Gráfico 3).

Con respecto al nivel de ingreso, el Gráfico 4 muestra que el 38,0% devenga el salario mínimo, seguido de un 28,0% que recibe menos de dos salarios mínimos. En cuanto a los que ganan cuatro salarios mínimo solo 1,1% corresponde a los afrodescendientes, consistente esto, con que los afrodescendientes tienden a estar localizados en ocupaciones de menor remuneración o que dentro de cada ocupación/nivel de calificación reciben remuneraciones inferiores a las que les pagan a los trabajadores no afrodescendientes, lo cual tendría que ver a la desvalorización del "otro", a quien a veces se identifica por el color de la piel o por rasgos propios de su cultura, como



Fuente: Datos tomados del perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. 2008.

**Gráfico 4.** Distribución de la población de 5 años y más según salario y etnia. Región Central de Venezuela. 2011.

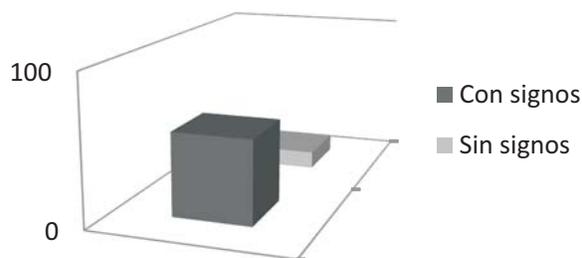
la lengua o el modo de vestir, que hace que el afrodescendiente pase por un proceso de segregación y automarginación nocivo en sí mismo, ya que produce mayor estrés, condiciones de vida más difíciles que determinan el poco acceso a los distintos tipos de consumo.

El Gráfico 5, refleja que durante el examen extraoral el 56,7% de los afrodescendientes presentan alteraciones. Al aplicar el chi cuadrado se observa que existe asociación entre el tipo de etnia y la presencia de alteraciones extraorales.

Dentro de este examen, se muestra que las anomalías de piel y mucosas son las más comunes, presentándose los afrodescendientes con 71,7% de lesiones, tal vez por factores genéticos que pueden estar contribuyendo a las diferencias inter-étnicas observadas en la presentación clínica y en la respuesta inmunológica contra estas enfermedades, también puede influir el efecto de los rayos UV y otros elementos exógenos, debido a la tendencia de la piel muy pigmentada de desarrollar anomalías en la pigmentación en respuesta a la irritación de la piel o trauma, sin olvidar por supuesto que las condiciones de vida de la población afrodescendiente son deficientes. Los nódulos linfáticos agrandados ocupan el segundo lugar en frecuencia con 18,6%. La asimetría facial, por su parte se sitúa en tercer lugar con 9,7% (Gráfico 6).

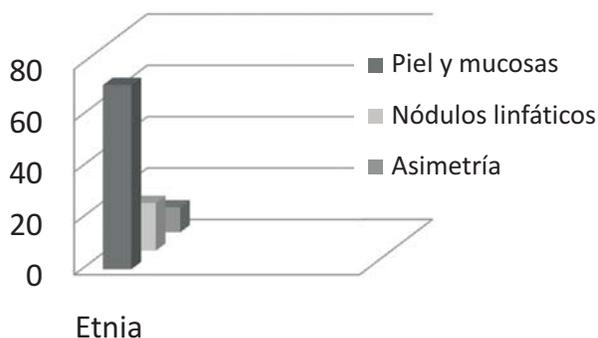
Es importante acotar que lo que refleja esta tabla es el número de lesiones que se presentan y que cada individuo evaluado puede presentar un tipo o varios tipos de lesión y las personas que no tienen lesiones de ningún tipo se presentaron en este gráfico.

Los cambios patológicos que se evidencian durante el examen extraoral generalmente son más comunes en hombres con alteración extraoral respecto a las féminas. Al calcular el chi cuadrado se obtiene una asociación



Fuente: Datos tomados del perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. 2008.

**Gráfico 5.** Distribución de la población de 5 años y más según signos y etnia. Región Central de Venezuela. 2011.



Fuente: Datos tomados del perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. 2008.

