



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
ODONTOLOGÍA

TEMA:

“DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS, MANUEL RIOFRIO MORA, GONZALO ABAD GRIJALVA Y JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013”.

AUTOR:

- **JUAN PABLO GRANDA VÉLEZ**

Tesis previo a la obtención
del Título de Odontólogo

DIRECTOR DE TESIS:

- **FRANKLIN QUINCHE**

LOJA - ECUADOR

2013

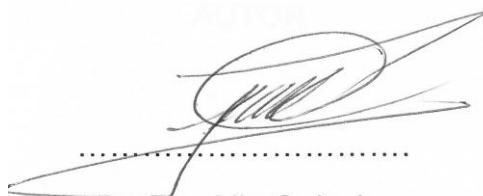
CERTIFICACIÓN

Dr. Especialista

Franklin Quinche

Certifico:

Que la presente tesis titulada: **“DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS, MANUEL RIOFRIO MORA, GONZALO ABAD GRIJALVA Y JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013”**, elaborado por el Sr. Juan Pablo Granda Vélez ha sido planificado y ejecutado bajo mi dirección y supervisión, por tanto y al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'F. Quinche', is written over a horizontal dotted line. The signature is stylized and extends above and below the line.

Dr. Franklin Quinche
Director de Tesis

AUTORÍA

Yo, Juan Pablo Granda Vélez, certifico ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Juan Pablo Granda Vélez

Firma:



.....

Cédula: 1104814262

Fecha: 26 de Noviembre del 2013

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Juan Pablo Granda Vélez declaro ser autor de la tesis titulada: **“DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS, MANUEL RIOFRÍO MORA, GONZALO ABAD GRIJALVA Y JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013”**, como requisito para optar al grado de Odontólogo ; autorizó al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de Información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad. La universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 26 días del mes de Noviembre del dos mil trece, firma el autor.



Autor: Juan Pablo Granda Vélez

Cédula: 110481426-2

Dirección: Las Pitas-Correo Electrónico: juanpa_granda@yahoo.es

Teléfono: 072541356 celular: 0981798280

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Espec. Franklin Quinche

Tribunal de Grado: Dra. Leonor Peñarreta, Dra. Espec. Tannya Valarezo,
Lic. Ángel Iñiguez

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo se lo dedico a Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, ayuda en los momentos difíciles y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome de manera incondicional para poderme realizar.

“La dicha de la vida consiste en servir con humildad”.

Juan Pablo Granda Vélez

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme y por hacer realidad este sueño anhelado. A mi familia por estar con su apoyo de manera incondicional en todo momento gracias por todas sus bendiciones.

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja, en especial a la Carrera de Odontología por darme la oportunidad de estudiar y ser parte de una generación de personas productiva para el país. A mi director de tesis Dr. Espec. Franklin Quinche por haber confiado en mi persona, por la paciencia y por la dirección de este trabajo.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida a las que agradezco su amistad, ánimo, apoyo.

Juan Pablo Granda Vélez

1. TÍTULO:

“DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS, MANUEL RIOFRÍO MORA, GONZALO ABAD GRIJALVA Y JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013”

2. RESÚMEN

Las patologías bucales son un problema relevante en nuestro país y en la Región Sur representa un índice importante por lo que el cantón Loja no está exento de esta realidad tanto en sus parroquias rurales como urbanas. El trabajo de investigación realizado, tiene como objetivo central conocer el diagnóstico de salud bucodental de los alumnos de los centros educativos primarios: MANUEL RIOFRIO MORA, GONZALO ABAD GRIJALVA Y JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013".Este proyecto es de carácter cuantitativo, descriptivo, prospectivo, y transversal, se trabajó con 210 estudiantes de educación básica.

En la parroquia rural Vilcabamba del cantón Loja, los niños de los establecimientos educativos presentaron: 94,2% caries dental, un 57,61% inflamación gingival combinado con un 57,61% de sangrado gingival. En los hábitos encontrados se registra un 2,3% de succión digital y dentro de las patologías que inciden con mayor frecuencia son mordida profunda con 11,5 % y mordida abierta anterior con un 10,9%; el12,8% presenta fluorosis leve y el 5,2% fluorosis moderada.

Los resultados obtenidos fueron recolectados mediante una encuesta e Historia Clínica Odontológica, demostrando que todo el grupo examinado presentó alguna alteración en su cavidad bucal.

Palabras clave: Factores de riesgo, caries dental, inflamación gingival, salud bucal, técnica de cepillado, alimentos cariogénicos.

SUMMARY

The oral diseases are a major problem in our country and in the South Region represents an important index so Loja Canton is not exempt from this reality such in rural and urban parishes. The research work has as main objective to meet the oral health diagnosis of students in primary schools MANUEL RIOFRÍO MORA, GONZALO ABAD GRIJALVA and JUAN MONTALVO of VILCABAMBA PARISH FROM LOJA CANTÓN YEAR 2013. "This is a quantitative, descriptive, prospective, cross-sectional project; we worked with 210 elementary school students. In Vilcabamba rural parish of the canton Loja, children in educational establishments showed: 94.2% dental cavity, a 57.61% of gingival inflammation combined with gingival bleeding, and 94.2 % altered occlusion. Found habits like, in 2.3% digital suction and inside the pathologies that affect most often are with 11.5% deep bite and anterior open bite with 10.9%; 12,8% represents mild fluorosis and 5.2% moderate fluorosis. The result was collected through a survey and Clinic Dental History, showing that the whole group presented at least an anormality in his mouth.

Key words: Risk factors, dental cavity, gingival inflammation, oral health, brushing technique, decayed foods.

3. INTRODUCCIÓN

La salud buco dental es parte integral en la salud del individuo; en nuestro país a pesar de que “la salud es un derecho garantizado por el Estado” siguen existiendo problemas a nivel bucal un “Estudio Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares en Ecuador (1996), menciona que al 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries, el 84% tiene presencia de placa bacteriana y el 53% está afectado con gingivitis. Además, se evidenció que de los niños examinados el 35% presentaba algún tipo de mal oclusión. (MSP del Ecuador, 2009)

Es por ello que se debe brindar especial atención a niños y adolescentes que se constituyen como grupo de riesgo los cuales tienen características que permiten el establecimiento de enfermedades bucodentales. Los adolescentes particularmente atraviesan por una fase de transición sumada al apareamiento de cambios tanto físicos como psicológicos. Por lo que no se dan cuenta de que una correcta salud bucal está ligada directamente con el estado de salud general e incidiendo en la calidad de vida, ya que una sonrisa bonita en un futuro, es la carta de presentación. (Hechavarria. B, 2013)

Las patologías bucales constituyen un problema relevante, que se repite de generación en generación, tanto en sectores urbanos como rurales de nuestro país, es por ello que el gobierno ecuatoriano mediante el Ministerio de Salud Pública (MSP) constituido como el organismo rector de la salud pública, ha propuesto el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que tiene como propósito “Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población que vive en el territorio ecuatoriano, aportando al Plan Nacional del Buen Vivir, Plan estratégico del MSP y Planes estratégicos Regionales y Distritales mediante la aplicación de acciones integrales de promoción, prevención, curación y rehabilitación, cuyos resultados buscan solucionar las necesidades en salud del país, alcanzando resultados de impacto social” (Componentes y Productos, 2010)

En nuestra nación, a pesar del trabajo gubernamental aún hay inequidades en educación y salud, que se acentúan más en los sectores rurales, esto sumado

a la pobreza, determinan que las zonas rurales existan un mayor índice de afecciones en la cavidad oral. Es también visible, la falta de información que ayude a visualizar ampliamente los factores que pueden estar afectando a la salud, la falta de estudios epidemiológicos para saber el estado en que se encuentra la población; para así tomar medidas que beneficien a la comunidad. Es por ello que se ha establecido el presente tema de investigación: “DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS, MANUEL RIOFRÍO MORA, GONZALO ABAD GRIJALVA Y JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013”, en importancia de las patologías de la cavidad bucal y su relación con factores de riesgo que pueden coadyuvar o no la presencia de dichas patologías, y por medio del cual se puede establecer el grado de salud o enfermedad de la población.

Los objetivos que se plantearon en el proyecto de investigación fueron, diagnóstico e identificación de los factores de riesgo, determinar la prevalencia de las patologías bucodentales presentes en los niños y adolescentes de los centros educativos primarios, los resultados encontrados en la parroquia rural Vilcabamba refieren que: en su 94,2% caries dental, en un 57,61% de ellos inflamación combinado con un 57,61% de sangrado gingival, y una oclusión alterada de 94,2%. Se encontró hábitos como succión digital, respiración bucal e interposición lingual que se encuentran afectando a la población, y dentro de las patologías que inciden con mayor frecuencia son mordida profunda con 11,5 % y mordida abierta anterior con un 10,9%; el 12,8% presenta fluorosis leve y el 5,2% fluorosis moderada.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPÍTULO I

1.1 DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CANTÓN LOJA.

1.1.1 Definición de Diagnóstico de salud

El diagnóstico de salud es un proceso de evaluación para medir, comparar y determinar la evolución de las diferentes variables que influyen en la salud enfermedad de la población. Es un juicio de valor en torno al proceso salud enfermedad para la formulación de políticas y lineamientos de acción en salud (Villa. J.P 2012).



1.1.2. Niveles de diagnóstico:

General: Es el juicio de valor en torno al proceso salud enfermedad en una comunidad o en los usuarios de servicios de salud con relación a la respuesta social organizada

Situacional: Uso de los recursos en torno a los daños y los riesgos a la salud.

De salud: Situación de salud enfocada a la disminución de indicadores de eficacia o impacto

De necesidades: Situación de la dotación de servicios relacionada con las necesidades de la comunidad (Villa. J.P 2012).

1.2 CANTÓN LOJA



1.2.1 HISTORIA

El cantón Loja se originó producto de los asentamiento de diferentes grupos denominados: Garrochambas – Paltas que se ubicaban al occidente y centro de la ciudad, mientras que al este se encuentran los Malacatos y los Ambocas los cuales se encuentran ubicados entre San Lucas y el Cisne, cada uno de ellos se diferencia por poseer costumbres, hábitos, vestimenta y lengua propia. Luego de muchos años de colonización y después de una audiencia en Quito, Loja proclamó su independencia, contando como líderes del movimiento revolucionario a Ramón Pinto, José María Peña, Nicolás García, José Picoita y Manuel Zambrano (Maldonado. 2005).

1.2.2 GEOGRAFÍA

1.2.2.1 LÍMITES

El cantón Loja limita al norte con el cantón Saraguro, al sur y al este con la provincia de Zamora Chinchipe y al oeste con los cantones lojanos Quilanga, Gonzanamá y Catamayo y una parte de la Provincia del Oro, su extensión es de **1 883 km²**. (Maldonado. 2005).

1.2.3 CLIMA

Sus climas templados y fríos son los que caracterizan al cantón Loja a excepción de las parroquias de Malacatos, San Pedro de Vilcabamba,

Vilcabamba, Quinara, Yangana, que tienen un clima subtropical (Maldonado. 2005).

1.2.4 DIVISIÓN POLÍTICA

PARROQUIAS URBANAS	PARROQUIAS RURALES	
San Sebastián	Yangana	Vilcabamba
Sagrario	Chantaco	Malacatos
Valle	Taquil	Santiago
Sucre	San Pedro De Vilcabamba	Jimbilla
	Chuquiribamba	San Lucas
	Quinara	Gualel
	El Cisne	

De acuerdo al censo de población y vivienda 2010, el catón Loja consta de 214.855 habitantes (Maldonado. 2005).

1.2.5 ACTIVIDADES PRODUCTIVAS Y ECONÓMICAS

Dentro de las principales actividades económicas encontramos: 1) el comercio al por mayor y al por menor, reparación de vehículos automotores y motocicletas; 2) industrias manufactureras y 3) actividades de alojamiento y de servicios de comidas. Mientras que en la parte productiva se dedican a la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca (Gobierno Municipal de Loja 2103).

1.2.6 SERVICIOS BÁSICOS

El tipo de vivienda que se encuentra son: casa o villa, mediagua, departamentos, edificios, casa de inquilinato, covachas, chozas y ranchos, el tipo de alcantarillado es pozo séptico, letrina, con descarga al río y letrina, así como también cuenta con energía eléctrica y servicio de red pública para el agua y finalmente presentan acceso a servicio telefónico convencional. (Gobierno Municipal de Loja 2103).

1.2.7 EDUCACIÓN



1.2.7.1 Escuelas y Colegios Cantón Loja

El cantón Loja cuenta con 170 centros educativos de enseñanza primaria y secundaria, con un número de 60252 estudiantes en todo el cantón (Gobierno Municipal de Loja 2103).

1.2.8 VIALIDAD

El cantón Loja cuenta con un total aproximado de 124,64 Km de Red Vial Estatal; además de ellos cuenta también con 2 vías arteriales y una vía colectora. El Sistema Vial en el Cantón es de aproximadamente 1939.553 Km, dentro de ellas se encuentra: Vía Asfaltada dos vías, la Vía Asfaltada angosta y finalmente Vía Lastrada dos vía y angosta (Torres, 2011).

1.3 DESCRIPCIÓN DE LA PARROQUIA RURAL DE VILCABAMBA

1.3.1 HISTORIA

Fue fundada el 1 de septiembre de 1576 por el español Luis Fernando de la Vega, más tarde se le da la categoría de parroquia eclesiástica con el nombre de La Victoria. En la Ley del 29 de mayo de 1861, en la división territorial del Ecuador,

la Convención eleva a Vilcabamba a la categoría de Parroquia Civil del cantón Loja (Gobierno Municipal de Loja 2103).

1.3.2 GEOGRAFÍA

La parroquia Vilcabamba limita con la parroquia rural de San Pedro de Vilcabamba, al sur con las parroquias de Yangana y Quinara, al este con la parroquia urbana de Valladolid del cantón Palanda, perteneciente a la provincia oriental de Zamora Chinchipe y al oeste con las parroquias de Quilanga y Fundochamba (Ortega. J; Silva. S; Boroja. S. 2011).

Su extensión es 157.26 km². Su temperatura se mantiene entre los 18 y 22 grados centígrados. La parroquia está conformada por los siguientes barrios urbanos: San Francisco, Santo Domingo, Las Palmas, Eterna Juventud, barrio Central y Los Huilcos, mientras que sus barrios rurales encontramos: Yamburara Bajo, Yamburara Alto, San José, Mollepamba, Izhcayluma Alto, Izhcayluma Bajo (barrio Cuba), Cucanamá Alto, Cucanamá Bajo, Linderos, Santorum, Moyococha, Solanda y Tumianuma, determinando así que el total de su población de 4.778 habitantes. (Ortega. J; Silva. S; Boroja. S. 2011).



1.3.3 ACTIVIDADES PRODUCTIVAS Y ECONÓMICAS

Se dedican a la crianza y venta de ganado especialmente vacuno para leche y carne; porcino y caballo; además, a la crianza de aves de corral. En el ámbito agrícola, existe una gran producción de cultivos de café, caña de azúcar,

también se cultivan gramíneas, legumbres, verduras y una gran variedad de frutas. (Ortega. J; Silva. S; Boroja. S. 2011).

1.3.4 SERVICIOS BÁSICOS

El tipo de vivienda que se encuentra es: casa, departamento, cuartos en casa de inquilinato, mediagua, rancho, covacha y choza. El tipo de alcantarillado es

pozo séptico, red pública, pozo ciego, con descarga a río y letrina. Cuenta con energía eléctrica y servicio de red pública para el agua. Tienen acceso a servicio telefónico convencional (Gobierno Municipal de Loja 2103).

1.3.5 EDUCACIÓN

Escuelas y colegios

ESCUELAS Y COLEGIOS		
INSTITUCIÓN	TOTAL DE ALUMNOS	DOCENTES
Julián de Rúa Pizarro	28	3
Cuerpo de Paz	3	1
Piedad Burneo de Ojeda	5	1
Antonio Peña Celi	50	3
La Calandria	11	3
Juan Montalvo	421	28
Gonzalo Abad Grijalva	39	4
Francisco Javier Salazar	12	1
Dolores Palacio Bravo	4	1
Miguel Carpio Mendieta	4	1
Macará	4	1
Trece de Abril	180	12
José Vicente Andrade	22	2
C.de formación fiscal artesanal Vilcabamba	35	4
C.Nacional Mixto Vilcabamba	695	40

1.3.6 VIALIDAD

Desde la ciudad de Loja existen 40 km. de distancia al Valle de Vilcabamba, en un recorrido de 50 minutos aproximadamente en automóvil por carretera de primer orden. La empresa VIALSUR del Gobierno Provincial de Loja (GPL), de acuerdo al Plan Emergente para la Transitabilidad en la red vía rural, cumple con los trabajos establecidos en la zona 4 correspondiente al cantón Loja, parroquia Vilcabamba (Gobierno Municipal de Loja 2103).

CAPÍTULO II

2.1 RIESGO

Riesgo es la probabilidad de que un suceso futuro ocurra, con presencia de consecuencias adversas de acuerdo a los factores que determinan dicho episodio. La finalidad del riesgo es enfocarse en medidas preventivas, para de esta manera emprender acciones para evitar o reducir enfermedades, accidentes o la muerte (Higashida. B 2000).

2.2 FACTORES DE RIESGO

La Organización Mundial de la Salud determina al riesgo como cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas; asociándolo con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Los factores de riesgo pueden ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Los factores de riesgo pueden ser: Biológicos; Ambientales; Comportamiento; Socioculturales y Económicos (Higashida. B 2000).



2.3 FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA SALUD – ENFERMEDAD BUCODENTAL

2.3.1 FACTORES DE RIESGO LOCALES

Los factores locales son:

2.3.1.1 Hábito de higiene bucal

El propósito de la higiene oral es evitar la enfermedad dental mediante la disminución de la acumulación de placa bacteriana que se encuentra sobre los tejidos duros; para una buena higiene oral depende del tamaño de los espacios interdentales posición y morfología dental; así como también el estado periodontal, la presencia de prótesis, como la habilidad y motivación de cada paciente (Cuenca y Baca, 2005).

2.3.1.2 Cepillado:

Técnica mecánica utilizada para el control de placa supragingival de las superficies dentarias, con el objetivo de retirar la placa dental de la superficie dental, incluso del curvo gingival evitando así la menor lesión del diente y de sus estructuras vecinas (Cuenca y Baca, 2005).



