



## Calidad de vida de los criollos de la región central venezolana y su evaluación extraoral. Un enfoque epidemiológico social

*María Fasanella<sup>1\*</sup>, Alexis Morón<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Doctora en Odontología y Magíster en Investigación Educativa. Departamento Prostodoncia y Oclusión. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo. luciafasanella@hotmail.com*

*<sup>2</sup>Doctora en Odontología y Especialista en Salud Pública y Planificación Social. Instituto de Investigaciones. Facultad de Odontología. Universidad del Zulia.*

### Resumen

**Introducción:** En Venezuela, la calidad de vida desde la epidemiología social, tiene su fundamento en la clase social, la multiculturalidad y la etnicidad, elementos que deben ser abordados como los determinantes sociales de la problemática salud-enfermedad. **Objetivo:** Evaluar en las etnias criollas de la región central venezolana, las características extraorales y su asociación con la calidad de vida. **Material y método:** Estudio transversal, no experimental, cuya muestra fue de 4910 núcleos de clase (encuesta social) y 12.211 individuos (examen clínico). Se consideraron categorías e indicadores bajo el enfoque de etnia, clase social, género y ciclos de vida. La técnica estadística de análisis fue el  $\chi^2$ . **Resultados:** Alta frecuencia de alteraciones extraorales en los criollos estudiados. La mayor proporción de individuos estudiados pertenecen a la población económicamente activa, son del género masculino y corresponden al proletariado informal. Los cambios patológicos observados durante la evaluación extraoral son más comunes en mujeres que en hombres. Al calcular el chi cuadrado se obtiene una asociación estadísticamente significativa entre el género y la presencia de alteraciones extraorales. **Conclusión:** La situación actual de salud, en su componente bucal de la región central está determinada por condicionantes como formas de vida y condiciones étnico-sociales.

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

\* Autor para correspondencia: Teléfono: 0424 4705422

## *Quality of Life of the Creoles of the Venezuelan Central Region and Extraoral Evaluation. A Social Epidemiological Approach*

### **Abstract**

**Introduction:** In Venezuela, quality of life from social epidemiology, has its basis in the social class, the multiculturalidad and ethnicity, elements that need to be addressed as the social determinants of the health problem. **Objective:** To evaluate in the Creole ethnic groups of the venezuelan central region, extraoral characteristics and its association with quality of life. **Material and method:** Cross-sectional study, non-experimental, whose sample was 4910 nuclei (social survey) and 12.211 individuals (clinical examination). Categories and indicators under the approach of ethnicity, social class, gender and life cycles were considered. The statistical technique of analysis was the X<sup>2</sup>. **Results:** High frequency of extraoral alterations in the studied Creoles. The highest proportion of individuals studied belong to the economically active population, are of the male gender, and correspond to the informal proletariat. The pathological changes observed during the extraoral evaluation are more common in women than in men. To calculate the Chi-square obtained a statistically significant association between gender and the presence of extraoral alterations. **Conclusion:** The current health situation in its oral component of the central region is determined by conditions as lifestyles and ethnic and social conditions.

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

### **Introducción**

En Venezuela, la calidad de vida y las condiciones de ésta, vistas desde la epidemiología social tienen su fundamento en la clase social, la multiculturalidad y la etnicidad, elementos que deben ser abordados como los determinantes sociales de la problemática salud-enfermedad, al reconocer 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 morir<sup>1</sup>.

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-enfermedad<sup>2</sup>.

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 producen y se consumen los bienes materiales, y las relaciones de producción, con sus consecuentes formas políticas e ideológicas; de tal manera,

que dicho proceso debe ser analizado a la luz del desarrollo de las fuerzas productivas que se presentan en una sociedad concreta y en un momento determinado <sup>3</sup>.

Según D'Elia Y, De Negri A, Huggins M, Vega M, Bazó M<sup>4</sup>, la etnicidad 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 poder.

En cuanto a la etnia criolla, ésta surge de un conglomerado heterogéneo de diversas razas y culturas que por un proceso de transculturación a partir de la colisión entre las culturas renacentista europea, aborigen y africana ocurrida durante la conquista y colonización española de las tierras americanas, por tanto, la población criolla fue producto de una larga trayectoria de formación identitaria de carácter étnico <sup>5</sup>.