**Gráfico 6.** Distribución de la población de 5 años y más según tipo de lesión y etnia. Región Central de Venezuela. 2011.

estadísticamente significativa entre el género y la existencia de este tipo de alteraciones.

De todos los afrodescendientes evaluados, el grupo etario de 5 a 12 años, es el padece un mayor porcentaje de alteraciones, porque a esa edad la mayoría de los niños presentan nódulos linfáticos agrandados, coincidente a las edades en que se producen la mayoría de los procesos infecciosos virales y bacterianos agudos, particularmente en las vías respiratorias. En esta edad, también son más comunes las lesiones de piel y mucosas, mientras que las edades 45 a 54 y de 65 y más años, la frecuencia aumenta para las asimetrías faciales. Es de

hacer notar que cuando se aplica el  $\chi^2$  la asociación de las alteraciones del aspecto extraoral con la edad es estadísticamente positiva.

## Discusión

El estudio del examen extraoral en las etnias afrodescendientes que habitan la región central de Venezuela, se realizó bajo una concepción que permite observar las desigualdades sociales con algo más de claridad, al exponer las interacciones entre la clase social, etnia y género como planos de análisis convergentes.

Esto muestra una forma diferente y exclusiva de mirar el proceso salud enfermedad, en su componente bucal, explicándolo a través de los mecanismos de discriminación de género y étnico fundamentalmente, donde las líneas de lo étnico se cruzan muchas veces con la clase social, hecho importante, porque la frecuencia y gravedad de la enfermedad, se explica a través de las condiciones materiales de trabajo y vida de los grupos sociales, y no en las ideas o creencias sobre ella <sup>15</sup> que son productos históricamente construidos y condicionados e incorporan distintas formas de resistencia que en cada momento caben o tienen lugar.

Partiendo de lo general a lo particular, es importante señalar, Venezuela se encuentra en un proceso de transición histórica e ideológico-política, totalmente original, donde se ha venido pasando de un capitalismo representativo a un socialismo del siglo XXI, para lo cual se han tomado en cuenta las prácticas socialistas en diversos países y distintos tiempos, ha incorporado las raíces indígenas del país, las creencias y prácticas de las comunidades cristianas registradas en el Antiguo y en el Nuevo Testamento y el Pensamiento Bolivariano, sin negar los aportes del pensamiento marxista y otras corrientes filosóficas y políticas <sup>16</sup>.

Este tipo de realidad se caracteriza por la gran intervención que el sector agropecuario e industrial, imponiendo todo un régimen de regulaciones a las empresas e industrias, que se traduce en un anormal funcionamiento del mercado, abriéndose espacio al caos, donde la inmediata respuesta de la burguesía a esta política ha sido dejar de invertir en la industria nacional, quedando un sin número de venezolanos sin trabajo.

Esta intervención degenera un descalabro que como efecto domino a involucrado todo el sistema productivo, como se puede observar cuando se transita por la antes pujante zona industrial de Aragua y Carabobo como zonas importantes y representativas de la región central.

Esto ha sido consecuencia de la tremenda crisis política, verbigracia a la ineficiencia de las políticas económicas en la que se encuentra inmersa Venezuela y que la ha sumergido en un escenario económico sumamente complejo y delicado, en el cual las reservas internacionales han crecido a la par del endeudamiento público nacional y extranjero y que por supuesto ha incidido notablemente en el desempeño económico y social de esta región en estudio.

Sin embargo, aparentemente el Estado con los cuantiosos recursos financieros provenientes de los altos precios del petróleo en los mercados internacionales en los últimos años, han sido destinados a programas de gasto social que provee los recursos y las soluciones a todos los problemas de la gente, donde la principal política en este sentido son las becas de estudio y trabajo, como es el caso de las misiones, lo cual ha aumentado la cantidad de masa monetaria circulante en manos de la población más desposeída para el acceso a bienes y servicios, pero no fomenta el desarrollo de las capacidades humanas, al contrario, estimula en la gente una actitud de esperar del Estado la solución a todos sus problemas.