2.3.1.3 Técnica de cepillado:

Dentro de los métodos de cepillado más recomendados para niños y adolescentes encontramos la técnica de barrido horizontal, debido a su fácil uso, en cuanto a los menores de 7 – 8 años es aconsejable que el cepillado sea realizado por los padres una vez al día. En los adultos la técnica más adecuada es la de Bass, debido a que el cepillo se lo coloca en un ángulo de 45° con el eje vertical de los dientes, introduciendo suavemente las cerdas en

el surco gingival y realizando cortos movimientos vibratorios para conseguir así la higiene del surco gingival (Barrancos, 2006).

2.3.1.4 Frecuencia y duración del cepillado:

Un cepillado de dos veces al día con un dentífrico fluorado es indudablemente eficaz para la prevención de caries dental, en cuanto a su duración se recomienda por lo menos tres minutos, para de esta manera abarcar todas las zonas que se debe limpiar y evitar así las caries dental y enfermedad periodontal por el acumulo de placa bacteriana (Cuenca 2005 y Barrancos, 2006).

2.3.2 FACTORES DE RIESGO GENERALES

Dentro factores de riesgo generales encontramos: 1.Socioeconómicos: en el que hallamos la calidad de vida, estabilidad laboral, ingresos, cobertura asistencial, 2. Ambientales: se toma en cuenta el abastecimiento inadecuado de agua potable; así como también si la madre es reservorio de Streptococcus mutans, 3. Culturales: aquí encontramos escolaridad, valoración de la salud, creencias y costumbres, 3. Biológicos: como son rasgos genéticos, enfermedades sistémicas tratadas, estado nutricional, estado inmunitario, estrés, enfermedades intercurrentes (Cobos. J. y García. J.J 2005).

CAPITULO III

3.1 SALUD ORAL

3.1.1 CONCEPTO DE SALUD ORAL

Podemos definir como salud oral al estado de completa normalidad y eficiencia funcional de los dientes y sus estructuras de sostén, así como de las partes que rodean a la cavidad bucal; estructuras relacionadas con la masticación y el complejo maxilofacial (Cobos. J. y García. J.J 2005).

3.1.2 HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es una de las formas de registro del acto médico, cuyas cuatro características principales se encuentran involucradas en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud. La profesionalidad se refiere a que solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico, pues en esencia son los médicos quienes están en capacidad de elaborar una buena historia clínica. El objetivo de ayuda al enfermo se traduce en aquello que se transcribe en la historia. La licitud se debe a que la misma norma jurídica respalda a la historia clínica como documento indispensable (Guzmán F. y Arias A. 2012).



3.2 PATOLOGÍAS

3.2.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS

3.2.1.1 Caries dental

La caries dental es el resultado de una disolución química localizada en la superficie del diente causada por eventos metabólicos que tienen lugar en el biofilm que cubre la zona afectada, destruyendo de esta manera al esmalte, dentina y cemento; generalmente la lesión cariosa se desarrolla en sitios como fosas, fisuras superficies oclusales y puntos de contacto (Montesinos D. 2011).

3.2.1.2 FACTORES DE RIESGO DE LA CARIES DENTAL

Dentro de los factores encontramos: 1.) Alto grado de infección por *Streptococos mutans*; 2.) Alto grado de infección por lactobacilos; 3.) Experiencia de caries anterior; 4.) Eficiente resistencia del esmalte al ataque

ácido; 5.) Deficiente capacidad de remineralización; 6.) Dieta cariogénica; 7.) Mala higiene bucal; 8.) Baja capacidad *buffer* de la saliva; 9.) Flujo salival escaso; 10.) Apiñamiento dentario moderado, severo, tratamiento ortodóncico y prótesis; 11.) Anomalías del esmalte; 12.) Recesión gingival; 13.) Enfermedad periodontal; 14.) Factores sociales (Hidalgo Ileana 2007).



3.3 ALTERACIONES DE FORMA

3.3.1 Taurodontismo

El taurodontismo o «dientes de toro», es un trastorno del desarrollo que afecta principalmente a los molares, aunque en algunos casos a los premolares, a este tipo de diente lo podemos encontrar tanto en dientes temporales como permanentes, en pacientes con amelogénesis imperfecta, síndrome de Klinefelter y síndrome de Down; radiológicamente este tipo de diente se caracteriza por su forma rectangular, mínima constricción y definición del borde cervical, y una bifurcación desplazada hacia el ápice que origina una cavidad pulpar extremadamente grandes y con canales pulpares cortos(J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki 2005)

3.3.2 Diente Invaginado.

El diente invaginado o «dens in dente», es una anomalía que afecta principalmente a los incisivos laterales permanentes del maxilar superior, se caracteriza por la presencia de una fosita lingual invaginada, que en algunos casos no es visible clínicamente, para lo que es necesario la toma de una

radiografía para su correcto diagnóstico, la base de esta invaginación contiene una capa delgada de esmalte y dentina por lo que es vulnerable a la caries poco después de su erupción en boca. (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki 2005)



3.3.3 Cúspides supernumerarias

En este caso los dientes presentan cúspides adicionales o supernumerarias, un ejemplo de ello son las cúspides de Carabelli, la cual se aparece en las superficies mesiolinguales de los primeros molares permanentes del maxilar superior y no representan ningún problema clínico (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki 2005).

3.3.4 Diente evaginado

El diente evaginado o cúspides en garra, afecta principalmente a los premolares definitivos, se caracteriza por el desarrollo de una proyección anormal en forma de globo, dándole el aspecto de una cúspide adicional, generalmente se localizada en el centro sobre la superficie oclusal y lingual de los premolares, su evaginación puede interferir en la erupción del diente llevando a una erupción incompleta o desplazamiento del mismo, debido a que la cúspide tiene un cuerno pulpar adicional, su desgaste o fractura produce inflamación pulpar (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki 2005)

3.3.5 Cúspide en garra

La cúspide en garra o cúspide supernumeraria, esta localiza típicamente sobre la cara lingual de los incisivos centrales del maxilar superior a nivel de su cingulo y suele extenderse hasta el borde incisivo como una proyección prominente del esmalte, presentando en algunos casos fositas linguales a ambos lados de la cúspide, para lo que es necesario restaurar para prevenir futuras caries dental (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki 2005).



3.3.6 Geminación

La geminación afecta principalmente a los dientes anteriores, se caracteriza por la división parcial de un solo primordio dental produciéndose un diente que muestra dos coronas independientes o separadas parcialmente, una sola raíz y un solo conducto radicular, este tipo de diente se puede presentar en las dos denticiones y se lo puede confundir con una fusión (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki).

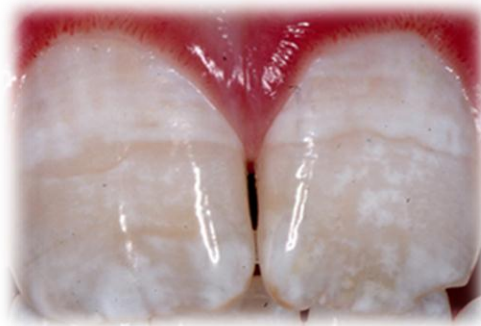
3.3.7 Odontodisplasia Regional.

La odontodisplasia regional o dientes fantasmas, es una alteración no hereditaria del desarrollo del diente que se presenta con frecuencia en el

superior y suele afectar a varios dientes contiguos de un mismo cuadrante, se caracteriza por presentar un color amarillento debido a la mala formación de los tejidos del diente produciendo así su destrucción rápida. (Sapp.P; Philip.E ,1998 y Bordoni. B 2010).

3.3. 8 Fluorosis dental

La fluorosis dental es el defecto del desarrollo del esmalte provocado por la ingestión de una cantidad excesiva de fluoruro durante la formación del esmalte, clínicamente se caracteriza por presentar el esmalte dental con aspecto moteado debido a la hipomineralización de este o dela dentina (Harris. N; García.G 2005; Cárdenas. D 2003; Revista ADM.1997).



3.3.8.1 Grados clínicos de la fluorosis dental

Existen grados clínicos diferentes de fluorosis del esmalte en los que tenemos:
Leve.- el diente es de color blanco mate y afecta a los bordes incisales o cúspides de los dientes posteriores, se puede observar en forma de gorro de nieve, estrías o venas delgadas e irregulares de color blanco opaco.
Moderado.- se presenta de color café oscuro combinado con coloraciones blancas y opacas, en este caso también podemos observar cavidades discretas de 1 a 2mm
Grave.- a este nivel el color es de café chocolate hasta casi negras (Harris.N; García.Get.al 2005)

3.3.8.2 Factores de riesgo de fluorosis

Dentro de los factores asociados a la fluorosis dental podemos mencionar: 1.) complementos con fluoruros excesivos como son la sal de mesa y agua potable; 2.) pastas dentales fluoradas, como sucede con los niños menores de

cinco años que la ingieren durante el cepillado dental; 3.) Alto contenido de fluoruro en bebidas embotelladas, jugos y bebidas gaseosas, y el consumo excesivo de té; 4.) Consumo de agua hervida, que provoca que se concentre la cantidad de fluoruro de dicho líquido en 66 % (Azpeitia.L; Valadez. M 2009).

3.4 LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

3.4.1 ENFERMEDADES GINGIVALES

3.4.1.1 Enfermedad Gingival Inducida Únicamente por placa

La gingivitis es la enfermedad gingival más común en niños, se caracteriza por la presencia de inflamación sin pérdida de inserción o hueso alveolar, se dice que conforme empeora la situación, el tejido gingival enrojece, se inflama y sangra con el cepillado (Boj. J y Catalá.M 2004).



3.4.1.2 Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos (mediada por hormonas esteroides)

En este caso la enfermedad gingival se presenta con respuestas inflamatorias muy marcadas y eritemas graves, en el caso de la gingivitis de la pubertad se da por exacerbación de la inflamación gingival debido a fluctuaciones hormonales, como respuesta a la presencia de poca o nula placa bacteriana (Boj. J, Catalá.M 2004).

3.4.1.3 Enfermedad gingival inducida por fármacos

El agrandamiento gingival que provoca desfiguración estética es un efecto adverso importante asociado con diversos fármacos: anticonvulsivos(pj. fenitoína, valproato, etc), inmunosupresores (pj. ciclosporina, etc), bloqueadores de los canales de calcio (pj. nifedipina, verapamilo,etc), y sus síntomas suelen comenzar después de los tres meses de medicación, y alcanza su intensidad máxima a los 12 -18 meses de tratamiento terminado.

(Lindhe.J. 2009; Boj. J, Catalá.M. 2004)

3.5 MALOCLUSIÓN

3.5.1 DENTICIÓN TEMPORAL

Para clasificar una oclusión en la dentición primaria, se utiliza la referencia de los planos terminales

3.5.1.1 PLANO TERMINAL RECTO

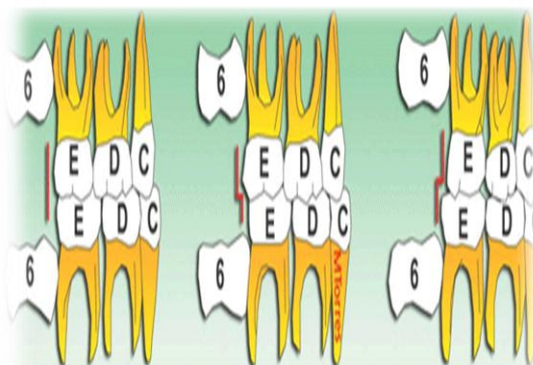
Cuando los primeros molares erupcionan en relación borde a borde.

3.5.1.2 ESCALÓN MESIAL

Cuando la superficie distal del segundo molar primario inferior esta mesial a la superficie distal del segundo molar superior primario

3.5.1.3 ESCALÓN DISTAL

Cuando la superficie del segundo molar inferior se encuentra distal a la superficie distal del segundo molar superior primario (Flavio V-2009)



3.6 DENTICIÓN PERMANENTE

3.6.1 Clase I

Se define como clase I, cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior. (Flavio V-2009).

3.6.2 Clase II

Se define como clase II debido a que el primer molar inferior se sitúa distalmente con relación al primer molar superior y cuando el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior (Flavio V-2009)

3.6.3 Clase II División I

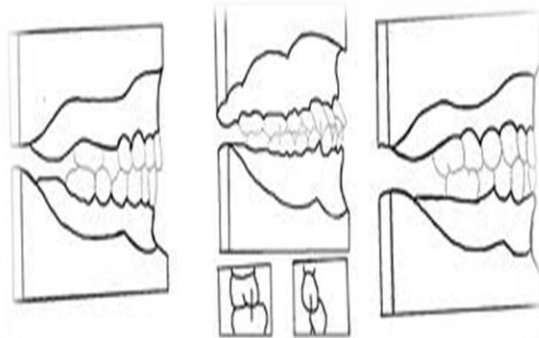
Se conoce como clase II división I, a la inclinación vestibular que presentan los incisivos superiores, esta clase es frecuente en pacientes con problemas de desequilibrio de la musculatura facial, causado por el distanciamiento vestibulolingual entre los incisivos superiores y los inferiores, además de ello se caracteriza por presentar un perfil facial convexo (Flavio VI-2009).

3.6.4 Clase II División II

En la Clase II división II, los incisivos superiores se encuentran palatinizados o verticalizados, es por ello que los pacientes presentan perfiles faciales restos y levemente convexo, asociados a que la musculatura equilibrada esta con una leve alteración (Flavio V-2009).

3.6.5 Clase III

En la Clase III el surco mesiovestibular se encuentra mesializado en relación con la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior, en esta Clase el perfil fácil del paciente es predominantemente cóncavo y la musculatura, en general, desequilibrada (Flavio V-2009).



3.7 TIPO DE DENTICIONES

3.7.1 Dentición temporal

La dentición temporal comienza su calcificación al cuarto y sexto mes de vida intrauterina, terminando este proceso al momento del nacimiento, la erupción de esta dentición se realiza en periodos y grupos distintos de tal manera que el primer grupo está formado por los centrales y laterales inferiores los cuales erupcionan a los 5 a 6 meses; mientras que el incisivo central superior erupciona a los 7 a 8 meses, el incisivo lateral superior a los 8 a 9 meses, una vez erupcionados los cuatro dientes anteriores se produce un proceso de adelantamiento posicional ya que estos erupcionan de forma vertical permitiendo así agrandar el arco ganando de esta manera espacio para el alineamiento, el segundo grupo está formado por el primer molar superior que erupciona a los 14 meses, el canino superior que erupciona a los 18 meses, el segundo molar superior erupciona a los 24 meses, el primer molar inferior a los 12 meses, el canino inferior a los 16 meses y el segundo molar inferior a los 20 meses, de esta manera la aproximadamente a los dos años y medio ya debería estar completa la dentición primaria (Rosa M.2004).

3.7.2 Dentición mixta

Se conoce como dentición mixta a la presencia simultánea en boca, de dientes temporales y permanentes; este periodo de recambio abarca de los seis hasta los doce años de edad y es de gran importancia e interés en la etiología de anomalías de la oclusión, porque en este periodo se realiza una serie de

complicados procesos que conducen al cambio de la dentición temporal por la permanente y al establecimiento de la oclusión normal definitiva (Rosa M-2004).

3.7.3 Dentición permanente

En la aparición de la segunda dentición, se da una mayor variabilidad como consecuencia de la influencia de factores hormonales y la deferencia de sexo, pero al igual que la dentición temporal, los dientes permanente también tiene su cronología de erupción es por ello que los primeros molares erupcionan a los 6 años, seguidos de incisivos centrales mandibulares a los 6 - 7 años, los incisivos centrales maxilares y laterales mandibulares a los 7 - 8 años, el incisivo lateral maxilar a los 8 – 9 años, los caninos mandibulares a los 9 – 10 años, el primer premolar maxilar a los 10 – 11 años, el segundo premolar maxilar y primero premolar mandibular a los 10 – 11 años, el segundo premolar mandibular y canino maxilar a los 11 – 12 años y finalmente segundo molar maxilar a los 12 – 13 años (Rosa M-2004).

3.8 PÉRDIDA PREMATURA DE DENTICIÓN DECIDUA

3.8.1 Pérdida prematura: se refiere a la pérdida tan temprana de los dientes primarios que puede llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco y por ende la erupción del diente sucedáneo.

3.8.2 Pérdida temprana: Se refiere a la pérdida de dientes primarios antes de la época esperada pero sin llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco. (Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2004-2005).

3.9 CAUSAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES

Dentro de las causas tenemos: 1.) Enfermedades tales como: caries dental, resorciones radicales atípicas; 2.) Malos hábitos orales entre los cuales se encuentran: sacar la lengua, chupeteo del dedo gordo, mordida del labio inferior, que producen movilidad dentaria y rizólisis temprana de sus raíces y

por lo tanto su pérdida antes de la fecha esperada; 3.) Macroglosia y Micrognatia; 4.) Alteraciones congénitas, en los cuales el diente se presenta con poca o nada de raíz lo que favorece sus pérdidas; 5.) Iatrogenia en el procedimiento odontológico: por perforación del piso pulpar, perforación de la furca, fractura de la raíz durante la endodoncia por lo fino de sus raíces (Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria.2004-2005).

3.10 TIPOS DE MORDIDAS

3.10.1 Mordida abierta

Es cuando los dientes superiores e inferiores no ocluyen unos con otros, existe un espacio entre los dientes maxilares y mandibulares, en una persona con mordida abierta anterior puede que no haya contacto de los dientes anteriores durante el movimiento mandibular (G. Vajdi,Geeti 2011).

3.10.2 Mordida Profunda

Se denomina mordida profunda cuando una persona tiene una mandíbula infra desarrollada (relación molar de clase II), en los cuales los dientes anteriores mandibulares con frecuencia contactan en el tercio gingival de las superficies linguales de los dientes maxilares.



3.10.3 Mordida cruzada anterior

En la mordida cruzada anterior los incisivos y/o caninos del maxilar superior se encuentran en posición lingual con respecto a sus homólogos de la mandíbula. (Gabriela González, Laura Marrera, 2012).

3.10.4 Mordida cruzada posterior

La mordida cruzada posterior se caracteriza por la alteración en la relación transversal entre los arcos superior e inferior, la interferencia dentaria durante el movimiento mandibular en máxima intercuspidad habitual, puede causar desplazamiento lateral de la mandíbula estableciéndose una mordida cruzada posterior unilateral funcional. (Osmar Aparecido, 2011).

3.10.5 Bis a bis

En una mordida bis a bis los bordes de los dientes incisivos y los puntos de los dientes molares se tocan borde a borde o cúspide contra cúspide de tal forma que se desgastan mutuamente.