Es importante destacar que la criollidad no es algo estático, no es un momento en sí mismo, es todo un proceso dialéctico que se enriquece, pues el criollo del siglo XVIII es cualitativamente diferente al de los siglos que lo preceden. No es natural de España, de África, de Sudamérica, pues cuando madura su autoconciencia de existencia le permite ser él mismo, ser venezolano, diferente a sus proge-

nitores emigrantes. Los criollos son en Venezuela los grupos étnicos más diferenciados cultural y socialmente <sup>5</sup>.

A los determinantes etnicidad y clase social, Briones, añade el género cuando habla sobre la teoría de las vinculaciones mutuas desde la cual etnia, clase y género son entendidos como sistemas conjugados de creencias sobre la identidad y la desigualdad en las sociedades modernas y como sistemas combinados que definen identidades y relaciones de desigualdad enmarcados históricamente, a sabiendas que estos tres clivajes, no podrían ni ser analizados por separado, ni su influencia ser predicha independientemente, sobre todo en relación al concepto de calidad de vida <sup>7</sup>.

Es así como, la medicina social conjuntamente con otras disciplinas, la antropología, la sociología, la psicología social y la demografía, estudia las relaciones entre la etnicidad y la salud y reconoce la identidad étnica como determinante social de la salud, comprendiendo el fenómeno de la exclusión de los pueblos y grupos de origen étnico, y las formas como ésta tiene un impacto sobre el estado de salud, el acceso y calidad de la atención en salud, la promoción de la salud, y la prevención de la enfermedad. En otras palabras, "las condiciones en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen tienen una poderosa influencia en la salud" <sup>2</sup>.

De hecho, la identidad étnica determina las representaciones sociales <sup>7</sup> 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.

Asimismo, el grupo étnico y el de pertenencia social, determinan las condiciones de existencia (equivalente de condición de vida) dentro de un territorio específico. En este punto etnicidad y clase dibujan un entramado de intersecciones de solidaridad etno-nacional y

lealtades, poder y explotación, aprendizaje y movilidad social, reproducción intergeneracional y social, que le imprime al campo matices de complejidad que se debe atender de manera simultánea y no excluyente <sup>7</sup>.

Para Ramírez, la categoría etnicidad se presenta como un determinante decisivo en los comportamientos, creaciones o significaciones que se dan en torno a la salud y la enfermedad y es a partir de su conocimiento y valoración étnica que los individuos rechazan, incorporan, sintetizan y hacen que permanezcan aquellos procesos de salud/enfermedad/atención que se ajustan a las condiciones de vida del grupo y de los sujetos. A través de la pertenencia a un grupo étnico se construyen, conservan, incorporan o descartan ciertas prácticas y representaciones de los diferentes saberes médicos y está influenciada, sin duda, por el condicionante socio-político del Estado <sup>7</sup>.

Desde la visión de la antropología, no se puede dejar fuera la cultura definida 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 precisa una situación ideal de calidad de vida por su acceso a un conjunto de bienes y servicios, como la salud.

Las características culturales y sociales propias de las etnias generan diferenciales en las condiciones de vida y el acceso a 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, por ende la exclusión por razones étnicas afecta la calidad de vida

Para Breilh <sup>2</sup>, “el proceso salud enfermedad es la síntesis de un conjunto de determi-

naciones 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”.

Al respecto, Possas <sup>9</sup> precisa que “las condiciones de vida están relacionadas a la dimensión espacial de la ocupación del espacio urbano y rural, a la densidad poblacional en las periferias urbanas, a las condiciones de alimentación, habitación saneamiento, transporte y medio ambiente, entre otros y entorno a estas condiciones se estructuran las condiciones de salud de las poblaciones, infiriéndose que la producción de elementos materiales necesarios para la reproducción de los individuos, así como a la reproducción social, favorecen las condiciones de salud general y bucal”.

Una revisión de la literatura disponible, muestra que no existen muchas investigaciones que tienen que ver con problemas bucales en lo concerniente al estudio de las características extraorales del individuo como son; simetría facial, lesiones de piel y mucosas y nódulos linfáticos y las que tocan estos tópicos lo hacen sustentándose 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 de salud enfermedad.

Sin embargo en el año 2003, Al-Saeed y col <sup>10</sup>, en 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, encontraron 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.

En el marco de estas consideraciones, se pretendió llevar a cabo 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 produciéndose un salto cuantitativo biológico, hacia lo social a través del trabajo creativo y consciente del hombre, lo biológico se incorpora de manera activa a lo social determinante y en este nuevo proceso el sujeto debe dar respuestas a la relación biológico - social la cual se torna en necesidades de carácter orgánico, indispensable para su desarrollo como individuo, pero además debe dar respuestas al desarrollo como sujeto colectivo, con autonomía.