El presente estudio recoge las características de la región central venezolana bajo ese concepto, presentando una realidad donde la zona más prospera del país en cuanto a lo industrial y agrícola se refiere, está pasando por un proceso de depresión económica que afecta la reproducción en los afrodescendientes que constituyen un alto porcentaje dentro de la región, aun cuando se consideren una minoría, constituyendo el 7,8%, porcentaje referido solo a los que se autoidentificaron como tales y se ubican en sitios que pueden considerarse como enclaves afrodescendientes, faltando aquellos invisibilizados, por cuanto no se reconocen en toda su diversidad.

Con la crisis de la industrialización y los programas de ajuste estructural promovidos en la región y siguiendo los postulados de Porter y Hoffman<sup>12</sup>, la clase social preponderante es la del proletario informal, que aparte de ser una condición que hace que el individuo apenas supla sus necesidades básicas de subsistencia sin muchas posibilidades de acumulación de capital, trayendo como consecuencia la precarización de las condiciones de vida de estos individuos y su familia y vulnerando la construcción de sus derechos sociales, al imposibilitarles la adquisición de activos productivos y mecanismos de poder con los cuales el individuo participe de manera activa en su sociedad.

El incremento del proletariado informal también es consecuencia, de que actualmente en Venezuela y por ende en la región central, la población en edad productiva ha aumentado, produciéndose un crecimiento del excedente laboral, trayendo como consecuencia que muchos jóvenes, ante la carencia de fuentes de empleo formal productivo se van hacia el trabajo informal.

Esto representa un bono demográfico, sobre lo cual González Caro dice: "el bono solo será bono si se aprovecha la oportuni-

dad"<sup>17</sup>, y esta es una oportunidad única en todo país, sucede una sola vez, y no tiene vuelta atrás, de aquí que no hay tal bono hasta que el Estado no comience a aprovechar las oportunidades que genera esta transición.

El conocimiento de la transición demográfica permite la planificación en cuanto a la educación, empleo, salud y seguridad social; el problema en la región central radica en la incapacidad del mercado laboral para incorporar esta población al sistema productivo, trayendo como consecuencia los déficits acumulados en estos elementos de consumo mencionados anteriormente contribuyendo a intensificar los problemas de desempleo, de inseguridad social e informalidad.

Por otra parte las féminas han elevado su perfil educativo como se observa en este estudio donde la mayoría de las personas que conforman los trabajadores de elite y los que pertenecen a la clase de proletario formal no manual corresponden al género femenino, esto es el indicador positivo para lograr la igualdad de oportunidades de mujeres y hombres en las actividades económicas, donde se ha incrementado significativamente su participación.

Paredes<sup>18</sup>, en sus investigaciones considera que este efecto de acceso acelerado de la mujer influye también, significativamente en el descenso de la fecundidad y en el cambio de los patrones culturales que rigen las relaciones entre los géneros e intrafamiliares. Ese proceso es convalidado con los datos de la (OCEI)<sup>19</sup> que establecen que entre 1971 y 1999 la tasa global de fecundidad disminuyó de 5,32 a 2,88 hijos.

En cuanto a la categoría ocupacional, el empleado fijo pareciera seguir manteniéndose, empero, es importante acotar, que la pregunta hecha durante la encuesta dice: "En este trabajo usted era o es?", dependiendo de si para el momento de la encuesta o una semana antes

estuviera trabajando, lo cual no deja claro que para el instante, el *click* que se hace en una recolección transversal de la muestra el sujeto se encuentra trabajando, sino que puede ser que ya no lo esté.

Si se hace referencia a la situación laboral, el INE, sobre la tasa de desocupación en el país, destaca que se ubicó en 6,5%, mientras que la población ocupada era de 93,5%, esto corresponde aproximadamente a los resultados obtenidos en el estudio, sin embargo, la CEPAL y la OIT, considera a Venezuela una de las pocas naciones que no solo se encuentra por encima del promedio en cuanto al desempleo, sino que también está entre en las que no han logrado mejoras en el nivel de desocupación con respecto al año pasado <sup>15, 20</sup>.

En cuanto a la vivienda, sus características se consideran como un indicador general de la calidad de vida de sus moradores, sobre todo aquello que está vinculado o depende del urbanismo o formas de acceso a redes de servicios como cloacas, aguas blancas porque esto determina en una proporción alta, el nivel de habitabilidad. El agua potable y cloacas se incorporan a los estudios de calidad de vida, ya que se considera que su carencia o deterioro, va a afectar de manera directa la salud y el bienestar general de la población. En esta investigación se encontró que las viviendas visitadas cuentan en su mayoría con abastecimiento de agua a través de acueductos y con la disposición de cloacas para la eliminación de excretas. El uso del camión cisterna y el pozo séptico se reflejó más en las viviendas de aquellos que pertenecen al proletario informal.