3.11 HÁBITOS

Un hábito bucal se refiere a la repetición frecuente de un mismo acto, que en un inicio se realiza de forma consciente y luego se torna de manera inconsciente.

3.11.1 Succión digital

El hábito de succión digital suele terminar a los 3 o 4 años de edad, lo más frecuente es la succión del pulgar, que es succionado apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior mientras la parte ungueal se apoya sobre los incisivos inferiores. Los efectos de este apoyo dependerán de la posición intensidad, frecuencia y duración del hábito de succión. (BOJ Juan, CATALÁ Montserrat y Col, 2011)

Efectos bucales:

- ✓ Protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas).
- ✓ Retroinclinación de los incisivos inferiores.
- ✓ Mordida abierta anterior.
- ✓ Prognatismo alveolar superior.
- ✓ Estrechamiento, de la arcada superior (debido principalmente a la acción del musculo buccinador).
- ✓ Mordida cruzada posterior.
- ✓ Dimensión vertical aumentada (María Fernanda González, Gianfranco Guida, Diana Herrera. Oscar Quirós, 2012)

3.11.2 Respiración bucal

La respiración está asociada a la obstrucción de las vías respiratorias altas, bien por rinitis alérgicas, hipertrofia de las amígdalas palatinas, presencia de adenoides o desviación del tabique nasal, lo que producirá una función respiratoria perturbada con cambios en la postura de la lengua, labios y mandíbula.

En la respiración bucal los labios quedan entreabiertos y la lengua baja, perdiendo con ello su capacidad morfo-funcional, que permitiría un desarrollo transversal correcto del maxilar superior, produciendo mordidas cruzadas posteriores unilaterales o bilaterales. (BOJ Juan, CATALÁ Montserrat y Col, 2011).

3.11.3 Deglución atípica

Se presenta debido a la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil, el individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impulsa el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura

adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo.(Carmen Lugo, Irasema Toyo, 2011).

Consecuencias de la deglución atípica:

- ✓ Mordida abierta en la región anterior y posterior
- ✓ Protrusión de incisivos superiores
- ✓ Presencia de diastema antero superiores
- ✓ Labio superior hipotónico
- ✓ Incompetencia labial
- ✓ Hipertonicidad de la borda del mentón.

3.11.4 Interposición lingual

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fono articulación (Pamela Agurto V, Rodrigo Díaz, Olga Cádiz, Fernando Bobenrieth, 1999)



La lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son:

- ✓ Mordida abierta anterior
- ✓ Vestíbuloversión
- ✓ Mordida cruzada posterior.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo **cuantitativo** debido a que sirvió para determinar porcentualmente el estado de salud buco dental de los estudiantes, de los centros educativos primarios “Juan Montalvo, Manuel Riofrío Mora, Gonzalo Abad Grijalva” de la parroquia rural Vilcabamba del cantón Loja y los resultados obtenidos serán expuestos en gráficas estadísticas; **descriptivo**, determinó la situación de las variables que se estudiaron mediante la descripción de las diversas patologías que se presentaron en el este estudio; además es de carácter **prospectivo** porque se registra la información según ocurrieron los fenómenos pero los datos se analizaron transcurrido un determinado tiempo y **transversal** mediante el cual se estudió las variables que se encuentran afectando a la población investigada durante la aplicación la historia clínica en un momento dado, lo que permitió la obtención de diagnósticos de salud bucodental.

El área de estudio se realizó en la parroquia rural Vilcabamba del cantón Loja: cuenta con una población de 4.778 habitantes, limita al norte con la parroquia rural de San Pedro de Vilcabamba, al sur con las parroquias de Yangana y Quinara, al este limita con la parroquia urbana de Valladolid del cantón Palanda, perteneciente a la provincia de Zamora Chinchipe y al Oeste con las parroquias de Quilanga y Fundochamba. Tiene una superficie de 157.26 kilómetros cuadrados. La parroquia está conformada por los siguientes barrios urbanos: San Francisco, Santo Domingo, Las Palmas, Eterna Juventud, barrio Central y Los Huilcos. Dentro de los barrios rurales encontramos: Yamburara Bajo, Yamburara Alto, San José, Mollepamba, Izhcayluma Alto, Izhcayluma Bajo (barrio Cuba), Cucanamá Alto, Cucanamá Bajo, Linderos, Santorum, Moyococha, Solanda y Tumianuma

El universo estuvo conformado por 263 estudiantes de los centros educativos primarios MANUEL RIOFRIO MORA, GONZALO ABAD GRIJALVA Y JUAN MONTALVO de la parroquia rural. Vilcabamba del Cantón Loja. Se trabajó el 100% de la población establecida.

La muestra fue 210 estudiantes de los centros educativos primarios MANUEL RIOFRIO MORA, GONZALO ABAD GRIJALVA Y JUAN MONTALVO de la parroquia rural Vilcabamba del Cantón Loja del año 2013, con la finalidad de obtener resultados más exactos.

Los estudiantes que colaboraron en la recolección de los datos, estuvieron inmersos dentro del criterio de inclusión y en el criterio de exclusión todos los estudiantes que no colaboraron en la recolección de los datos y aquellos que no asistieron a clases durante la recolección de la información.

Las variables dependientes en el presente proyecto fueron: caries dental, inflamación gingival y mal oclusiones. Las variables independientes son: Cepillado, Alimentación y Atención odontológica.

Las técnicas empleadas consistieron en la **Observación**: Es una técnica fundamental, que permitió tener una visión clara, real y actual del problema, a través de la percepción directa de los sujetos investigados, lo que estableció el cómo se encontraron las variables; la **Entrevista**: Se empleó para recolectar la información de manera verbal, a través de preguntas que se plantearon de investigador ha investigado.

Los instrumentos para la recolección de datos fueron, **La Historia Clínica Odontológica**: es el conjunto de documentación médico-legal que recogió el relato del paciente sobre su enfermedad, pruebas diagnósticas, intervenciones terapéuticas realizadas y evolución de un paciente. Contiene elementos objetivos, de los que el paciente puede solicitar copia para obtener una segunda opinión; y la **Encuesta**: Se elaboró un conjunto de preguntas, a través

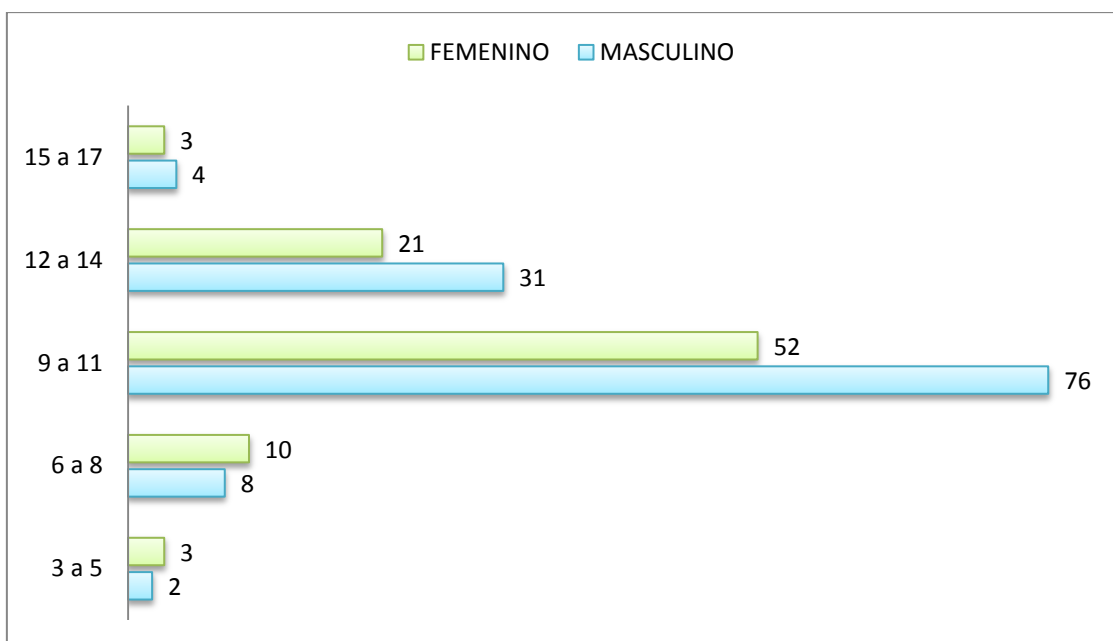
de este instrumento se pretendió obtener información necesaria de los sujetos investigados. Además la elaboración de **Credenciales**: Son medios de identificación que se utilizó para el acceso al centro educativo.

Los recursos humanos estuvieron conformados por: Directora de la Carrera de Odontología Dra. Especialista Tannya Valarezo; Tutor: Dr. Especialista Franklin Quinche; Juan Pablo Granda Vélez egresado de la carrera de Odontología año 2013. Personal administrativo, estudiantes y padres de familia de los centros educativos primarios de la parroquia rural Vilcabamba del cantón Loja. Los recursos físicos son: los establecimientos educativos: MANUEL RIOFRO MORA, GONZALO ABAD GRIJALVA Y JUAN MONTALVO. Y los recursos materiales en la presente investigación consistieron en: Set de diagnóstico (espejo, explorador, pinza algodонера), Materiales de bioseguridad, Historia clínicas, Encuestas, Material didáctico, Cámara fotográfica, Computadora, Materiales de escritorio, 210 cepillos dentales, 210 pastas dentales.

ESCUELAS DE LA PARROQUIA RURAL VILCABAMBA “JUAN MONTALVO, GONZALO ABAD GRIJALVA Y MANUEL RIOFRÍO MORA			
EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
3 a 5 años	2	3	5
6 a 8 años	8	10	18
9 a 11 años	76	52	128
12 a 14 años	31	21	52
15 a 17 años	4	3	7
			210 Estudiantes

6. RESULTADOS

GRÁFICA 1. POBLACIÓN INVESTIGADA



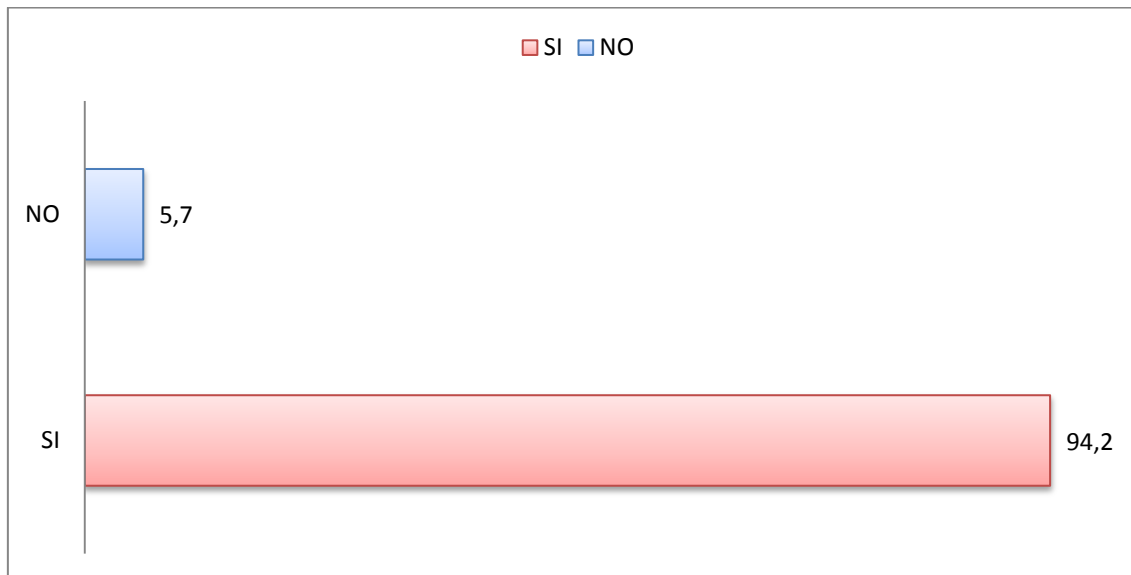
FUENTE: Estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

ELABORADO POR: Juan Pablo Granda Vélez.

Interpretación:

La población investigada estuvo conformada de la siguiente manera: de 3 a 5 años, 2 hombres y 3 mujeres; de 6 a 8 años, 8 hombres y 10 mujeres; de 9 a 11 años 76 hombres y 52 mujeres; de 12 a 14 años 31 hombres y 21 mujeres y en la edad de 15 a 17 años 4 hombres y 3 mujeres.

GRÁFICA 2. PRESENCIA DE CARIES DENTAL



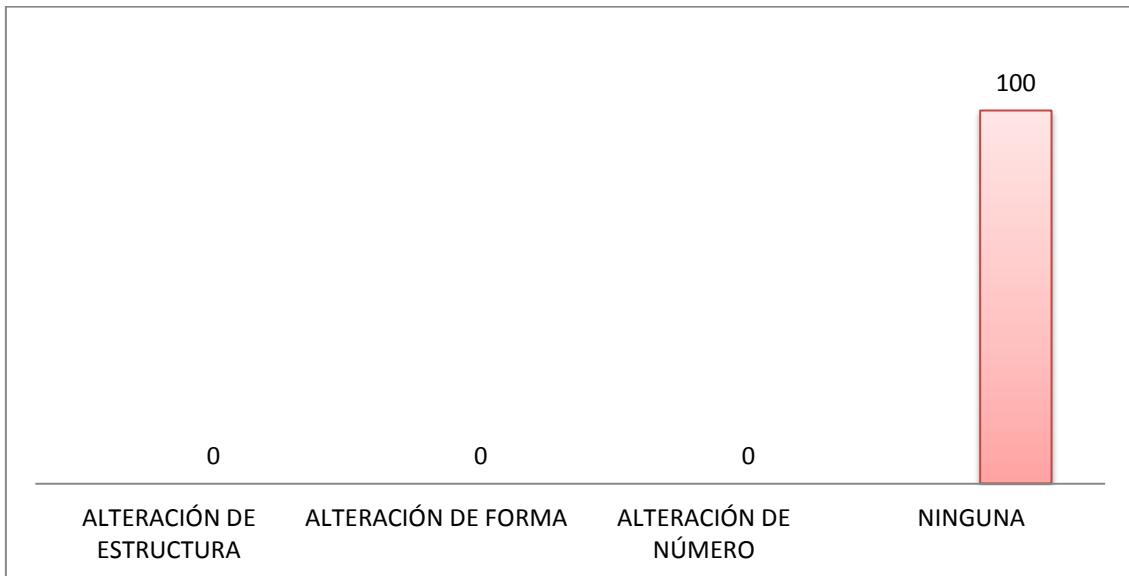
FUENTE: Historia Clínica de estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

ELABORADO POR: Juan Pablo Granda Vélez.

Interpretación:

La presente gráfica indica que de toda la población en estudio el 94,2 %, presenta caries dental, caracterizado por una desmineralización de los tejidos duros del diente y solo un 5,7% no presenta caries dental.

GRÁFICA 3. ALTERACIONES DENTALES



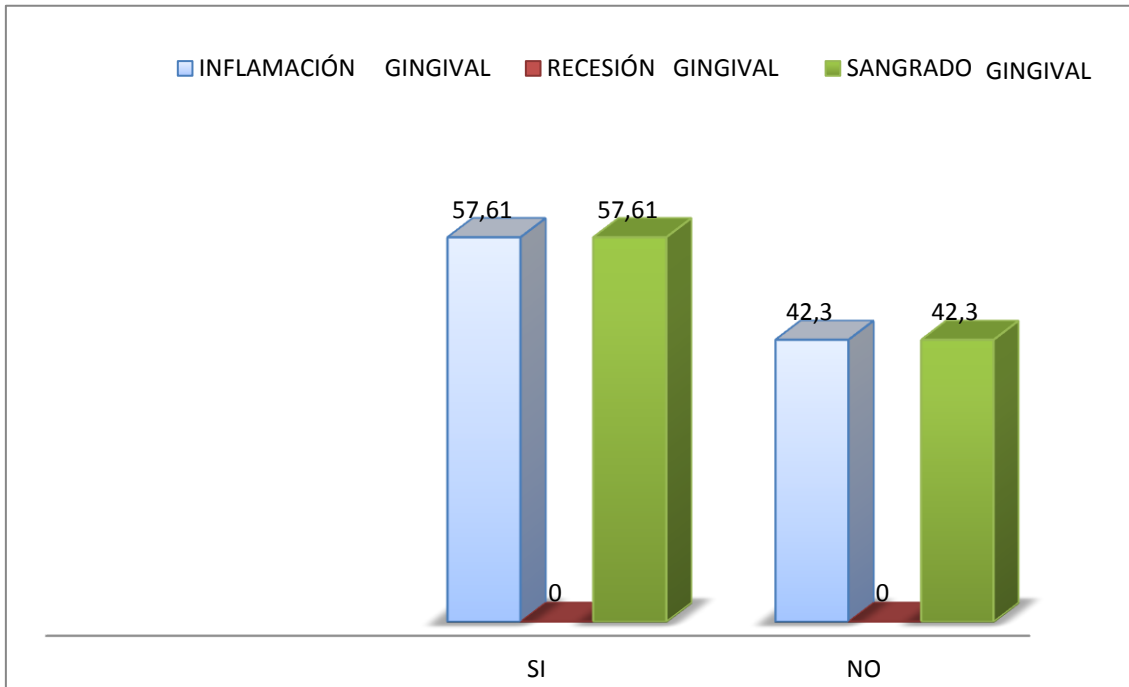
FUENTE: Historia Clínica de estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

ELABORADO POR: Juan Pablo Granda Vélez.

Interpretación:

En la población estudiada no se encontraron casos de alteraciones dentales.