Es por esto, que se pretende originar información valiosa para algunas patologías sistémicas donde se colocan en evidencia, los diversos modelos de representaciones del organismo y sus partes en sociedades pluriétnicas, multilingüísticas y multiculturales como Venezuela que en razón de su diversidad, las realidades y necesidades de estas comunidades son extremadamente complejas y variables.

### **Objetivos de la investigación**

General: Determinar el perfil extraoral, cabeza y cuello en las etnias criollas de la región central de Venezuela, según género y ciclos de vida e interpretar los hallazgos tomando como referentes para el análisis, algunos elementos relacionados con el contexto social de la región estudiada y del país, particularmente lo relativo a calidad de vida de los grupos estudiados.

### **Material y métodos**

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 criollas 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 la evaluación extraoral.

En relación con el tamaño muestral, la muestra definitiva estuvo conformada por 4910 núcleos de clase para la encuesta social y 12211 individuos para el examen clínico bucal en lo referente a la evaluación extraoral por haberse examinado todas las personas desde los 5 años y más. Es importante acotar que a la hora de realizar las tablas y cálculos que tie-

nen que ver con la evaluación extraoral, no se tomaron en cuenta aquellas personas que no respondieron o no declararon.

En el diseño de los procedimientos para la consecución de la información se asumieron elementos como la cobertura geográfica correspondiente a la región central de la República Bolivariana de Venezuela y de los dominios especiales del estudio representados por las etnias criollas, para lo cual se aplicó un cuestionario inmerso dentro del instrumento de recolección de información del componente social con preguntas para indagar sobre la autoidentificación o autoadscripción del núcleo de clase o sostén principal del hogar al grupo étnico en estudio, que constituye la unidad de información.

**Clase social:** Se utilizó la estructura de clases propuesta por Portes y Hoffman <sup>11</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 y por ende la capacidad de poder obtener los recursos económicos que le permitan el consumo que los llevara a una adecuada calidad de vida.

**Calidad de vida:** Se recolectaron los indicadores referidos a ingresos, educación, vivienda (posesión, condiciones de uso, alojamiento, hacinamiento, abastecimiento de agua y eliminación de excretas). Estos indicadores fueron tomados de la encuesta de hogares por muestreo del instituto nacional de estadísticas (INE, 2001) <sup>12</sup>.

**Componente bucal:** Se obtuvo 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>13</sup> a través del Formulario de Evaluación de Salud Bucal modificado y validado en Maracaibo, abril 2007 <sup>14</sup>.

En cada individuo o unidad de análisis, se realizó bajo luz natural, la evaluación extraoral, a través de la observación y palpación de zonas cutáneas descubiertas (cabeza, cuello y extremidades), zonas cutáneas periorales (nariz, carrillos, barbilla) y de labios superior e inferior; borde bermellón y comisuras, ganglios linfáticos (cabeza y cuello), región parotídea y articulación temporomandibular; esto con la intención de buscar anomalías de piel y mucosas, asimetrías faciales, agrandamiento de ganglios linfáticos.

Para el análisis de los resultados de la evaluación extraoral, la información se procesó en cuatro categorías: aspecto extraoral normal: la persona no tienen ninguna alteración de su cabeza, cuello y extremidades; anomalías en piel y mucosas: cuando existan úlceras, inflamaciones, erosiones o cualquier desviación de lo normal de las estructuras examinadas; nódulos linfáticos agrandados: se apunta cuando el examen de los grupos y cadenas linfáticas de cabeza y cuello se encuentre algún ganglio aumentado de volumen; asimetría facial: se anota cuando se aprecia asimetría a cualquier nivel de la cara.

Estas enfermedades se estudiaron en el marco de la calidad de vida, la cual se refiere a las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de los grupos humanos.

**Análisis estadístico:** Para el registro y procesamiento de la información se desarrolló una aplicación (Data Entry), bajo un ambiente multiusuario (cliente servidor), que permitió ingresar y realizar los controles de calidad automatizados de la información. Se trabajó con un coeficiente de confianza del 95%, el error máximo admisible relativo se fijó a priori en un nivel del 5%.