Sin embargo, existen investigaciones que demuestran que en la actualidad unos 13 millones de venezolanos viven en ranchos ubicados en terrenos invadidos: 2,4 millones de unidades en 75 años <sup>21</sup>. Los desarrollos informales se hacen en condiciones inadecuadas desde los puntos de vista de ambiente, seguridad

ante desastres, infraestructura, salud, transporte, educación y calidad de vida, incrementando la marginalidad y la exclusión social. Estos desarrollos no crean un adecuado hábitat urbano y son de difícil y costosa recuperación, apuntando que el problema de más difícil solución no es la falta de recursos sino la baja ejecución y la dificultad institucional. Para resolver esta situación crea la misión Gran Vivienda Venezuela.

Continuando con la educación, en general pareciera, que el nivel instruccional se ha ido desarrollando a través del tiempo en la población de la región, sobre todo por la universalización de los ciclos básico y secundario, y la ampliación creciente de matrículas en el ámbito post secundaria a sabiendas de la importancia que presenta el acceso a la educación en la estructuración de la calidad social, los ingresos, movilidad social y la calidad de vida, ya que la educación se considera como factor protector en la dialéctica de la reproducción social.

Los afrodescendientes alcanzan la secundaria incompleta, esta situación se corrobora en el análisis efectuado por Regnault <sup>13</sup> que arrojó que la red escolar parece contar con una buena cobertura en los municipios afrodescendientes; las tasas de analfabetismo se aproximan a la observada en el 2001 por el promedio del país; y las tasas de asistencia escolar parecen homogéneas en los municipios seleccionados, alrededor de 90%, sin embargo, la educación brindada por regla general, no han considerado la diversidad cultural existente violentando todo derecho de los pueblos de crecer y aprender en sus lenguas maternas.

El nivel instrucción es un indicador asociado al proceso salud enfermedad bucal, el cual debe entenderse como componente de la salud general integral que está inmersa en un contexto social, político, económico y cultural de un país, ya que este no sólo facilita el logro

de recursos favorables o protectores para evitar la enfermedad, sino que además permite el desarrollo de la capacidad cognitiva, que facilita el enfrentamiento a condiciones desfavorables o destructivas.

En otro orden de ideas, los servicios de salud más utilizados por la muestra estudiada, son los servicios públicos y muy poco los servicios privados de salud por ser una población excluida de diferentes formas: dificultades de acceso a los servicios, baja calidad de los servicios disponibles, falta de información adecuada a la toma de decisiones o a través de mecanismos indirectos (estilos de vida, lugar residencia, tipo de ocupación, nivel de ingresos o status de los individuos); con una lenta construcción de identidad determinada históricamente y en consecuencia la desvalorización del "otro" identificado por color de la piel o rasgos muy sobresalientes de su cultura.

En cuanto a los servicios comunales, los afrodescendientes no los conforman por lo general, al no estar generalmente agrupados en barrios o comunidades propias y tener baja conciencia de pertenencia como grupo étnico diferenciado, están menos vinculados a las organizaciones y a la vida comunitaria y lastimosamente sin la participación social no podrá fortalecerse la etnicidad de estos grupos postergados.

El proceso salud enfermedad bucal, específicamente en lo referente al examen extraoral como dimensión individual es un proceso dialéctico y no una categoría dicotómica, que se estudia en un contexto social, considerando los efectos de los cambios de las condiciones sociales y económicos provocados por la producción petrolera y las relaciones de la estructura de inequidad de clase, etnia y género en la salud, sin dejar fuera los procesos de trabajo, para explicar los patrones de morbilidad.

De los resultados obtenidos en cuanto a clase social y los valores observados en los in-

dicadores de calidad de vida, se podría decir que los resultados del examen extraoral muestran su dependencia de la ocupación, grado de instrucción, niveles de procedencia, formas de vida, modos de producción económica y social que determinan forma específica de vivir y enfermar.