GRÁFICA 4. ALTERACIÓN GINGIVAL



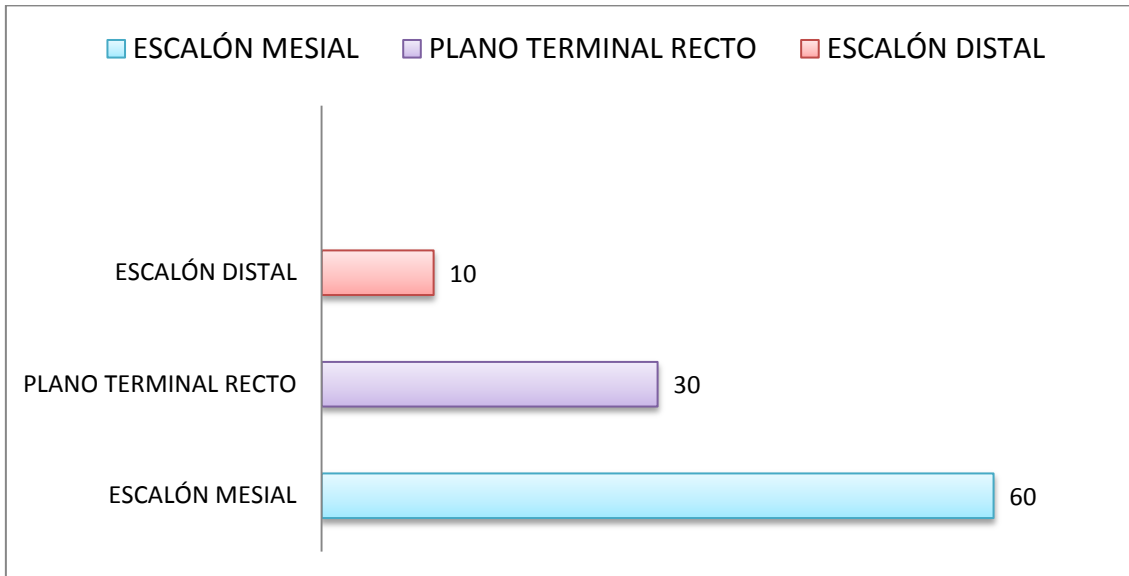
FUENTE: Historia Clínica de estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

ELABORADO POR: Juan Pablo Granda Vélez.

Interpretación:

De toda la población en estudio el 57,61% presentan inflamación y sangrado gingival, el 42,3 % no presentan sangrado y tampoco inflamación gingival, el 100% de los sujetos estudiados no presenta recesión.

GRÁFICA 5. RELACIÓN MOLAR EN DENTICIÓN TEMPORAL



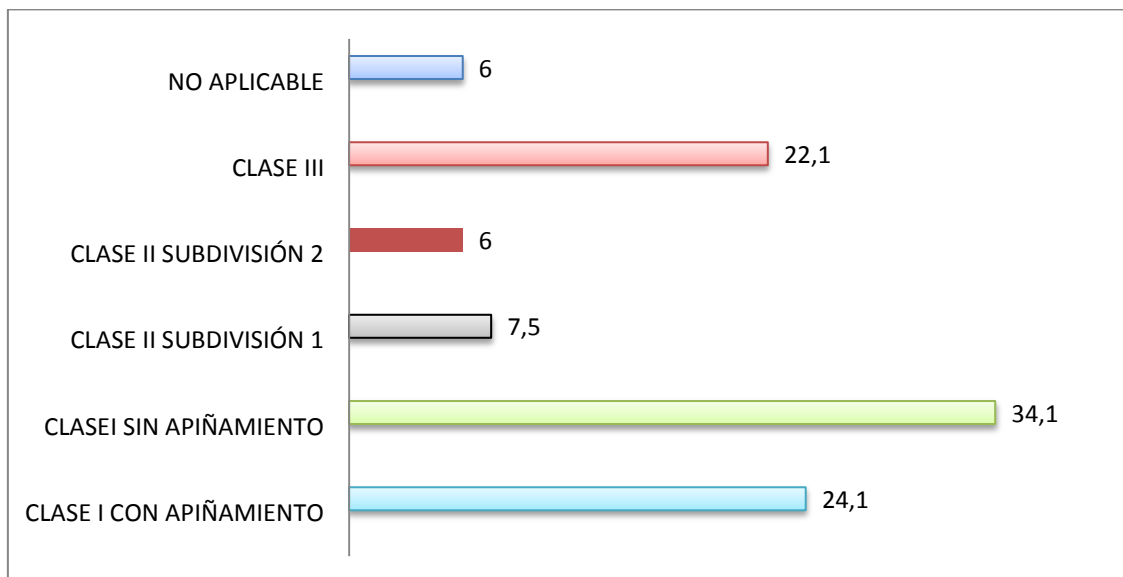
FUENTE: Historia Clínica de estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

ELABORADO POR: Juan Pablo Granda Vélez.

Interpretación:

Se observa que el escalón mesial es el tipo de oclusión que predomina en la dentición temporal con un 60%, con un 30 % presentan un plano terminal recto y en un menor porcentaje del 10% se encuentra el escalón distal.

GRÁFICA 6. MALOCCLUSIÓN DENTICIÓN PERMANENTE



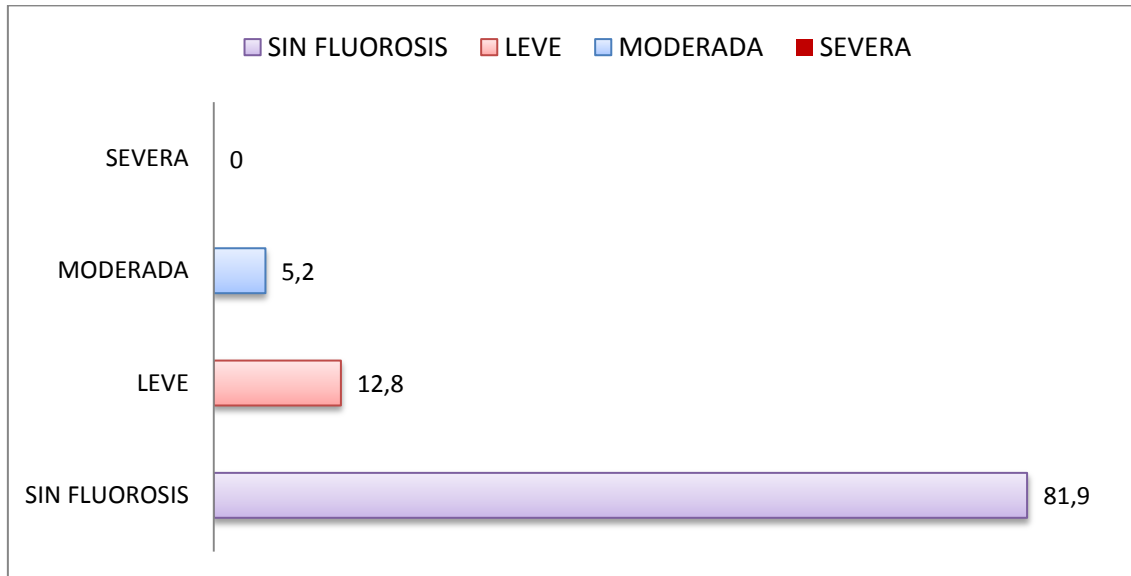
FUENTE: Historia Clínica de estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

ELABORADO POR: Juan Pablo Granda Vélez.

Interpretación:

La presente tabla permite señalar que el 34,1% presentan clase I molar sin apiñamiento, el 24,1% clase I molar con apiñamiento, el 7,5% clase II subdivisión I, el 6% clase II subdivisión II y el 22,1% la clase III de Angle y con el 6% no se pudo determinar la oclusión por ausencia o destrucción del primer molar.

GRÁFICA 7. FLUOROSIS DENTAL.



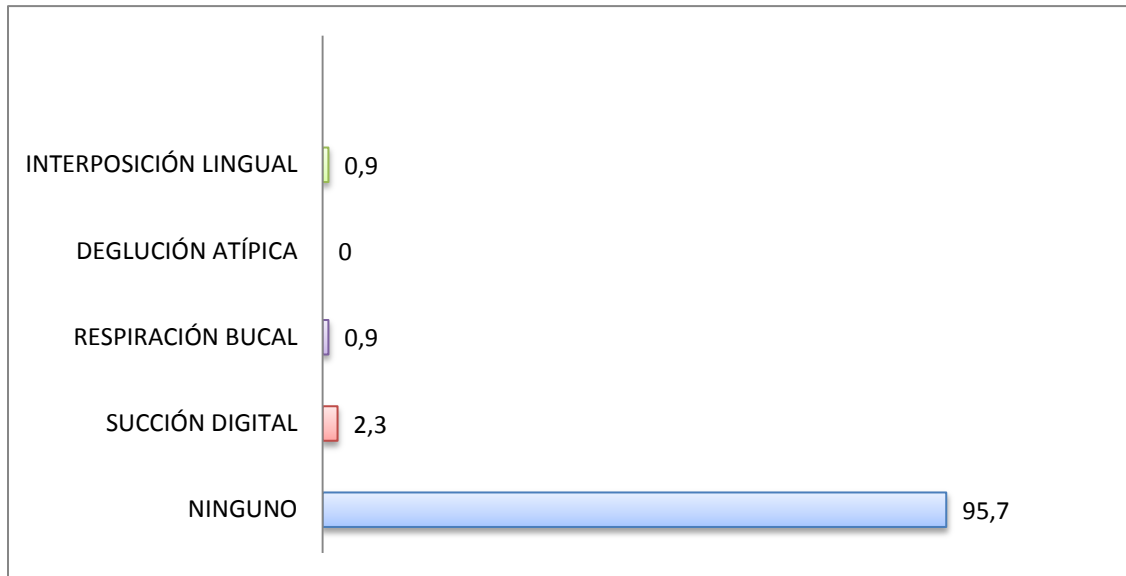
FUENTE: Historia Clínica de estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

ELABORADO POR: Juan Pablo Granda Vélez.

Interpretación:

De toda la población en estudio el 81,9% no presenta signos de fluorosis dental, el 12,8% presenta una fluorosis leve que es una opacidad blanca del esmalte dental y el 5,2% presenta una fluorosis moderada caracterizada por una mancha más intensa,

GRÁFICA 8. HÁBITOS



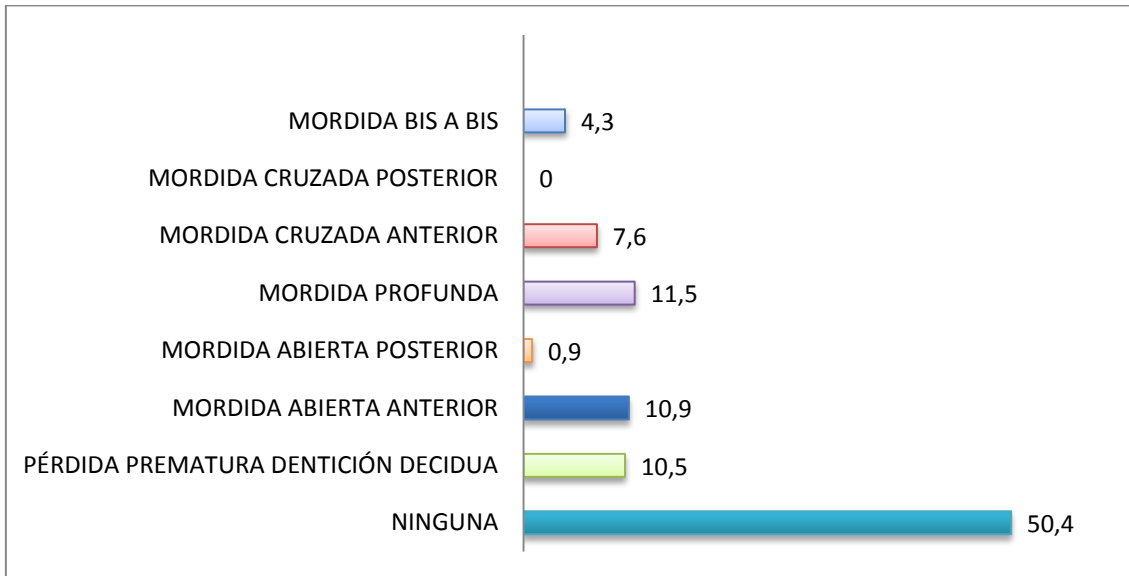
FUENTE: Historia Clínica de estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

ELABORADO POR: Juan Pablo Granda Vélez.

Interpretación:

El gráfico hace referencia a los hábitos que presentan la población en estudio dando como resultado que el 95,7% de la población no presenta ningún hábito, mientras que un 2,3% presenta el hábito de succión digital, el 0,9% el hábito de respiración bucal y el 0,9% el hábito de interposición lingual.

GRÁFICA 9. ALTERACIONES OCLUSALES



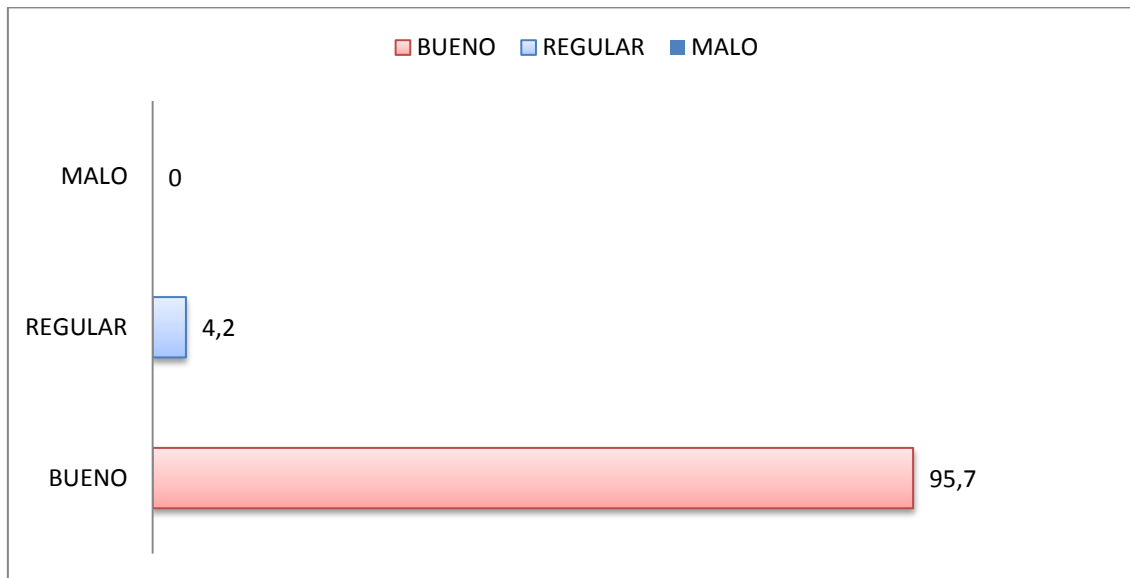
FUENTE: Historia Clínica de estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

ELABORADO POR: Juan Pablo Granda Vélez.

Interpretación:

El 50,4% de la población no presenta ninguna patología oclusal, el 11,5% presenta una mordida profunda, el 10,9% presenta una mordida abierta anterior, el 10,5% presenta pérdida prematura de dentición decidua, el 7,6% presenta una mordida cruzada anterior, el 4,3% presenta mordida bis a bis y el 0,9% presentan una mordida abierta posterior.

GRÁFICA 10. ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)



FUENTE: Historia Clínica de estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

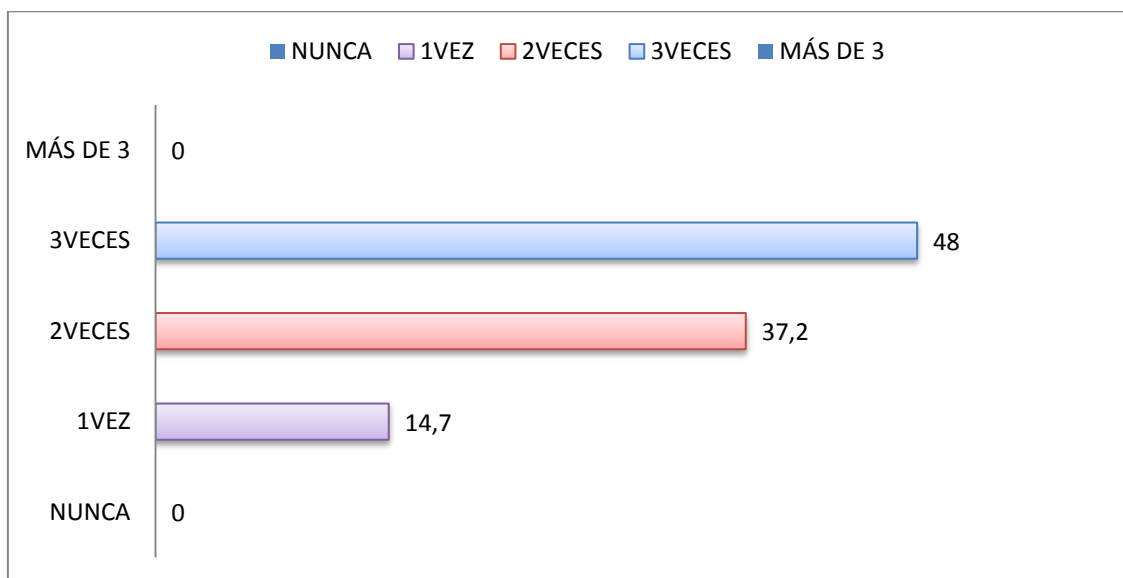
ELABORADO POR: Juan Pablo Granda Vélez.

Interpretación:

En la presenta grafica se pude dar a conocer el Índice de higiene oral (IHOS) de la población investigada el 95,7% tiene un (IHOS) bueno y el 4,2% regular.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA

GRÁFICA 11. FRECUENCIA DE CEPILLADO.



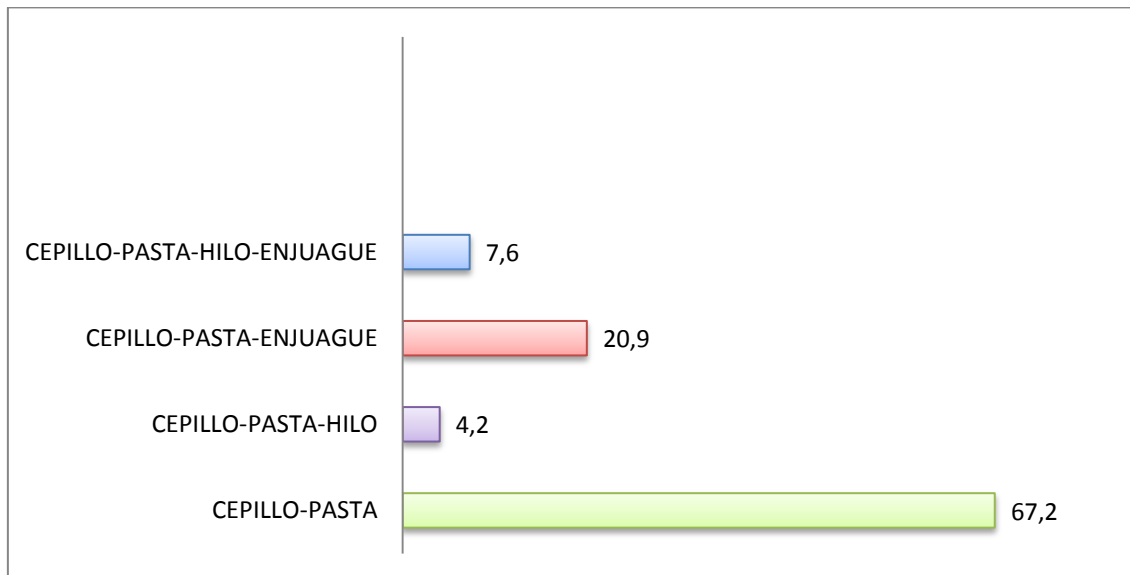
FUENTE: Historia Clínica de estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

ELABORADO POR: Juan Pablo Granda Vélez.