Se realizaron estadísticos descriptivos, utilizando las herramientas computarizadas de "SYBASE Y MICROSOFT". Así mismo, se emplearon los programas SAS y SPSS.

Para conocer la asociación entre las variables claves: clase social, etnia, edad, género, calidad de vida y variables básicas las características extraorales, se realizó chi cuadrado definiendo como 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 y la Tecnología y del Fonacit, específicamente en su capítulo 1 numeral 8.

### Presentación y análisis de los resultados

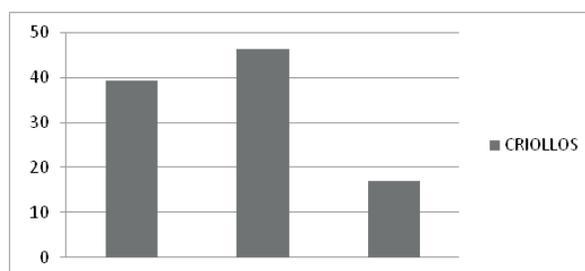
Tal como se ha señalado, los resultados derivados de la presente investigación, se analizan siguiendo un esquema epistemológico y metodológico, que aborda el objeto de estudio en su relación con las características socio-económicas, étnicas y culturales del contexto donde se genera, particularmente aquellas condiciones que contribuyen a perfilar la calidad de vida de la población, elemento potenciador o de riesgo para la salud, en su componente bucal.

Cuando la edad se estudia por etnia de adscripción, el Gráfico 1 muestra que en la región central, la mayor proporción de individuos cuentan con una edad comprendida entre 19 y 54 años (46,5%), seguido por las personas que tienen de 5 a 18 años de edad con un

porcentaje de 39,4. Por ende 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>

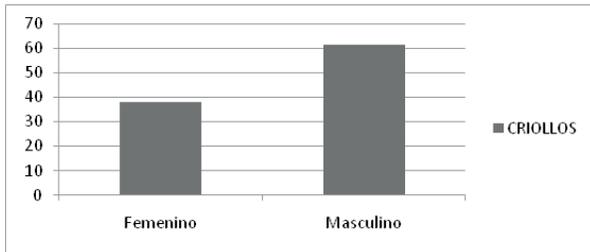
El género, constituye en muchas ocasiones, un elemento de análisis primario para entender las relaciones de poder que en base al mismo se generan, incluye símbolos, conceptos normativos, sistemas de organización social e identidades subjetivas. Respecto a esta categoría, el Gráfico 2, muestra un predominio del género masculino con un 61.5%.

Cuando se asocia la clase social con la etnia, la clase social más común es el proletariado informal (47.1%) seguido del proletariado formal no manual (22.4%), donde el primero 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 3).



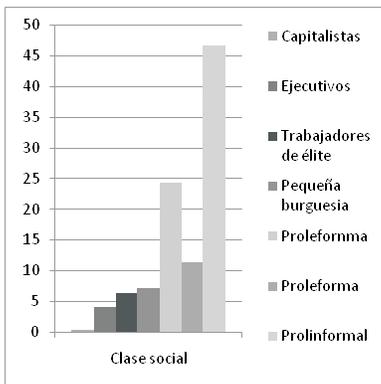
Fuente: Perfil Epidemiológico Bucal de las Etnias Venezolanas. LUZ, 2008.

**Gráfico 1.** Distribución de la etnia criolla según la edad. Región Central de Venezuela. 2011.



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

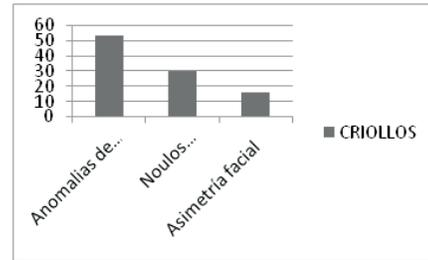
**Gráfico 2.** Distribución de la etnia criolla según género. Región Central de Venezuela, 2011.



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

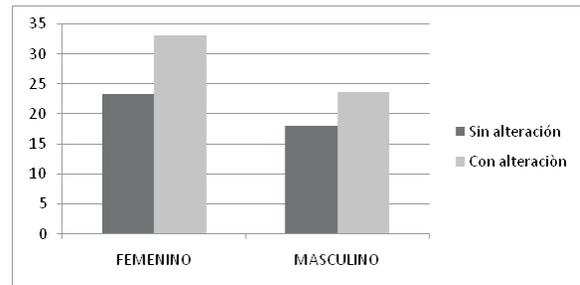
**Gráfico 3.** Distribución de la etnia criolla según el tipo de alteraciones extraorales. Región Central de Venezuela, 2011.