El perfil epidemiológico bucal del colectivo que tiene su asiento en la región central en el caso particular del examen extraoral arroja un resultado variable según los elementos anatómicos funcionales que la constituyen y con relación a la etnia como dominio especial de esta investigación, a los ciclos de vida y al género, encontrándose que cuando se trata del conglomerado constituido por las dimensiones: piel y mucosas, nódulos linfáticos y simetría facial, que fueron estudiados como una sola variable, el porcentaje de personas sanas resulto menor al que alcanzo los individuos que presentaban alteraciones.

Es decir, que la forma como se reproduce socialmente una población es determinante en el proceso de salud enfermedad, ya que la inequidad y la exclusión en cuanto a salarios, ingresos, factores culturales y étnicos de este grupo hacen que el proceso de consumo sea deficiente al no permitirle alcanzar un mejor nivel educativo, que le brinde o le permita obtener conocimientos sobre la susceptibilidad de su piel y el cuidado de la misma, posibilidades de asistir a entes de salud donde se brinden tratamientos preventivos y curativos adecuados, que no se ofrecen en los servicios públicos de salud y medios para acceder a los medicamentos apropiados, para revertir la enfermedad hacia la salud, estas escaseces determinan carencias de ciudadanía que entendida como titularidad de derecho son también formas de pobreza.

Según Sais, Bigatá, Savall e Isern <sup>22</sup> al estudiar los aspectos clínicos específicos de dermatosis en razas pigmentadas, con la inten-

ción de conocer el tipo y evolución de las enfermedades de la piel y con aspectos únicos de la piel pigmentada en las personas de estos grupos étnicos, encontraron que existen elementos que modifican la semiología dermatológica en estos pacientes que dependen de factores hereditarios, económico sociales y étnicos, aun cuando la variable etnia se ha estudiado más desde el punto de vista biológico que como un determinante social.

Igualmente, en un trabajo realizado por Núñez, Zarante y Bernal<sup>23</sup> se encontró que las enfermedades de la piel tienen una incidencia importante en los afrocolombianos con un 14,4% y específicamente la dermatomicosis era más común en las poblaciones afrocolombianas que en las indígenas (1,8% y 0,6% respectivamente,  $\chi^2 = 10,45$ ,  $p < 0.005$ ).

También con respecto a lesiones de piel, para el año 2007, Al-Saeed y col.<sup>24</sup> realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo de las enfermedades dermatológicas en escolares femeninas de escuelas primarias e intermedias en la ciudad de Al-Khobar, Arabia Saudita Oriental, en el cual se concluyó que el género, el estrato socioeconómico, la historia familiar, la educación de los padres, el tipo de vivienda y el hacinamiento fueron factores de riesgo para algunos desórdenes dermatológicos.

Adentrándose en las dimensiones del examen extraoral, las que se presentan principalmente son las anomalías de piel y mucosas, de la asimetría facial, como un rasgo común a diversos cuadros maloclusivos y sindrómicos, se encontró en una proporción algo alta con respecto a otros estudios realizados como por ejemplo el de Ponce y Hernández<sup>25</sup> quienes encontraron que la frecuencia de asimetría facial producto de maloclusiones era de un 2%. Sin embargo, en la presente investigación la asimetría se estudio independientemente de las causas que pueden producirla por ende la

investigación puede no ser un parámetro definitivo.

En cuanto a los ganglios linfáticos, por lo general el crecimiento de un nódulo linfático puede presentarse como un hallazgo casual durante la exploración física, o puede ser referido como síntoma por el propio paciente y según la literatura probablemente la mitad de los pacientes examinados a diario presentan nódulos linfáticos aumentados de tamaño.

En relación a los nódulos linfáticos en un estudio realizado por Parisi y Glick<sup>26</sup> se determinó que la mayor frecuencia se presenta en el sexo masculino mientras que el de Pérez, Guisjarro, López, Raba y col.<sup>27</sup>, resultó que para el caso de las adenopatías asociadas a enfermedades benignas había una independencia de género pero para las de origen maligno el mayor porcentaje se ubico en el sexo masculino.