Interpretación:

La frecuencia de cepillado al día tiene como resultado, el 48% lo realiza 3 veces al día, el 37,2% dos veces al día, el 14,7% una vez al día.

GRÁFICA 12. ELEMENTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE BUCAL



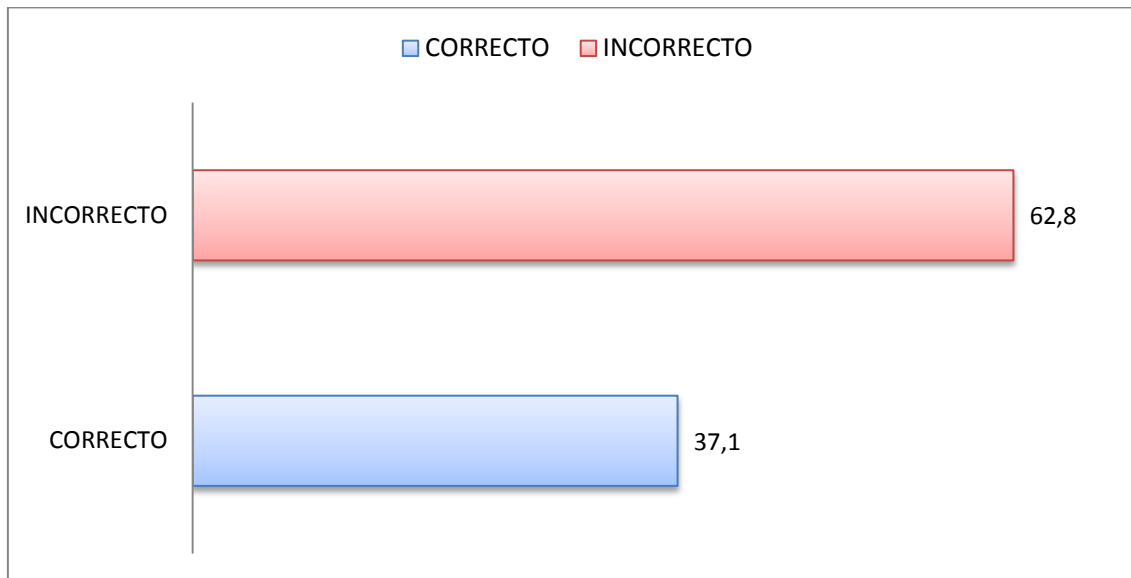
FUENTE: Historia Clínica de estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

ELABORADO POR: Juan Pablo Granda Vélez.

Interpretación:

En relación a los elementos de aseo bucal la mayoría utilizan únicamente pasta y cepillo dental en un 67,2%, el 20,9% utilizan pasta, cepillo y enjuague bucal, en un 7,6% utilizan todos los elementos de higiene dental como los son el cepillo, pasta, hilo dental y enjuague bucal, y en un menor porcentaje de 4,2% utilizan cepillo-pasta e hilo dental.

GRÁFICA 13. TÉCNICA DE CEPILLADO



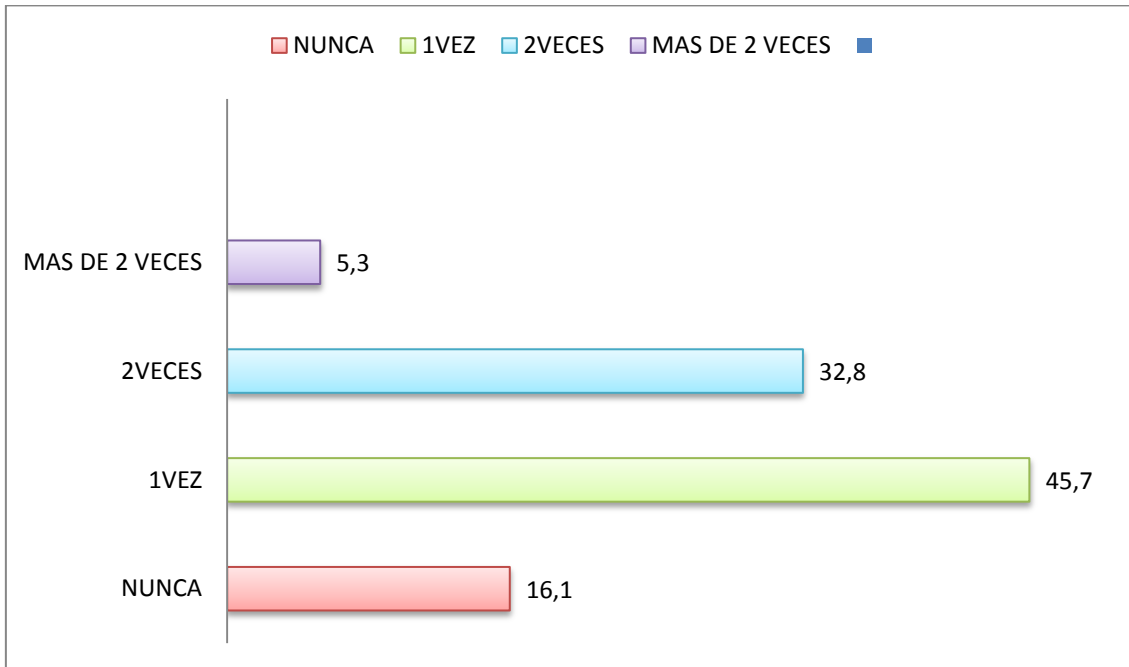
FUENTE: Historia Clínica de estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

ELABORADO POR: Juan Pablo Granda Vélez.

Interpretación:

De esta grafica el 62,8% de la población en estudio realizan una técnica de cepillado incorrecta y el 37,1% utilizan una técnica correcta de cepillado.

GRÁFICA 14. FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTÓLOGO



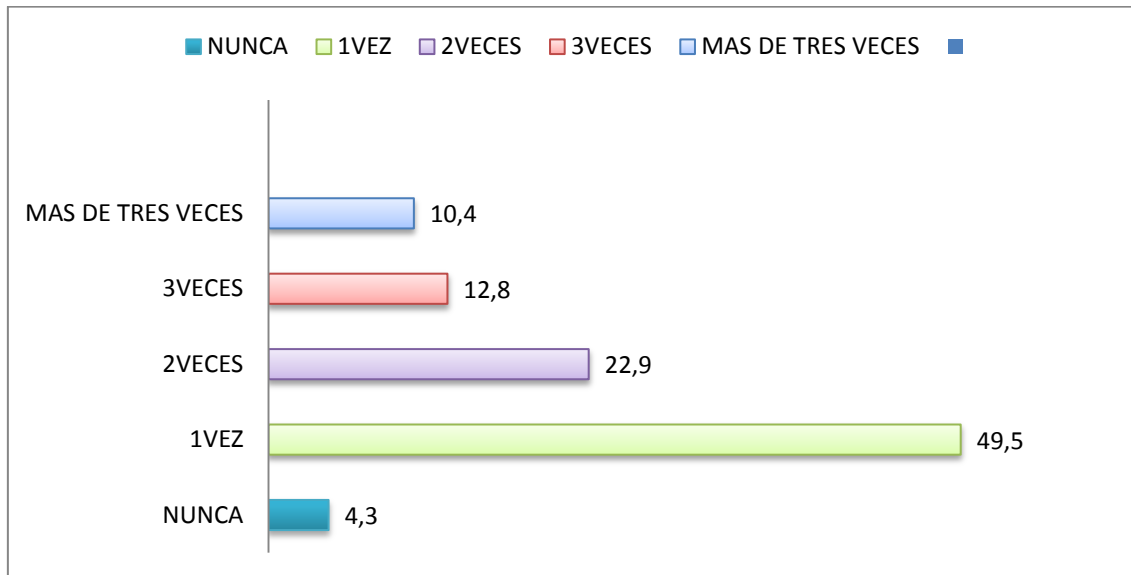
FUENTE: Historia Clínica de estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

ELABORADO POR: Juan Pablo Granda Vélez.

Interpretación:

De toda la población en estudio el 45.7% visita al odontólogo una vez al año, el 32,8% 2 veces al año, el 16,1% nunca lo hacen y el 5.3% más de dos veces al año.

GRÁFICA 15. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS



FUENTE: Historia Clínica de estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

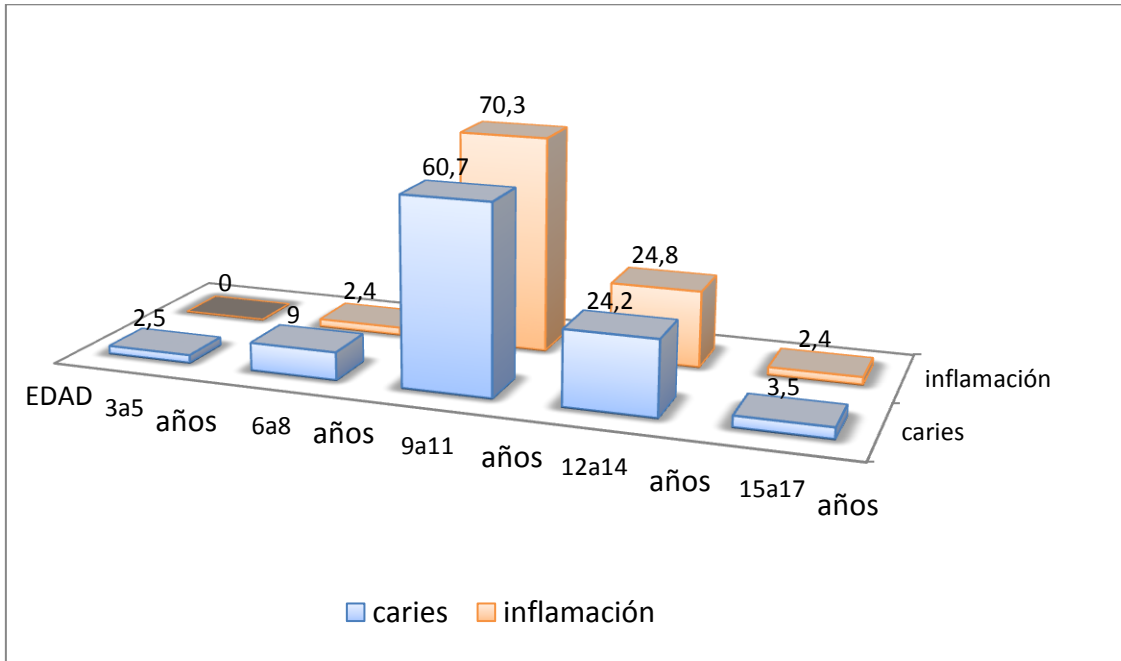
ELABORADO POR: Juan Pablo Granda Vélez.

Interpretación:

Según el consumo de alimentos cariogénicos la población en estudio representado en un 49.5% los consumen una vez al día, el 22,9% dos veces al día, el 12,8% tres veces al día, el 10,4% más de tres veces al día y finalmente con un 4,3% no consumen alimentos cariogénicos.

CRUCE DE VARIABLES

GRÁFICA 16. EDAD-CARIES-INFLAMACIÓN GINGIVAL



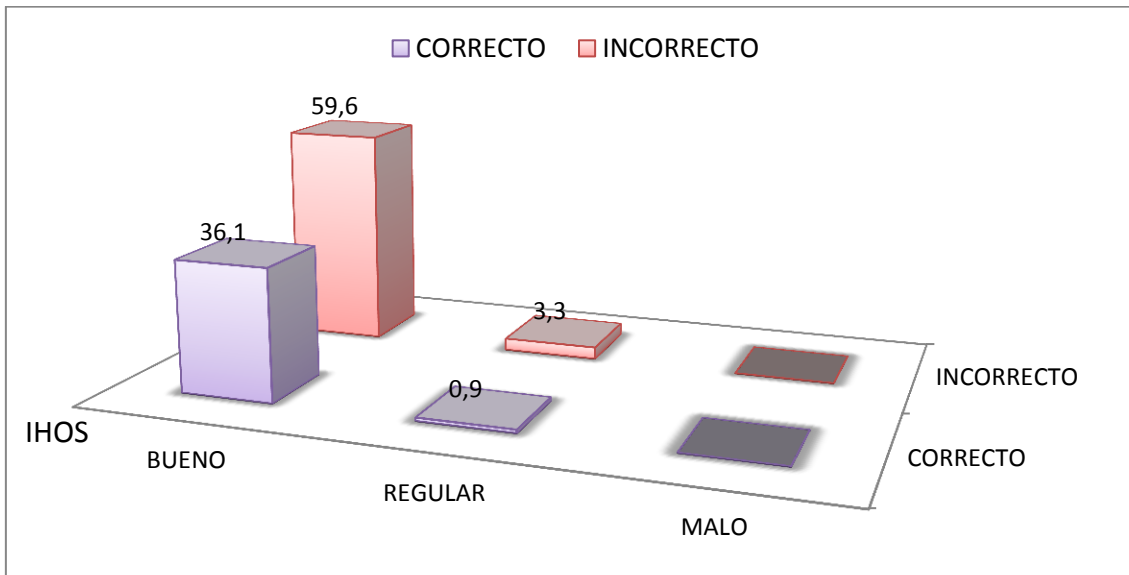
FUENTE: Historia Clínica de estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

ELABORADO POR: Juan Pablo Granda Vélez.

Interpretación:

En la presente grafica las edades comprendidas entre 9 a 11 años presentan caries con un 60,7% acompañado de inflamación gingival con un 70,3%, seguido por las edades de 12 a 14 años el 24,2% presenta caries dental e inflamación gingival con un 24,8%, las edades entre 6 a 8 años presenta caries con el 9% e inflamación gingival con el 2,4% y las edades entre 15 a 17 años presenta caries en un 3,5% acompañado de inflamación gingival con un 2,4%.

GRÁFICA 17. RELACIÓN TÉCNICA DE CEPILLADO- ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)



FUENTE: Historia Clínica de estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

ELABORADO POR: Juan Pablo Granda Vélez.

Interpretación:

La población estudiada presenta dentro de la escala **BUENA** de IHOS (Índice de higiene oral simplificado) un 59,6% con una técnica de cepillado incorrecta y el 36,1% con una técnica de cepillado correcta. En la escala **REGULAR** de IHOS (Índice de higiene oral simplificado), el 3,3% con una técnica de cepillado incorrecta y el 0,9% de la población presenta una técnica de cepillado correcta.

**GRÁFICA 18. EDAD-Dientes cariados, extracción indicada y obturados
(ceo)**

EDAD	TOTAL DE POBLACIÓN	DIENTES CARIADO	EXTRACCIÓN INDICADA	DIENTES OBTURADOS	TOTAL ceo	ESCALA	RESULTADO
3 a 5	5	20	0	9	29	5,8	ALTO
6 a 8	18	69	22	19	110	6,1	ATO
9 a 11	128	188	88	35	311	2,4	BAJO
12a14	52	7	2	0	9	6,1	ALTO

FUENTE: Historia Clínica de estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

ELABORADO POR: Juan Pablo Granda Vélez.

Interpretación:

La presente grafica indica el índice de ceo (dientes cariados, extracción indicada, dientes obturados), **ALTO** encontramos los grupos etéreos de 3 a 5, 6 a 8, 12 a 14 años y en la edad 9 a11 años presenta un índice de ceo **BAJO**.

GRÁFICA 19. EDAD-(Cariados, perdidos y obturados CPOD)

EDAD	TOTAL DE POBLACIÓN	DIENTES CARIADOS	DIENTES PÉRDIDOS	DIENTES OBTURADOS	TOTAL CPOD	ESCALA	RESULTADO
6 a 8	18	32	0	0	32	1,7	BAJO
9 a 11	128	327	9	90	426	3,3	MODERADO
12a14	52	182	6	56	244	4,6	ALTO
15a17	7	40	2	2	44	6,2	ALTO

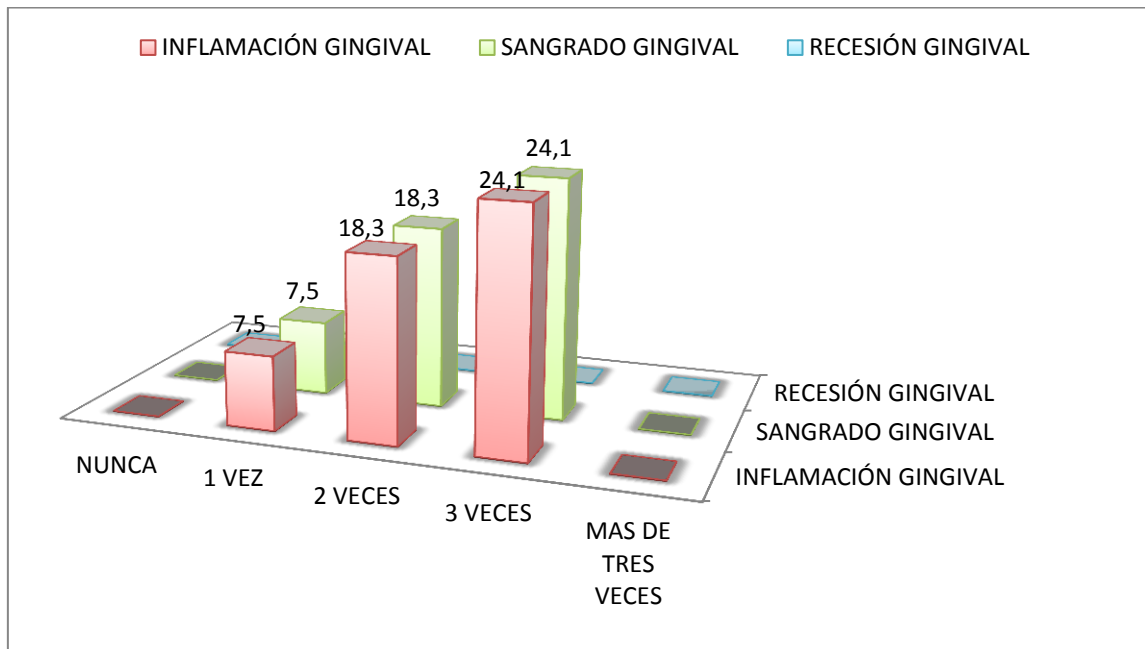
FUENTE: Historia Clínica de estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

ELABORADO POR: Juan Pablo Granda Vélez.