Los cambios patológicos que se evidencian durante la evaluación extraoral generalmente son más comunes en mujeres que en hombres criollos, principalmente por la ocupación laboral de la mujer, por factores hormonales y de autoinmunidad, al stress producto de las múltiples cargas laboral-hogar y la competitividad que siempre deben demostrar por estar en situación de minusvalía socio económica con respecto al hombre. Así, se observa que el 35.1% las mujeres criollas están afectadas. Al calcular el chi cuadrado se obtiene una asociación estadísticamente significativa entre el género y la existencia de alteraciones en la evaluación extraoral (Gráfico 4).



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

**Gráfico 4.** Distribución de la etnia criolla según la evaluación extraoral (ausencia signos vs signos de alteración) y género. Región Central de Venezuela, 2011.



Fuente: Perfil Epidemiológico Bucal de las Etnias Venezolanas. LUZ, 2008. Chi<sup>2</sup>: 559,80; p: 0,000.

**Gráfico 5.** Distribución de la etnia criolla según la evaluación extraoral (ausencia signos vs signos de alteración) y género. Región Central de Venezuela, 2011.

De todos los criollos examinados, en el Gráfico 5 se evidencia que los individuos que presentan mayor alteración, son los grupo de 5 a 18 años (55,7%), estos datos evidencian que a esa edad los niños y personas jóvenes son las más afectadas verbigracia que a esas edades se producen la mayoría de los procesos infecciosos virales y bacterianos agudos, particularmente en las vías respiratorias.

## Discusión

La evaluación extraoral en las etnias criollas 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, abordando la trama social como un contexto de relaciones dinámicas propias de un momento histórico determinado, dejando vislumbrar los estrechos lazos con la etnia y la clase social.

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>16</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 que 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.

Sin embargo, Villegas expresa que este proceso de transición cursa con una conducta paternalista que puede ser peligrosa y puede desviar el camino del proceso revolucionario hacia lo que él llama "*una organización de élites y desvirtuar el proyecto de construcción de las masas*"<sup>17</sup>.

Este tipo de conducta se caracteriza por la gran intervención estatal 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 produciéndose un descalabro que como efecto domino a involucrado todo el sistema productivo, del cual no escapan estados como Aragua y Carabobo por haber sido pujantes y fecundas regiones de la región central.

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 social de todas las etnias.

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>11</sup>, la clase social preponderante es la del proletario informal que incluye todas aquellas actividades generadoras de ingreso, no reguladas, en un medio donde actividades similares si lo están, 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.

Esta preponderancia del proletariado informal, se mantiene en toda Latinoamérica y coincide con el perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas de donde la data de

esta investigación fue obtenida, además, posibilita señalar que los individuos dedicados a la economía informal se encuentran mayormente situados en la región central<sup>3</sup>.

El incremento entre otras cosas, 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, si se compara con los datos del INE 110 para el 2001<sup>12</sup>, la población económicamente activa en todo el país alcanzaba a 57.4%, mientras que esta investigación solamente en la región central ya se llega al 69,2% aproximadamente, esto quiere decir que más de la mitad de la población de la región está en edad de trabajar, esto se corrobora con una investigación de Ledesma, Pérez, Ortega y col.<sup>18</sup>, quienes obtuvieron como resultado un incremento de peso de la población de 15 a 64 años, en entidades federales como el Distrito Capital, Miranda, Aragua y Carabobo.

Las transformaciones en la estructura por edad que ha experimentado la población son el producto de un proceso de transición demográfica que ha significado la reducción considerable de los niveles de mortalidad y de fecundidad, esta última debido principalmente a la educación que ha permitido a la mujer, entrar al mercado de trabajo y acudir a los servicios de planificación familiar distribuidos por todo el país en los servicios públicos de salud.

El perfil epidemiológico bucal del colectivo que tiene su asiento en la región central en el caso particular de la evaluación extraoral arrojó 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 resultó menor al que alcanzo los individuos que presentaban alteraciones de la misma.

Adentrándose en las dimensiones de la evaluación extraoral, las que se presentan principalmente son las anomalías de piel y mucosas, verbigracia a las condiciones culturales y cognitivas determinadas por el entorno económico y social, inmerso en factores de inequidad y exclusión social que determinan condiciones menos favorecedoras o protectoras para este tipo de alteración, como se observó en los gráficos anteriores.