Cuando se trata de asimetría, la edad y el género, no se asocian con ella, ya que el grado de asimetría en fetos, niños y adultos es similar<sup>26</sup>, por lo que dichos autores afirman que la asimetría es más la regla que la excepción y que es una característica intrínseca del rostro humano.

Al estudiar la asociación con la variable edad, en el año 2003, algunos investigadores<sup>23</sup> encontraron que las lesiones en la piel, pueden llegar a afectar al 98,6% de la población, constituyéndose la edad un factor asociado, sobre todo el acné en adolescentes. Al considerar los grupos etarios de 13 a 24 años, las lesiones de piel representan el 22%, porcentaje que se eleva a 24% en el grupo de 5 a 12 años.

En definitiva, los resultados del examen extraoral obedecen a la presencia e interrelación de múltiples factores, entre los cuales cobra mucha fuerza las inequidades en cuanto a la distribución de ingresos y las desigualdades sociales que tienen que ver con menos acceso a los servicios de salud y con la calidad de los mismos que incluye la adecuada dotación de

los elementos tecnológicos necesarios para atención especializada, todo esto es producto del nivel socioeconómico de la muestra estudiada que al conformarse en su mayoría en un proletariado informal genera una forma propia de enfermar y de resolver sus problemas

de salud, por carecer de seguridad social al estar fuera de los lineamientos legales que protege al trabajador que labora en una empresa o en una institución el Estado, aspectos considerados básicos para el desarrollo humano y la justicia social.

## Referencias

1. Ley Orgánica de Salud. Proyecto Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. [serie en Internet] 2002 [Citado 20 febrero 2010]. Disponible en [www.msds.gov.ve/msdsweb/leyes/leyorgsalud.doc](http://www.msds.gov.ve/msdsweb/leyes/leyorgsalud.doc).
2. Briones C. La alteridad del "Cuarto Mundo". Una deconstrucción antropológica de la diferencia. Ediciones del Sol. Buenos Aires; 1998.
3. Ramírez S. Salud, etnicidad y religión. La salud en poblaciones excluidas. [serie en Internet] 2008 [Citado 20 Abril 2008]. Disponible en: Libro cuadernos antropología SALUT. indb [www.raco.cat/index.php/Quaderns\\_ICA/article/view/121044/201091](http://www.raco.cat/index.php/Quaderns_ICA/article/view/121044/201091).
4. López-Sanz, R. Parentesco, etnia y clase social en la sociedad de venezolana. Universidad de Venezuela Concejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Segunda edición Caracas; 2000.
5. Gavilán V. Representaciones del cuerpo e identidad de género y étnica en la población indígena del norte de Chile. Estud. atacam.. [serie en Internet] 2008 [Citado 20 Abril 2008]. Disponible en: Rev. n.30, pp. 135-148. ISSN 0718-1043.
6. Possas C. Epidemiologia e sociedade. Heterogeneidade estrutural no Brasíl. Edit. Hucitec, Sao Paulo, Brasil. 1989.
7. Breilh J. La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. Revista Brasileira de Epidemiologia. [serie en Internet]. 1998; 1 (3) [Citado 20 febrero 2010]. São Paulo. Disponible en: [10.1590/S1415-790X1998000300002](http://10.1590/S1415-790X1998000300002) [www.scielo.org/scielo.php?pid=S1415...sci](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1415...sci).
8. Naciones Unidas. Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas. [serie en Internet]. 2006. [Citado enero 2012]. Disponible en: [www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/.../pueblosindigenas\\_final-web.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/.../pueblosindigenas_final-web.pdf).
9. Alarcón A, Vidal A, Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Méd Chile 2003; 131: 1061-1065.
10. Betancourt A, Martínez T, Pria M, Roche A, Garcia A. Salud bucal de la población: Policlínicos "Plaza de la Revolución" y "Héroes del Moncada", 1999-2001. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2004 [citado 06 de junio 2011];41(1): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072004000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000100007&lng=es).
11. OMS en su Manual "Encuestas de Salud Buco Dental. Métodos Básicos", Cuarta Edición, del año 1997.
12. Portes, Alejandro y Hoffman, Kelly Las estructuras de clase en América Latina: composición y cambios durante la época neoliberal". Desarrollo Económico, IDES, 2003 Vol. 43, (171):355-385.
13. Regnault B. La población indígena y afrodescendiente de Venezuela y el aporte del censo indígena en el estudio de la asistencia escolar. Pueblos indígenas y afrodescendientes de