Interpretación:

En edades correspondientes entre 12 a 17 años presentan un índice de CPOD (dientes cariados, perdidos, obturados) **ALTO**, de 9 a 11 años presenta un índice de CPOD **MODERADO** y de 6 a 8 presenta un índice de CPOD **BAJO**.

GRÁFICA 20. RELACIÓN FRECUENCIA DE CEPILLADO-SIGNOS INFLAMATORIOS



FUENTE: Historia Clínica de estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

ELABORADO POR: Juan Pablo Granda Vélez.

Interpretación:

De la población estudiada en cuanto a la frecuencia de cepillado dental los estudiantes que realizan tres veces al día cepillado dental, el 24,1 % presentan inflamación gingival y el 24,1 % sangrado gingival, los que realizan el cepillado dental dos veces al día, el 18,3 % presentan inflamación gingival y el 18,3 % sangrado gingival, y los estudiantes que se cepillan una vez al día, el 7,5 presentan inflamación gingival y el 7,5 sangrado gingival.

7. DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación es conocer el diagnóstico e identificar los factores que se encuentran presentes en los niños y adolescentes de los centros educativos primarios MANUEL RIOFRIO MORA”, “GONZALO ABAD GRIJALVA” Y “JUAN MONTALVO de la parroquia Vilcabamba año 2013.

Para realizar esta investigación se examinaron y realizaron encuestas a 210 niños y adolescentes de las diferentes instituciones.

En la presente investigación se evidenció la presencia de caries dental en un porcentaje de 94,2%, un estudio realizado en Campeche México obtuvo una prevalencia de 89,3 % de caries dental, otro estudio realizado en la ciudad de Navolato, Sinaloa la prevalencia de caries fue de 90,2 %, los mismos que presentan similitud con los resultados obtenidos en el presente estudio; pero a su vez se diferencia de un estudio realizado en la Habana Cuba, en donde los principales resultados se destaca que el 20% de la muestra está afectado por esta enfermedad. (Juan Arias, Junio 2008.) . (Juan José Villalobos Rodelo, Junio 2006).

Se realizó un estudio sobre hábitos bucales deformantes en el municipio Holguín, comprendido a los jóvenes de las edades de 12 y 14 años que practicaban algún hábito bucal en un 29%, el mismo que no guarda similitud con el presente estudio debido a que se obtuvo un 2,3% que practican algún hábito bucal. Debido a que la presente investigación está dirigida en su mayoría a niños. (Suarez P 2004).

Un estudio sobre maloclusiones, revela los siguientes resultados: Clase I 61%, Clase II 9.7%, y Clase III 22.1%, casi similar a la investigación realizada en Venezuela donde cuyo estudio reveló lo siguiente 41,5% para la Clase I, seguido por 17,5% para la Clase II y un 14% para la Clase III. El mismo que guarda similitud con el presente estudio donde se obtuvo que el 36,3% se encuentran la Clase I sin apiñamiento; seguida por la Clase III con un 23,5%.Debido a que la mayor parte población presenta un correcto desarrollo

de los maxilares, con una correcta alineación y posición de los dientes en el arco dental.(Medina C.2008)

Un estudio realizado en el Municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela, nos muestra que el índice CPOD promedio a los 6 años fue de 1,25 (BAJO), a los 12 años fue de 3,88 (MODERADO), presentando similitud con el presente estudio en la edad de 6 años y discrepando a la edad de 12 años debido a que el índice de CPOD es alto. (Kenia M. 2007)

Un Estudio Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares en Ecuador (1996), menciona que el 84% de escolares menores de 15 años tienen presencia de placa bacteriana y el 53% está afectado con gingivitis. . Dicho estudio se correlaciona con lo establecido en la presente investigación donde el 100% presentan placa bacteriana y el 57,61 tienen inflamación gingival. Debido a que la mayor parte de la población utilizan una técnica de cepillado incorrecta. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador).

Según Irigoyen quien realizó el estudio “Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México, menciona que más de un tercio de los escolares (39.5%) refirieron cepillarse los dientes de una a dos veces al día. El mismo tiene concordancia con mis resultados, obteniéndose un 37,2% que se cepillan dos veces al día. (Irigoyen M. 2000)

Otro estudio de Rodríguez, Ricardo y col determinó que “el 80% de los niños se encontraban libres de caries, y que los factores de riesgo que más incidieron fueron la dieta cariogénica y la higiene bucal deficiente”. Dicho estudio no concuerda con el presente debido donde el 94,2% presentaron caries, pero si con los factores de riesgo que predisponen la aparición de dicha patología. (Rodríguez R. 2009)

8. CONCLUSIONES

En el presente trabajo investigativo se concluye que:

- Dentro de las patologías que se pudo identificar en la población de estudio, se encuentra con mayor porcentaje la caries dental con un 94,2%; siendo el grupo más vulnerable la edad comprendida entre 9 a 11 años, seguida de la inflamación gingival con un 57,61%; haciendo referencia que la mayor parte de la población se encuentra con un niveles de salud oral inadecuados.
- El 2,3% de la población en estudio presenta succión digital y dentro de las patologías que inciden con mayor frecuencia son mordida profunda con 11,5 % y mordida abierta anterior con un 10,9%; el 12,8% presenta fluorosis leve y el 5,2% fluorosis moderada.
- Los factores de riesgo encontrados son; la técnica de cepillado con el 62,8% que corresponde a una técnica incorrecta, la frecuencia de cepillado con el 48% que corresponde a tres veces al día, elementos que se utiliza en el aseo bucal con el 67,2% correspondiente a pasta y cepillo dental, frecuencia de visita al odontólogo el 45,7% que corresponde a una vez y la frecuencia del consumo de golosina con el 49,5% que corresponde aquellos que consumen una vez al día.
- El 59,6% de la población presenta una técnica de cepillado incorrecta con un buen índice de higiene oral, lo que nos da a conocer que el IHOS no depende de la técnica de cepillado; si no de la higiene que presente el paciente.
- El 5,7% de la población estudiada presenta una oclusión alterada debido a la ausencia o destrucción total de los primeros molares.

- La ingesta de alimentos cariogénicos es de una sola vez al día con el 49,5%.
- Las edades comprendidas entre 9 a 11 años se encuentran con un alto índice de inflamación gingival en un 70,3%.

9. RECOMENDACIONES

En el presente trabajo investigativo se puede hacer las siguientes recomendaciones:

- El Ministerio de Salud Pública junto con la Dirección de Educación, incrementar las acciones de prevención y promoción de salud oral encaminada a elevar la educación sanitaria desde edades tempranas de la vida.
- Impartir conocimientos de Salud Bucal a docentes de los establecimientos, padres de familia para que de esta forma obtengan una buena Salud Bucal y se pueda conservar hasta un futuro, además se vuelvan multiplicadores de conocimientos para aquellos que no tienen acceso a las mismas informaciones.
- Fomentar en los niños y adolescentes buenos hábitos de higiene oral así como también la importancia de asistir a la Consulta Odontológica para detener la progresión de patologías orales y prevenir la aparición de las mismas.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Sapp, P., Lewis, R., Wysocki, George. (2005) Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición.
2. Bordoni. B; Escobar. R; Castillo M y otros. (2010) Odontología pediátrica. Las Salud Bucal de niño y del adolescente en el mundo. Editorial Médica Panamericana. Primera edición.
3. Cárdenas. (2003) Fundamentos de odontología. Odontología Pediátrica. Corporación para investigaciones biológicas. Tercera edición.
4. Harris. N; García. F. (2005). Odontología preventiva primaria. Segunda Edición Editorial Manual moderno México..
5. Boj. J, Catalá. (2004). Odontopediatría. Primera edición .Editorial Masson S.A.
6. Lindhe, J. (2009) Periodontología clínica e implantología. Quinta edición, Tomo I editorial médica panamericana.
7. Vajdi, G. (2011) Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Panamá: Primera edición, Medical Publisher.
8. Bo, Rj. M. Catala. C, García. B, A. Mendoza. (2004); Odontopediatría. Editorial Masson. S. A.
9. Hernández, M. (2007). Epidemiología Diseños y Análisis de estudio. México: Editorial Medica Panamericana
10. Julio Barrancos Mooney; (2006). Operatoria Dental. Buenos Aires. 4 Edición. Editorial Panamericana.

- 11.Emili, C. Pilar, Baca. (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3Edición. Editorial. Masson.
- 12.Higashida, B. (2000).Odontología preventiva. 1 Edición; Editorial. Mac Graw-Hill Interamericana.
- 13.Cobos, M., García, J. (2005). Manuel Técnico Superior en Higiene Bucodental. Editorial. Mad. S. L.
- 14.Hernández, M. (2007). Epidemiología Diseños y Análisis de estudio. México: Editorial Medica Panamericana.
- 15.Gómez, F.; Campos A. (2009). Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. México: Editorial Panamericana. Tercera Edición.
- 16.Obediente, E. (2007). Fonética y Fonología. Venezuela: Consejo de Publicaciones.
- 17.Oñate, L. (2008). Biología I. Venezuela: Cengage Learning.
- 18.Cárdenas, D. (2003). Odontología Pediátrica. Colombia: Corporación para Investigadores Biológicos, Tercera Edición.
- 19.Vélez, L. (2004). Ética Médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. Colombia: Corporación para Investigación Biológicos. Tercera Edición.
- 20.King, S. (2010); Análisis de la Orina y de los líquidos corporales. Editorial panamericana quinta edición.
- 21.Rodríguez, C. (2008); Lecciones de Embriología. Editorial Universidad de Oviedo.
- 22.Del Pozo, C. (2006) Manual de Patología General. Editorial Masson. Sexta Edición. Barcelona España.

23. Saldaña, L. (2009) Odontopediatría. Universidad de San Carlos de Guatemala. Primera Edición.
24. Novelline, A. (2003). Fundamentos de radiología. Editorial Masson. 1° Edición.
25. Aguilar, J. (2001). La Participación Comunitaria en Salud ¿Mito o Realidad?. Editorial. Díaz de Santos.
26. Higashida B. (2000). Odontología preventiva. México: MacGraw-Hill Interamericana.
27. Carranza; S. (1996). Compendio de Periodoncia. Editorial. Medica Panamericana. 5° Edición. Capítulo 4.
28. Ferres, M. Montesinos, C. (2002). Manual de Embriología y Anatomía General. 2° Edición.
29. Irigoyen, M y col. (2004) Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México. 1° Edición.
30. Rodríguez, R. (2009) Factores de riesgo asociados con la caries dental en niños de círculos infantiles, Cubana Estomatología, Vol 46, N°2.
31. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normatización del Sistema Nacional de Salud. Área de Salud Bucal. Normas y Procedimientos de Atención Bucal. Primer Nivel. 2009
32. Kenia M y col; Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal. Área III; Rev. Cubana Estomatología, Vol. 44, N°4, Diciembre 2007.

33. Agurto, P. Díaz, R. Cádiz, O. Bobenrieth, F. (1999). Frecuencia de Malos Hábitos Orales y su Asociación con el Desarrollo de Anomalías Dentomaxilares en Niños de 3 a 6 Años del Área Oriente de Santiago. Revista Chilena de Pediatría, Disponible en: http://www.scielo.cl/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0370-41061999000600004&LNG=EN&NRM=ISO&TLNG=EN
34. Artículo: J. Peyrí. (1998). Patología Ungueal Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica; Disponible en: http://hispasante.hispagenda.com/documentacion/guias/medicina/dermatologia/pdtdp/22_Patologia_ungueal.pdf.
35. Diccionario de la Lengua Española, (2005), Espasa – Calpe disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/diagn%C3%B3stico>.
36. Dental Dent. (2013). Que es un diastema. Disponible en: <http://www.deltadent.es/blog/2010/04/23/que-es-el-diastema-dental-clinica-dental-en-madrid-deltadent/>.
37. Fundación nacional para las Displasias ectodérmicas. Guía familiar para las displasias ectodérmicas. (1998). Disponible en: <http://www.displasiaectodermica.org/pdfs/gfnfed.pdf>.
38. Organización Mundial de la Salud. (2013). Enfermedades crónicas. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.
39. Diccionario de la Lengua Española, (2005) Espasa – Calpe disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/enfermedad>.
40. The free dictionary, (2013). Esclerótica. Disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/escler%C3%B3tica>.

41. Diccionario de la Lengua Española, (2005). Espasa – Calpe, disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/escolaridad>.
42. Definición De. (2008 – 2013) copyright. Disponible en: <http://definicion.de/inmunidad/>.
43. The free dictionary, (2013). Estanciero. Disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/estanciero>.
44. Constanza Mercedes. Feb (2001). Esmalte.(86 diapositivas preparadas por Constanza Mercedes). Disponible en: <http://www.slideshare.net/constanzamercedes/esmalte-cons>.
45. Instituto Nacional de Estadística.- (Madrid, 2013). Disponible en: www.ine.es/indicadores.demograficos/.
46. Peter Parham. Inmunología. Editorial medica Panamericana Amazon.com. (2005) Disponible en: http://books.google.com.ec/books?id=IX3Sqib_1ooC&pg=PA437&dq=inmunosupresor&hl=es419&sa=X&ei=dOpvUomYHtjd4APb_oD4Dg&ved=0CEwQ6AEwBzgK#v=onepage&q=inmunosupr.
47. Diccionario Babylon (2013). Disponible en: <http://diccionario.babylon.com/isquemia/>.
48. Grupo peralvillo (2013). Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/21514181/Modelo-de-atencion-integral-de-salud-MAIS>.
49. Onsalus. Diccionario (2013) Médico. Disponible en: <http://www.onsalus.com/diccionario/anticonvulsivante/1499>

50. Scientific Committees (2010). Diccionario Médico. Disponible en: <http://ec.europa.eu/health/opinions/es/biocidas-resistencia-antibioticos/glosario/abc/biofilm.htm>
51. Enciclopedia libre Universal en Español (2011). Calidad de vida. Disponible en: http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida
52. Montesinos Daniela. (2002), Resumen capítulo 1 libro "Dental Caries"/Portafolio No.3 CICB2011.05/12/2011. Disponible en: <https://sites.google.com/site/portafolio3cicb2011/3-resumen-capitulo-1-libro-dental-caries>
53. Guzmán F. y Arias A. La historia Clínica: elemento fundamental del acto médico. Artículo especial. Colombia (2012). Disponible en: <http://www.ascocirugia.org/revista/revistaeneromarzo2012/6-%20Historia%20clinica.pdf>
54. Hidalgo E. La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños. Revista Cubana de Estomatología. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072008000100004&script=sci_arttext
55. Revista ADM. Asociación dental Mexicana. Piezas con fluorosis dental (1997). Volumen IV. Pág.220 Disponible en: <http://books.google.es/books?id=WzaaAAAAIAAJ&pg=PA186&dq=Revista+ADM.+Asociaci%C3%B3n+dental+Mexicana.+Volumen+IV,+Agosto&hl=en&sa=X&ei=MWFsUoC6H9TJkAe60IHQAQ&ved=0CDUQ6AEwAQ#v=onepage&q=Revista%20ADM.%20Asociaci%C3%B3n%20dental%20Mexicana.%20Volumen%20IV%2C%20Agosto&f=false>

56. Azpeitia, L.; Valadez, M. (2009) Factores de riesgo para fluorosis dental en escolares de 6 a 15 años de edad. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093f.pdf>
57. Flavio Vellini, Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. (2009). (en línea). Sao Paulo. Artes Medicas. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
58. Rosa Maria Massón, Desarrollo de los dientes y la Oclusión. (en línea). Disponible en: <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf>.
59. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. (2004-2005). Caracas Venezuela Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>.
60. González, G. y Marrero L. (2012). Mordida Cruzada Anterior. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria, disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art19.asp>.
61. Aparecido, O. (2011). Mordida cruzada posterior. Corrección y consideraciones. Caso clínico con 7 años de seguimiento. Acta Odontológica Venezolana, 49 (13). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/1/art12.asp>.
62. González, M., Gianfranco, G., Herrera, D., Quirós, O. (2012). Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria, disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>.

63. Lugo, C., Toyo, I. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>.
64. Agurto, P. Díaz, R. Cádiz, O. Bobenrieth, F. (1999). Frecuencia de Malos Hábitos Orales y su Asociación con el Desarrollo de Anomalías Dentomaxilares en Niños de 3 a 6 Años del Área Oriente de Santiago. Revista Chilena de Pediatría, Disponible en: http://www.scielo.cl/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0370-41061999000600004&LNG=EN&NRM=ISO&TLNG=EN
65. Juan Pablo Villa Barragán. (2012) Diagnóstico de Servicio de Salud. (24 diapositivas preparadas por Juan Pablo Villa). Obtenible en: http://www.pediatría.gob.mx/diplo_diagsit.pdf.
66. Numan Maldonado. Plan Participativo de Fortalecimiento de la Democracia y Desarrollo del Cantón Loja. (2005 Marzo). Disponible en: www.loja.gob.ec/files/docman/diagnostico.pdf.
67. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja. Detalles de la parroquias rurales y urbanas del Cantón Loja.(2013). Disponible en: <http://www.loja.gob.ec>.
68. Jhon Ortega; Santiago Silva y Silvana Boroja. Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial. (2011) Disponible en: <http://www.vilcabamba.gob.ec/index.php/pdot>.
69. REGLAMENTO Y CONTROL SANITARIO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y DENTALES. Perfil Profesional, Registro oficial. (20-abr-2009). Disponible en: <http://www.lacamara.org/ccg/publicacionesyremitidos/reglamento%20y%20cs%20de%20dispositivos%20medicos%20y%20dentales.pdf>

70. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Normalización del Sistema Nacional de Salud. Área de Salud Bucal. Normas y Procedimientos de Atención Bucal. Primer Nivel. (2009) disponible en: <http://es.scribd.com/doc/75990028/Normas-y-Procedimientos-de-Atencion-Integral-de-Salud-a-Adolescentes-2009>

71. MARCO TEÓRICO, COMPONENTES Y PRODUCTOS. Subsecretaría de extensión de la protección social, (2010). Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/37122012/Marco-Teorico-Del-Modelo>.