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 hacen que el proceso de consumo sea deficiente al no permitirle alcanzar a la mayoría 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.

En cuanto a esto, investigadores de WorldHealth Organization<sup>19</sup> hallaron, que el género, la historia familiar, la educación de los padres, el tipo de vivienda y el hacinamiento son factores asociados con algunos desórdenes dermatológicos. Al respecto, también encontraron que entornos socioeconómicos donde

las condiciones de vida son precarias son causa de alta morbilidad, en particular para las enfermedades infecciosas. Eso es corroborado por Schmeller <sup>20</sup> que expresa que las enfermedades de la piel, especialmente las de tipo transmisibles, se observan con frecuencia en las personas pobres que viven en condiciones insalubres y entornos socioeconómicos bajos.

El estudio de la asimetría bilateral del cuerpo en el caso de esta investigación son los criollos los que la presentan en mayor proporción, si se comparan con otras etnias, y lo mismo sucede con el agrandamiento de los nódulos linfáticos. Esta, 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>21</sup>, quienes encontraron que la frecuencia de asimetría facial producto de maloclusiones era de un 2%, lo cual puede ser explicado porque en el presente estudio la asimetría se estudió 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 la región de cabeza y cuello. No existen normas escritas que especifiquen cuándo es necesario investigar más a fondo estas adenopatías.

Al respecto, un estudio realizado por Parisi y Glick <sup>22</sup> determinó que la mayor frecuencia se presenta en el sexo masculino mientras que el de Pérez, Guijarro, López, Raba y col. <sup>23</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 ubicó en el sexo masculino.

En definitiva, los resultados de la evaluación 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, sobre todo en este tipo de alteraciones en estudio, producto de la no dotación recursos por parte del Estado, lo cual obliga al colectivo a buscar la resolución de estos problemas en las clínicas privadas a las cuales no pueden acceder una población cuyo nivel socioeconómico conforma el llamado proletariado informal.

## Referencias

1. 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).
2. Breilh J. *Epidemiología crítica: Ciencia Emancipadora e Intercultural*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
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. 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.

5. Calzadilla L. En la génesis de la cubana: el criollo. Revista trimestral. 2002 Sept; 8(3).
6. González E. Tesis para la delimitación de 116 Subtipos del Campo Cultural Residencial Popular y No-Popular en América Latina. ANUARIO FUNDEF (Venezuela). 1990 1: 109-135.
7. 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).
8. López O, Escudero JC, Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Medicina Social [serie en Internet]. 2008 [Citado 20 marzo 2010].3 (4):323-335. Disponible en: [www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info).
9. Possas C. Epidemiologia e sociedade. Heterogeneidade estrutural no Brasisl. Edit. Hucitec, Sao Paulo, Brasil. 1989.
10. 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)
11. Portes A, Hoffman K. Las estructuras de clase en América Latina: composición y cambios durante la época neoliberal. Desarrollo Económico, IDES, 2003; 43 (171):355-385.
12. INE. XIII Censo General de Población y Vivienda 2001.Tabulaciones Prioritarias, <http://www.ine.gov.ve>
13. OMS en su Manual "Encuestas de Salud Bucal Dental. Métodos Básicos" Cuarta Edición 1997.
14. 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.
15. Observatorio de la Economía de Venezuela [Serie en internet]S/F [Citado 16 de agosto 2010]. Disponible en: <http://www.eumed.net/oe-ve/dbas/pib2.htm>
16. 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>.
17. Villegas M. ¿Que es el socialismo bolivariano del siglo 21?Aporrea.org. Publicacion: 08/12/10 <http://www.aporrea.org/ideologia/a113588.html>
18. Ledesma T, Pérez B, Ortega A. Indicadores sociodemográficos y de privación social en Venezuela. Análisis de Coyuntura, diciembre 2007; 13(2):049-068.
19. World Health Organization. The world health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva:World Health Organization. [serie en Internet] 2000. [p:164-176] [citado 18 Jun 2009]. Disponible en: <http://w3.whosea.org/healthreport>.
20. Schmeller W, Dzikus A. Skin diseases in children in rural Kenya: long-term results of a dermatology project within the primary health care system. Br J Dermatol 2001; 144(1):118-124.
21. 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)

22. 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).
23. 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 n° 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)