- América Latina y el Caribe: relevancia y pertinencia de la información sociodemográfica para políticas y programas. IIES-UCAB-Venezuela CEPAL. Chile; abril de 2005. [Citado 20 Abril 2008]. Disponible en: [www.eclac.cl/mujer/noticias/noticias/5/27905/poblacionindigenav.pdf](http://www.eclac.cl/mujer/noticias/noticias/5/27905/poblacionindigenav.pdf).
14. Información General del Estado Miranda. Tribunal Supremo de Justicia. [serie en Internet] [Citado 9 de agosto 2010]. [http://miranda.tsj.gov.ve/informacion\\_general.asp?id=015](http://miranda.tsj.gov.ve/informacion_general.asp?id=015).
  15. Castiñeiras R. Calidad de vida y desarrollo social en Cuba Revista Teórica y Política. Revista Teórica y Política. La Habana. Cuba [serie en Internet] 2004. [Citado 23 de agosto 2010]. Disponible en: <http://www.cubasocialista.cu/texto/cs0121.htm>.
  16. Villegas M. ¿Que es el socialismo bolivariano del siglo 21?Aporrea.org. Publicacion: 08/12/10 <http://www.aporrea.org/ideologia/a113588.html>.
  17. González Caro J. Visualizan a Venezuela como un país de ancianos pobres e 30 años. Publicado: 05 de marzo de 2012. Disponible en: <http://www.noticiasdeaquí.net/index.php/actualidad/economia/11551>.
  18. Paredes R. Las mujeres en Venezuela: estrategias para salir de la pobreza. Revista venezolana de estudios de la mujer. Enero- junio 2005; 10(24). Caracas.
  19. OCEI. Encuesta de Hogares por Muestreo 1967-1997. 30 años de ejecución ininterrumpida; encuesta de hogares por muestreo segundo semestre de 2001.
  20. OIT (Organización Internacional del Trabajo) Panorama laboral. América Latina y el Caribe, Lima, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. 2004.
  21. Hernández H. Consideraciones sobre el proyecto de ley de régimen prestacional de vivienda y hábitat. Encuentro Repensar Venezuela, capítulo vivienda, Abril 2003.
  22. Sais G, Bigatá X, Savall R, Isern M. Aspectos clínicos específicos de dermatosis en razas pigmentadas. Revista Piel 2003; 18(6):313-9. España.
  23. Núñez F, Zarante I, Bernal J. Estado de salud infantil de las comunidades indígenas, afrocolombianas y aisladas en Colombia. Instituto de Genética Humana Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. 2001.
  24. Al-saeed y col. Factores de riesgo y co-morbilidad de enfermedades dermatológicas en niñas de edad escolar en Arabia Saudita oriental. Investigación Clínica; 2007; 48 (2).
  25. Ponce M, Hernández Y. Frecuencia y distribución de maloclusión en una población de 0 a 6 años de edad en San Luis Potosí México. Programa bebe clínica potosina. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria [revista en Internet] 2006 [citado 06 de junio 2011]; Disponible en: [http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/Frecuencia\\_distribucion\\_maloclusion.asp](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/Frecuencia_distribucion_maloclusion.asp).
  26. Parisi E, Glick M. Adenopatías cervicales en el paciente dental: una revisión del enfoque clínico. Quintessence: Publicación internacional de odontología, 19(6): 329-341 [Serie en Internet] 2006 [citado 19 Junio 2009] Disponible en: [dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2021397](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2021397).
  27. Pérez A, Guijarro M, López JR, Raba S, López R, Dierssen T, Bezos JT, Solano V. Estudio de las adenopatías cervicales y de los factores predictivos de su malignidad. El valor de la biopsia en la adenopatía cervical nº 62- marzo [serie en internet]. 2004 [citado 17 Junio 2009]:p150-156. Disponible en [www.medicinageneral.org/revista\\_62/pdf/original.pdf](http://www.medicinageneral.org/revista_62/pdf/original.pdf).