11. ANEXOS

ANEXO # 1 ENCUESTA



"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA" N° de hoja:
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PRE-GRADO
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

"DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DE LAS PARROQUIAS RURALES DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013"

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha: ____/____/____
Parroquia:
Nombre de la institución:
Nombre del Alumno:
Género: F () M ()

Edad del Alumno (a):
Año de educación:

2. INFORMACIÓN SOBRE HIGIENE ORAL

- ¿Con qué frecuencia cepilla Ud. sus dientes al día?
Nunca ()
Una vez ()
Dos veces ()
Tres veces ()
Más de tres veces ()

- ¿Qué elementos Ud. usa en su aseo bucal?
Cepillo ()
Pasta dental ()
Hilo dental ()
Enjuague bucal ()

- ¿Cuál es la técnica de cepillado que Ud. Utiliza?
Correcto () Incorrecto ()

- Al cepillarse los dientes hay presencia de sangrado?
Sí () No ()

- ¿Con qué frecuencia usted visita al odontólogo?
Nunca ()
Una vez al año ()
Dos veces al año ()
Más de dos veces al año ()

3. ¿De los siguientes alimentos (golosinas, frituras, galletas, colas) con que frecuencia consume en un día?

- Nunca ()
Una vez ()
Dos veces ()
Tres veces ()
Mas de tres veces ()

Validación de Especialista Tannya Valarezo
COORDINADOR DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA





"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA" N° de hoja:
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PRE-GRADO
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

"DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS
PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DE LAS PARROQUIAS RURALES DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013"

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha: 15 / 10 / 2013
Parroquia: Intakajuba
Nombre de la institución: Juan Montalvo
Nombre del Alumno: Juan Andrés Alexan
Género: F () M ()
Edad del Alumno (a): 13 años
Año de educación: 10^{mo} año

2. INFORMACIÓN SOBRE HIGIENE ORAL

• ¿Con qué frecuencia cepilla Ud. sus dientes al día?

- Nunca ()
Una vez ()
Dos veces ()
Tres veces ()
Más de tres veces ()

• ¿Qué elementos Ud. usa en su aseo bucal?

- Cepillo ()
Pasta dental ()
Hilo dental ()
Enjuague bucal ()

• ¿Cuál es la técnica de cepillado que Ud. Utiliza?

- Correcto () Incorrecto ()

• Al cepillarse los dientes hay presencia de sangrado?

- Si () No ()

• ¿Con qué frecuencia usted visita al odontólogo?

- Nunca ()
Una vez al año ()
Dos veces al año ()
Más de dos veces al año ()

3. ¿De los siguientes alimentos (golosinas, frituras, galletas, colas) con qué frecuencia consume en un día?

- Nunca ()
Una vez ()
Dos veces ()
Tres veces ()
Más de tres veces ()



"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA" N° de hoja:
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PRE-GRADO
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

"DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DE LAS PARROQUIAS RURALES DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013"

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha: 15 / 10 / 2013
Parroquia: Atacajuba
Nombre de la institución: Juan Montalvo
Nombre del Alumno: Juan Andrés Melchán
Género: F () M ()
Edad del Alumno (a): 13 años
Año de educación: 10.º año

2. INFORMACIÓN SOBRE HIGIENE ORAL

• ¿Con qué frecuencia cepilla Ud. sus dientes al día?

- Nunca ()
Una vez ()
Dos veces ()
Tres veces ()
Más de tres veces ()

• ¿Qué elementos Ud. usa en su aseo bucal?

- Cepillo ()
Pasta dental ()
Hilo dental ()
Enjuague bucal ()

• ¿Cuál es la técnica de cepillado que Ud. Utiliza?

- Correcto () Incorrecto ()

• Al cepillarse los dientes hay presencia de sangrado?

- Si () No ()

• ¿Con qué frecuencia usted visita al odontólogo?

- Nunca ()
Una vez al año ()
Dos veces al año ()
Más de dos veces al año ()

3. ¿De los siguientes alimentos (golosinas, frituras, galletas, colas) con que frecuencia consume en un día?

- Nunca ()
Una vez ()
Dos veces ()
Tres veces ()
Más de tres veces ()



"DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DE LAS PARROQUIAS RURALES DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013"

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha: 15 / 10 / 2013
Parroquia: Villapamba
Nombre de la institución: Juan Montalvo
Nombre del Alumno: Juanita Ríos
Género: F M

Edad del Alumno (a): 15 años
Año de educación: 10mo año

2. INFORMACIÓN SOBRE HIGIENE ORAL

• ¿Con qué frecuencia cepilla Ud. sus dientes al día?

Nunca
Una vez
Dos veces
Tres veces
Más de tres veces

• ¿Qué elementos Ud. usa en su aseo bucal?

Cepillo
Pasta dental
Hilo dental
Enjuague bucal

• ¿Cuál es la técnica de cepillado que Ud. Utiliza?

Correcto Incorrecto

• Al cepillarse los dientes hay presencia de sangrado?

Si No

• ¿Con qué frecuencia usted visita al odontólogo?

Nunca
Una vez al año
Dos veces al año
Más de dos veces al año

3. ¿De los siguientes alimentos (golosinas, frituras, galletas, colas) con que frecuencia consume en un día?

Nunca
Una vez
Dos veces
Tres veces
Más de tres veces

ANEXO # 2 HISTORIA CLINICA

**"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PRE-GRADO
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos: _____ Parroquia: _____
 Sexo: _____ Grado o curso: _____
 Edad: _____ Establecimiento: _____

PATOLOGÍAS

1. CARIES Si () No ()

OTRAS PATOLOGÍAS DENTALES

Alteraciones de número ()
 Alteraciones de forma ()
 Alteraciones de estructura ()

2. INFLAMACIÓN GINGIVAL Si () No ()

Recesión gingival Si () No ()
 Sangrado Si () No ()

3. MALOCCLUSIÓN

Dentición temporal

- Escalón mesial ()
- Plano terminal recto ()
- Escalón distal ()

Dentición permanente

Clase I () Con apiñamiento ()
 Sin apiñamiento ()
 Clase II () Subdivisión I ()
 Subdivisión II ()
 Clase III ()

4. FLUOROSIS DENTAL

Sin fluorosis ()
 Leve ()
 Moderada ()
 Severa ()

ALTERADA ()

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S



5. HÁBITOS

Ninguno ()
 Succión digital ()
 Respiración bucal ()
 Deglución atípica ()
 Interposición lingual ()

6. PATOLOGÍAS
 Ninguna ()
 Pérdida prematura de dentición decidua ()
 Mordida abierta anterior ()
 Mordida abierta posterior ()
 Mordida profunda ()
 Mordida cruzada anterior ()
 Mordida cruzada posterior ()
 Mordida bis a bis

ODONTOGRAMA

Descripción de los hallazgos radiográficos, incluyendo análisis de caries, periodontitis, y otros hallazgos relevantes en la radiografía.

Ceo: _____
 CPOD: C. _____ P. _____ O. _____ D. _____

Validación de la Historia Clínica por el Especialista Fanny Valarezo
COORDINADOR DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA



**"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PRE-GRADO
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos: *Juan Andrés Merchan*
 Sexo: *Masculino*
 Edad: *13 años*

Parroquia: *Niñosorco*
 Grado o curso: *1er año*
 Establecimiento: *Juan Montalvo*

PATOLOGÍAS

1. **CARIES** Si () No ()

OTRAS PATOLOGÍAS DENTALES

Alteraciones de número ()
 Alteraciones de forma ()
 Alteraciones de estructura ()

2. **INFLAMACIÓN GINGIVAL** Si () No ()

Recesión gingival Si () No ()
 Sangrado Si () No ()

3. **MALOCLUSIÓN**

Dentición temporal

- Escalón mesial ()
- Plano terminal recto ()
- Escalón distal ()

Dentición permanente

Clase I (<input checked="" type="checkbox"/>)	Con apiñamiento (<input checked="" type="checkbox"/>) Sin apiñamiento ()
Clase II ()	Subdivisión I () Subdivisión II ()
Clase III ()	

4. **FLUOROSIS DENTAL**

Sin fluorosis ()
 Leve ()
 Moderada ()
 Severa ()

ALTERADA ()

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S

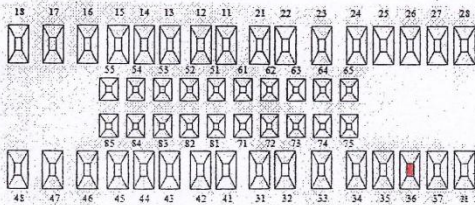
5. **HÁBITOS**

Ninguno ()
 Succión digital ()
 Respiración bucal ()
 Deglución atípica ()
 Interposición lingual ()

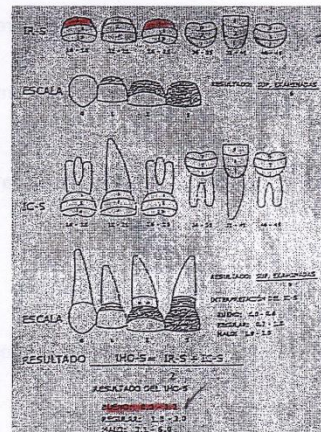
6. **PATOLOGÍAS**

Ninguna ()
 Pérdida prematura de dentición decidua ()
 Mordida abierta anterior ()
 Mordida abierta posterior ()
 Mordida profunda ()
 Mordida cruzada anterior ()
 Mordida cruzada posterior ()
 Mordida bis a bis ()

ODONTOGRAMA



Ceo:c.....e.....o.....
 CPOD: C *1* P *0* O *0* D = *1*



= 2/6
 = 0,33

**"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PRE-GRADO
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos: *Aurilio Alba Riquie*
Sexo: *Femenino*
Edad: *15 años*

Parroquia: *Alto Combeza*
Grado o curso: *tercer año*
Establecimiento: *Juan Humberto*

PATOLOGÍAS

1. **CARIES** Si () No ()

OTRAS PATOLOGÍAS DENTALES

Alteraciones de número ()
Alteraciones de forma ()
Alteraciones de estructura ()

2. **INFLAMACIÓN GINGIVAL** Si () No ()

Recesión gingival Si () No ()
Sangrado Si () No ()

3. **MALOCLUSIÓN**

Dentición temporal

- Escalón mesial ()
- Plano terminal recto ()
- Escalón distal ()

Dentición permanente

Clase I (<input checked="" type="checkbox"/>)	Con apiñamiento (<input checked="" type="checkbox"/>) Sin apiñamiento (<input checked="" type="checkbox"/>)
Clase II ()	Subdivisión I () Subdivisión II ()
Clase III ()	

4. **FLUOROSIS DENTAL**

Sin fluorosis ()
Leve ()
Moderada ()
Severa ()

ALTERADA ()

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S

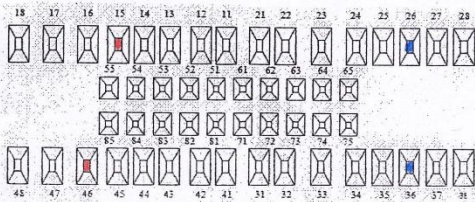
5. **HÁBITOS**

Ninguno ()
Succión digital ()
Respiración bucal ()
Deglución atípica ()
Interposición lingual ()

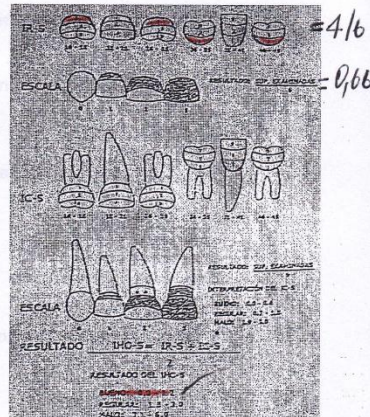
6. **PATOLOGÍAS**

Ninguna ()
Pérdida prematura de dentición decidua ()
Mordida abierta anterior ()
Mordida abierta posterior ()
Mordida profunda ()
Mordida cruzada anterior ()
Mordida cruzada posterior ()
Mordida bis a bis ()

ODONTOGRAMA



Ceo:c.....e.....o.....
CPOD: C. 2 P. 0 O. 2 D. = 4



ANEXO # 3 CERTIFICACIONES DE LAS ESCUELAS

Loja, 5 de Noviembre del 2013

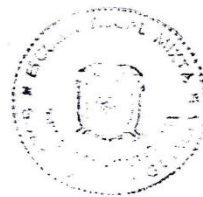
Sra. Manuela de Jesús Torres Jiménez
DIRECTORA DE LA ESCUELA GONZALO ABAD GRIJALVA

CERTIFICA:

Que el Sr. **JUAN PABLO GRANDA VÉLEZ**, con CI. 1104814262 que el día 14 de octubre del presente año, realizó diagnósticos bucales, impartió charlas de Prevención y Promoción de salud oral y entregó implementos de higiene oral, *cumpliendo su labor con absoluta responsabilidad, entrega y compromiso a cada uno de los estudiantes.*

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente:



Manuela de Jesús Torres Jiménez
DIRECTORA

Loja, 5 de Noviembre del 2013

Sra. Julia Esther Carrera Durazno
DIRECTORA DE LA ESCUELA MANUEL RIOFRÍO MORA

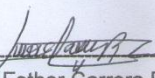
CERTIFICA:

Que el Sr. **JUAN PABLO GRANDA VÉLEZ**, con CI. **1104814262** que el día 14 de octubre del presente año, realizó diagnósticos bucales, impartió charlas de Prevención y Promoción de salud oral y entregó implementos de higiene oral, cumpliendo su labor con absoluta responsabilidad, entrega y compromiso a cada uno de los estudiantes.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente:





Julia Esther Carrera Durazno
DIRECTORA

Loja, 6 de Noviembre del 2013

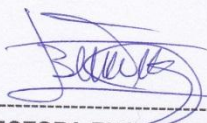
Lic. Beatriz Campoverde V.
DIRECTORA ENCARGADA DE LA ESCUELA JUAN MONTALVO

CERTIFICA:

Que el Sr. **JUAN PABLO GRANDA VÉLEZ**, con, Cl. **1104814262**, que el día 15,16, 17 y 18 de octubre del presente año, realizó diagnósticos bucales, impartió charlas de Prevención y Promoción de salud oral y entregó implementos de higiene oral, cumpliendo su labor con absoluta responsabilidad, entrega y compromiso a cada uno de los estudiantes.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente:



DIRECTORA ENCARGADA



CERTIFICACIÓN

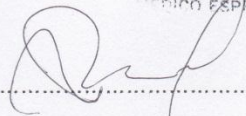
Loja, 30 de Octubre del 2013

Doctor.
JOSÉ PROCEL.
COORDINADOR DEL MACROPROYECTO.

CERTIFICA:

Que la presente tesis titulada: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS MANUEL RIOFRÍO MORA, JUAN MONTALVO Y GONZALO ABAD GRIJALVA DE LA PARROQUIA VILCABAMBA DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013**, elaborado por: Juan Pablo Granda Vélez, ha sido rigurosamente supervisada, revisada, corregida y sobre todo asesorada por mi persona en todo el desarrollo de la misma por lo que se autoriza la presentación de la misma al respectivo director de tesis.

Dr. Manuel José Procel González
MÉDICO ESPECIALISTA



DR. JOSÉ PROCEL

ANEXO # 4 GLOSARIO

1. **Anticonvulcionantes:** Relativo a una sustancia o procedimiento que previene o reduce la intensidad de las convulsiones epilépticas o de otros fenómenos convulsivos. (ONSALUS 2013)
2. **Ameloblastos:** Célula epitelial a partir de la cual se forma el esmalte de los dientes (ONSALUS 2013)
3. **Autosómico:** Relativo a toda circunstancia que se transmite a través de un autosoma. (ONSALUS 2013)
4. **Biofilm:** Un biofilm es una estructura colectiva de microorganismos que se adhiere a superficies vivas o inertes y está revestida por una capa protectora segregada por los propios microorganismos. Las bacterias que viven como un biofilm son capaces de resistir a los biocidas y a los antibióticos de un modo más eficaz que aquellas que viven como organismos libres, y soportan dosis considerablemente mayores de productos antimicrobianos. (Scientific Committees 2010)
5. **Calidad de vida:** La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores (Enciclopedia libre Universal en Español 2011)
6. **Congénita:** Lo hereditario es lo transmitido por las células sexuales y lo congénito es lo que está presente en el momento del nacimiento. Existen anomalías heredadas por transmisión genética y anomalías congénitas que se manifiestan en el momento del nacimiento. No todas las anomalías congénitas son de transmisión genética, y no todas las alteraciones heredadas se manifiestan en el momento del nacimiento. Las lesiones que padece el feto por una rubeola materna son alteraciones congénitas no hereditarias. La corea de Huntington es una afección hereditaria que no se presenta hasta mucho después del

nacimiento. Entre las alteraciones congénitas las hay de origen ambiental como la rubéola, de origen genético como las mutaciones genéticas y las alteraciones cromosómicas, y de origen mixto, en las que pueden jugar un papel ambos factores (Monedero C 1982)

7. **Cuantitativo:** tipo de estudio que utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población. (Mauricio Hernández 2007)
8. **Diagnóstico.-** Identificación de la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus signos y síntomas característicos. (Diccionario de la Lengua española, 2005)
9. **Diastema.-** Espacio que se da entre los dientes, por lo general en los dos incisivos superiores. (Dental Dent, 2013)
10. **Displasia ectodérmica.-** Es una alteración en la cual existen anomalías de dos o más estructuras ectodérmicas y que es causada por factores genéticos. (Fundación nacional para las Displasias ectodérmicas. 1998)
11. **Enfermedad.-** Alteración de la salud. (Diccionario de la Lengua española, 2005)
12. **Enfermedad crónica.-** Enfermedad de larga duración y por lo general de progresión lenta. (Organización Mundial de la Salud. 2013)
13. **Esclerótica.-** Membrana blanca, gruesa, resistente y opaca que constituye la capa exterior del globo del ojo. (The free dictionary, 2013)
14. **Escolaridad.-** Conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes. (Diccionario de la Lengua española, 2005)
15. **Estado inmunitario.-** Es el conjunto de estructuras y procesos biológicos de un organismo que supone una protección contra las enfermedades, ya que logra identificar y eliminar las células patógenas.

16. **Estanciero.-** Persona que posee un establecimiento rural. (The free dictionary, 2013)
17. **Estudio Epidemiológico:** Es el estudio de la distribución, frecuencia, determinantes, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y la enfermedad de las poblaciones humana. Y la aplicación de los resultados en beneficio de ellas. (Mauricio Hernández 2007)
18. **Fluido crevicular:** Se trata de un líquido formado por plasma extravasado y componentes fluidos de naturaleza extracelular. El fluido crevicular fluye normalmente en el surco y ejerce un efecto de limpieza y protección a dicho nivel. (Gómez F, Campos A. 2009)
19. **Fonoarticulación:** Es la emisión de sonidos del lenguaje por un conjunto de mecanismos fisiológicos y neurofisiológicos. (Obediente Enrique 2007)
20. **Grupo de Riesgo:** Son los grupos que tienen una mayor probabilidad de adquirir una enfermedad o de morir como consecuencia de ella. (Mauricio Hernández 2007)
21. **Hipertonico:** Es el sitio que contiene mayor concentración de soluto. (Oñate L. 2008)
22. **Hipotónico:** es el sitio que contiene menor concentración de soluto. (Oñate L. 2008)
23. **Hipomineralización:** Se da cuando el flúor interactúa con los tejidos durante la mineralización, dando un incremento de la porosidad, apariencia opaca de la subsuperficie del esmalte. (Cardenas Darío 2003)
24. **Iatrogenia:** Es la acción adversa o perjudicial que resulta directa o indirectamente de la actividad, tanto terapéutica como diagnóstica del equipo de salud. (Velez Luis 2004).
25. **Índice demográfico:** Los índices demográficos se suelen referir a las cohortes, el conjunto de personas nacidas en un período determinado. Una forma muy habitual de representar gráficamente el tamaño de diferentes cohortes en un momento determinado es la pirámide de población. El análisis longitudinal de cohortes y las comparaciones entre

cohortes son también muy ilustrativas de la dinámica de población. (Instituto Nacional de Estadística.- Madrid, 2013)

26. **Índice CPO-D:** El Índice CPO-D considera toda la historia de la patología en el individuo, ya que es su registro se incluyen datos sobre: las piezas dentarias con lesión activa y clínicamente evidente (cariadas), las piezas dentarias extraídas - perdidas por caries dental y aquellas que están indicadas para una extracción (perdidas), las piezas que ya recibieron tratamiento para la caries dental (obturadas) (Klein, Palmer y Knutson). (LUIS ARTURO DE LEÓN SALDAÑA 2009).
27. **Inmunosupresor:** Consiste en productos microbianos que inhiben las vías de señalización de la activación de las células T. (PETER PARHAM 2005)
28. **Isquémico:** Proceso por el que se interrumpe la circulación sanguínea en algún sector o sectores de la red de vasos arteriales del organismo. La interrupción puede afectar a vasos de las extremidades, tubo digestivo, corazón, cerebro, dando lugar a síntomas variados según cada caso, pero que tienen en común cambios cualitativos y alteraciones en el funcionalismo del sector afectado (DICCIONARIO BABYLON 2013)
29. **MAIS:** Modelo de atención integral de la Salud. Es la forma y los contenidos de la atención en salud que una sociedad la utiliza para la entrega de la atención incluyendo valores, políticas, el uso, la interacción respuesta a las necesidades, expectativas y demandas de salud de las personas.(GRUPO PERALVILLO 2013)
30. **Mesodermo:** Es la hoja embrionaria media, que se diferencia para constituir, el crecimiento fijación y movilidad visceral, y contribuye a la formación de órganos como el bazo, corteza suprarrenal, gónada, corazón y genitales. (C. RODRIGUEZ. F.J. NAVAS. 2008)
31. **Opalescente:** Turbio- lechoso, nebuloso. (SUSAN KING STRASINGER 2010)
32. **Osteogénesis Imperfecta:** La osteogénesis u osteogenia imperfecta (OI) es una enfermedad congénita, lo que quiere decir que está presente

al nacer. Con frecuencia es causada por un defecto en un gen que produce el colágeno tipo 1, un pilar fundamental del hueso. Existen muchos defectos diferentes que pueden afectar este gen y la gravedad de esta enfermedad depende del defecto específico de dicho gen. La osteogénesis imperfecta es una enfermedad autosómica dominante, lo que quiere decir que usted la padecerá si tiene una copia del gen. La mayoría de los casos de OI se heredan de uno de los padres, aunque algunos casos son el resultado de nuevas mutaciones genéticas. (MEDLINE PLUS 2011)

33. **Parroquia:** Territorio que está bajo la jurisdicción de una determinada iglesia. División política territorial de menor rango (tercer nivel). (WORDKEREFEERENCE.COM 2013)
34. **Patología:** Es la ciencia que se encarga del estudio de las enfermedades. Se ocupa de la causa de la enfermedad de la forma como se interpreta la causalidad en la ciencia, es decir relación causa efecto. (B. Y S. CASTRO DEL POZO 2006)
35. **Placa Bacteriana:** Es una película incolora, que se adhiere al diente, restauraciones, implantes, esta compuestas por diversas bacterias y células descamadas, leucocitos y macrófagos, dentro de una matriz de proteínas y polisacáridos (Carranza. 1996).
36. **Primordio dental:** Llamado también yema dentaria es aquella que ayuda a la formación de la encía, dejando una muesca en el mesodermo la cual se transformara en la cresta alveolar o lugar de la implantación de las apófisis alveolares (V. Smith; E. Ferres, M. Montesinos).
37. **Prismas del Esmalte:** Son estructuras longitudinales que se dirigen desde la conexión amelodentinaria hasta la superficie del esmalte, su diámetro es menor en su punto de origen aumentando gradualmente hasta llegar a la superficie.
38. **Radiodensidad:** se refiere a la apariencia blanca opaca de materiales relativamente densos o sustancias en los estudios de

imágenes radiográficas, en comparación con la aparición relativamente más oscura de materiales menos densos.

39. **Rural:** proviene del latín *rusticus*, que tiene por objetivo hacer referencia a lo perteneciente o relativo a la vida del campo .
40. **Salud:** Es la ausencia de enfermedad e invalidez, con buen estado de salud tanto físico mental y social.
41. **Prognatismo:** Es el crecimiento excesivo y desproporcionado del maxilar inferior debido a traumas o a un atavismo, origina la enfermedad conocida como PROGNATISMO, que se traduce en un severo problema que afecta al paciente en lo físico, en lo estético y en lo psicológico. Produce una masticación anormal de los alimentos, que influye en una nutrición inadecuada de estas personas, que son por lo común introvertidas, con complejos de inferioridad, inadaptados sociales y que presentan generalmente problemas con el habla.
42. **Silvicultura:** es la ciencia destinada a la formación y cultivo de bosques, las cosechas se obtienen después de esperar decenas de años, dependiendo de la especie que se trate. (Revista ALM 2004).
43. **Síndrome de Klinefelter:** anomalía cromosómica que afecta solamente a los hombres y ocasiona hipogonadismo, principalmente se considera benigna pero con una condición premaligna con una separación incorrecta de los cromosomas homólogos. (Satish K.2004).
44. **Síndrome de Down:** Es un trastorno genético en el cual una persona tiene 47 cromosomas en lugar de los 46 usuales, ocurre cuando hay una copia extra del cromosoma 21. Esta forma de síndrome de Down se denomina trisomía 21. El cromosoma extra causa problemas con la forma como se desarrolla el cuerpo y el cerebro. (Revista Medline plus.2012).
45. **Toxinas:** Son sustancias venenosas o tóxicas para los seres humanos La mayoría de las toxinas que causan problemas en humanos son secretadas por microorganismos como bacterias. (Revista Medline plus 2012).

46. **Transversal:** Son estudios de grupo de variables que se relacionan entre sí en un momento dado. (Hernández R.2010)
47. **Ungueal:** es una estructura queratinizante anexa de la piel localizada en las regiones distales de los miembros. (J. Peyrí. 1998)
48. **Variable:** factor o característica que puede variar en un determinado grupo de individuos o hechos, especialmente cuando se analizan para una investigación o un experimento. . (Diccionario de la Lengua española, 2001)
49. **Urbano:** es el adjetivo para designar a lo perteneciente o relativo a la ciudad, perteneciente a un lugar. (Diccionario de la Lengua española, 2001).
50. **Índice de ceo:** El índice usado para el caso de la dentición temporal es el ceo, donde la c indica el número de dientes temporales cariados sin restauración, la e es el número de dientes temporales seleccionados para ser extraídos, y la o da cuenta de los dientes con alguna obturación (Higashida 2000)
51. **IHOS:** Permite evaluar de manera cuantitativa los diferentes grados de higiene bucal, evaluando los depósitos blandos y duros de las superficies vestibulares y linguales de los 6 dientes seleccionados, se puede utilizar líquido revelador de placa para mayor facilidad. (González M.2009)

ANEXO # 5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Caries	La enfermedad es una forma singular de infección en la cual se acumulan cepas específicas sobre la superficie del esmalte, donde elaboran productos ácidos y proteolíticos que desmineralizan la superficie y digieren su matriz orgánica.	<ul style="list-style-type: none"> • CPOD • Ceo 	<ul style="list-style-type: none"> • 0,0 a 1,1 muy bajo • 1.2 a 2.6 bajo • 2.7 a 4.4 moderado • 4.5 a 6.5 alto
Inflamación gingival	Afección a largo plazo que se produce por depósitos de placa bacteriana en los dientes. La placa es un material adherente compuesto de bacterias, moco y residuos de alimentos que se acumula en las áreas expuestas del diente.	<ul style="list-style-type: none"> • IHOS 	<ul style="list-style-type: none"> • 0-1.2 bueno • 1.3 -3 regular • 3.1-6 malo
Mal oclusión	Denominamos maloclusión a toda aquella situación en que la oclusión no es normal, es decir, cuando el engranaje del maxilar superior y de la mandíbula inferior o la posición de las piezas dentales no cumple ciertos parámetros que consideramos normales.	<ul style="list-style-type: none"> • Relación molar de Angle 	<ul style="list-style-type: none"> • Clase I • Clase II • Clase III
		<ul style="list-style-type: none"> • Relación molar decidua 	<ul style="list-style-type: none"> • Escalón mesial • Escalón distal • Plano recto
Fluorosis	Es un trastorno por ingestión excesiva de flúor, principalmente durante la odontogénesis en el desarrollo dental.	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin Fluorosis • Leve • Moderada • Severa
Hábitos	Es toda conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático.	<ul style="list-style-type: none"> • Clases de Hábitos 	<ul style="list-style-type: none"> • Succión digital. • Respirador bucal. • Interposición lingual.

			<ul style="list-style-type: none"> • Deglución atípica.
Cepillado	Es el método mecánico de higiene que permite remover la placa bacteriana de los dientes para prevenir problemas bucales	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia del cepillado 	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Una vez al día • Dos veces al día • Tres veces al día
		<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de cepillado 	<ul style="list-style-type: none"> • Horizontal • Vertical • Técnica de Bass
		<ul style="list-style-type: none"> • Uso de implementos en el cepillado 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasta dental y cepillo dental • Hilo dental • Enjuague bucal
Alimentación	Los alimentos son definidos como sustancias, o como una mezcla, que contiene principios nutritivos, los cuales proveen materia y energía.	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de alimentación 	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta cariogénica • Dieta no cariogénica
		<ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de azúcares 	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez al día • Dos veces al día • Tres o más al día
Atención odontológica	Se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades que afectan el aparato estomatológico	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de Visita al odontólogo 	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Una vez al año • Dos veces al año • Más de dos veces

ANEXO # 6: FOTOGRAFÍAS
FOTO N°1 LLEGADA A LAS ESCUELAS



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora

FOTO N°2 LLEGADA A LAS ESCUELAS



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora

FOTO Nº 3 LLENADO DE HISTORIAS CLÍNICAS



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

FOTO Nº 4 LLENADO DE HISTORIAS CLÍNICAS



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

FOTO N° 5 DIAGNÓSTICOS BUCALES



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

FOTO N° 6 DIAGNÓSTICOS BUCALES



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

FOTO N° 7 PATOLOGÍAS BUCALES : MORDIDA BIS A BIS



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

FOTO N° 8 PATOLOGÍAS BUCALES

MORDIDA CLASE III DE ANGLE Y MORDIDA CRUZADA ANTERIOR



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

FOTO Nº 9 PATOLOGÍAS BUCALES : FLUOROSIS LEVE



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

**FOTO Nº 10 PATOLOGÍAS BUCALES: INTERPOSICIÓN LINGUAL-
FLUOROSIS MODERADA**



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

FOTO N° 11 PATOLOGÍAS BUCALES: PLACA BACTERIANA Y CLASE III DE ANGLE



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora

FOTO N° 12 CHARLA : SALUD BUCAL



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

FOTO N° 13 CHARLA: SALUD BUCAL



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

FOTO N° 14 ENTREGA DE PASTAS Y CEPILLOS DENTALES



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

FOTO N° 15 ENTREGA DE PASTAS Y CEPILLOS DENTALES



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

FOTO N° 16 ENTREGA DE PASTAS Y CEPILLOS DENTALES



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos primarios de la parroquia Vilcabamba: Juan Montalvo; Gonzalo Abad Grijalva y Manuel Riofrío Mora.

12.INDICE

TEMA:.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
1. TÍTULO:	7
2. RESÚMEN.....	7
SUMMARY	8
3. INTRODUCCIÓN.....	9
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA	11
CAPÍTULO I.....	11
1.1 DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CANTÓN LOJA.	11
1.1.1 Definición de Diagnóstico de salud.....	11
1.1.2. Niveles de diagnóstico:.....	12
1.2 CANTÓN LOJA	13
1.2.2 GEOGRAFÍA.....	13
1.2.2.1 LÍMITES.....	13
1.2.3 CLIMA.....	13
1.2.4 DIVISIÓN POLÍTICA.....	14
1.2.5 ACTIVIDADES PRODUCTIVAS Y ECONÓMICAS	14
1.2.6 SERVICIOS BÁSICOS	14
1.2.7 EDUCACIÓN.....	15
1.2.7.1 Escuelas y Colegios Cantón Loja.....	15
1.2.8 VIALIDAD.....	15
1.3 DESCRIPCIÓN DE LA PARROQUIA RURAL DE VILCABAMBA.....	15
1.3.1 HISTORIA.....	15
1.3.2 GEOGRAFÍA.....	16
1.3.3 ACTIVIDADES PRODUCTIVAS Y ECONÓMICAS	16
1.3.4 SERVICIOS BÁSICOS	16
1.3.6 VIALIDAD.....	17

CAPÍTULO II	18
2.1 RIESGO	18
2.2 FACTORES DE RIESGO	18
2.3 FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA SALUD – ENFERMEDAD	19
BUCODENTAL	19
2.3.1 FACTORES DE RIESGO LOCALES	19
2.3.1.1 Hábito de higiene bucal.....	19
2.3.1.2 Cepillado:.....	19
2.3.1.3 Técnica de cepillado:.....	19
2.3.1.4 Frecuencia y duración del cepillado:.....	20
2.3.2 FACTORES DE RIESGO GENERALES	20
3.1 SALUD ORAL.....	20
3.1.1 CONCEPTO DE SALUD ORAL	20
3.1.2 HISTORIA CLÍNICA	21
3.2 PATOLOGÍAS	21
3.2.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS.....	21
3.2.1.1 Caries dental.....	21
3.2.1.2 FACTORES DE RIESGO DE LA CARIES DENTAL.....	21
3.3 ALTERACIONES DE FORMA	22
3.3.1 Taurodontismo	22
3.3.2 Diente Invaginado.	22
3.3.3 Cúspides supernumerarias	23
3.3.4 Diente evaginado.....	23
3.3.5 Cúspide en garra	24
3.3.6 Geminación	24
3.3.7 Odontodisplasia Regional.	24
3.3.8 Fluorosis dental	25
3.3.8.2 Factores de riesgo de fluorosis.....	25
3.4 LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS	26
3.4.1 ENFERMEDADES GINGIVALES	26
3.4.1.1 Enfermedad Gingival Inducida Únicamente por placa	26
3.4.1.2 Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos (mediada por hormonas esteroides)	26

3.5 MALOCLUSIÓN.....	27
3.5.1 DENTICIÓN TEMPORAL.....	27
3.5.1.1 PLANO TERMINAL RECTO.....	27
3.5.1.2 ESCALÓN MESIAL.....	27
3.5.1.3 ESCALÓN DISTAL	27
3.6 DENTICIÓN PERMANENTE	28
3.6.1 Clase I	28
3.6.2 Clase II	28
3.6.3 Clase II División I	28
3.6.4 Clase II División II.....	28
3.6.5 Clase III	28
3.7 TIPO DE DENTICIONES.....	29
3.7.1 Dentición temporal	29
3.7.2 Dentición mixta	29
3.7.3 Dentición permanente.....	30
3.8 PÉRDIDA PREMATURA DE DENTICIÓN DECIDUA	30
3.8.1 Pérdida prematura.....	30
3.8.2 Pérdida temprana:.....	30
3.9 CAUSAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES	30
3.10 TIPOS DE MORDIDAS.....	31
3.10.1 Mordida abierta.....	31
3.10.2 Mordida Profunda.....	31
3.10.3 Mordida cruzada anterior	31
3.10.4 Mordida cruzada posterior	32
3.10.5 Bis a bis	32
3.11.1 Succión digital.....	32
3.11.2 Respiración bucal.....	33
3.11.3 Deglución atípica	33
3.11.4 Interposición lingual	34
5. MATERIALES Y MÉTODOS	35
6. RESULTADOS.....	38
GRÁFICA 3. ALTERACIONES DENTALES.....	40
7. DISCUSIÓN.....	58

8. CONCLUSIONES.....	60
9. RECOMENDACIONES.....	62
10. BIBLIOGRAFÍA.....	63
11. ANEXOS.....	72
ANEXO # 1 ENCUESTA.....	72
ANEXO # 2 HISTORIA CLINICA.....	76
ANEXO # 3 CERTIFICACIONES DE LAS ESCUELAS.....	79
ANEXO # 4 GLOSARIO.....	83
ANEXO # 5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	90
ANEXO # 6: FOTOGRAFÍAS.....	92
12. INDICE.....	100