UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA
ODONTOLOGÍA

NIVEL DE PREGRADO

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS "CAMILO DESTRUGE ILLINWORTH", "BLANCA CANO PALACIOS", "MANUEL BENIGNO FIGUEROA CARRIÓN", "16 DE JULIO", "RUMIZHITANA" DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÒN LOJA, AÑO 2013.

Tesis previa a la obtención del título de Odontóloga

Autora:

JAZMÍN ESTÉFANY TORO CASTILLO

Director:

DOCTOR MANUEL JOSÉ PROCEL GONZÁLEZ

Loja– Ecuador

2013

CERTIFICACIÓN

Loja, 11 de Noviembre del 2013

DR.JOSÉ PROCEL GONZÁLEZ
DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CERTIFICA:

Que la presente tesis titulada: **"DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS "CAMILO DESTRUGE ILLINWORTH", "BLANCA CANO PALACIOS", "MANUEL BENIGNO FIGUEROA CARRIÓN", "16 DE JULIO", "RUMIZHITANA" DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS, DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013"**, elaborada por: **Jazmín Estéfany Toro Castillo**; ha sido rigurosamente supervisada, revisada y corregida y sobre todo asesorada por mi persona en todo el desarrollo de la misma, por lo que se autoriza su presentación al respectivo tribunal.

.....

DR. JOSÉ PROCEL

AUTORÍA

Todos los conceptos, criterios, análisis, ideas, comentarios, conclusiones y recomendaciones que se han emitido en el presente trabajo de investigación denominado: **"DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS "CAMILO DESTRUGE ILLINWORTH", "BLANCA CANO PALACIOS", "MANUEL BENIGNO FIGUEROA CARRIÓN", "16 DE JULIO", "RUMIZHITANA" DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS, DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013"**;así como su investigación, resultados y opiniones emitidas, son de exclusiva responsabilidad de su autora.

.....

Jazmín Estéfany Toro Castillo

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

Yo, Jazmín Estéfany Toro Castillo, declaro ser autora de la tesis titulada: **"DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS "CAMILO DESTRUGE ILLINWORTH", "BLANCA CANO PALACIOS", "MANUEL BENIGNO FIGUEROA CARRIÓN", "16 DE JULIO", "RUMIZHITANA" DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS, DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013",** como requisito para optar el grado de: **ODONTOLOGA GENERAL**, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestren 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 los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o la copia de tesis que realice un tercero.

Para constancia de la autorización, en la ciudad de Loja, a los 19 días del mes de noviembre del dos mil trece, firma el autor.

Firma:.....

Autora: Jazmín Estéfany Toro Castillo

Cédula: 1104835507

Dirección: Cdla. Tebaida baja **Correo:** tefyjazmin_1988@hotmail.com

Teléfono: 0991515756

Director de Tesis: Dr. José Procel Quezada

Tribunal de Grado: Dra. Gloria Carrión

Dra. Maricela López

Dr. Luis Vilela

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi madre María Esperanza Castillo, que la amo mucho, por su apoyo y confianza incondicional e incansable durante todos estos años de estudio, hasta ver cristalizados mis sueños como profesional.

La autora

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento primeramente a Dios y a mis padres por darme el maravilloso regalo de la vida; a mis tíos y primos por su apoyo incondicional en todo momento de mi carrera. Mi gratitud a la **CARRERA DE ODONTOLOGIA** del Área de la Salud Humana, por permitirme ingresar a sus aulas y recibir día a día la formación profesional que hoy me permite estar aquí cumpliendo mi sueño.

Vaya mi agradecimiento sincero a mi director el **DR. JOSÉ PROCEL** por guiarme constantemente con sus conocimientos y sugerencias, durante desarrollo del presente trabajo. De igual manera a cada uno de los docentes de la Carrera que de una u otra forma colaboraron con este trabajo.

También un agradecimiento profundo a los Señores y Señoras Directores de los diferentes establecimiento educativos de la parroquia Malacatos, y a los estudiantes por colaborarme abriéndome sus puertas, y así realizar este aporte a la investigación.

La autora

TÍTULO

“DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS “CAMILO DESTRUGE ILLINWORTH”, “BLANCA CANO PALACIOS”, “MANUEL BENIGNO FIGUEROA CARRIÓN”, “16 DE JULIO”, “RUMIZHITANA” DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013”.

.

RESUMEN

Las enfermedades bucales, en particular la caries dental, periodontopatías y maloclusiones, por su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión que ocasionan en la salud general, justifica plenamente su atención como problema de salud pública. La odontología ha tenido como función mantener en equilibrio la salud oral como parte de la salud general del individuo, permitiendo mejorar la calidad de vida de las personas. Para ello se debe brindar especial atención a niños y adolescentes que se constituye como grupo de riesgo los cuales tienen características que permiten el establecimiento de enfermedades bucodentales. Los adolescentes particularmente han atravesado por una fase de transición sumada al aparecimiento de cambios tanto físicos como psicológicos. La salud oral se ha constituido un fenómeno dinámico que se relaciona con las diferentes etapas de la vida, entre las cuales se encuentra la adolescencia, donde ocurren complejas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, por una parte los adolescentes no asisten a la consulta voluntariamente, ni tienen responsabilidad con su salud bucal; cuando se realizan acciones preventivas o curativas, en las escuelas y colegios se observa un comportamiento negativo por parte de estos, sin brindarle la importancia requerida a dicha actividad. Por lo que ha sido necesario impartir conocimientos para crear actitudes de respeto y responsabilidad hacia su salud bucodental, y así incidir directamente en la disminución de la morbilidad dentaria. Este estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de patología bucodentales e indicar los factores de riesgo presentes en los niños y adolescentes de los centros educativos “Camilo Destruge Illinworth”, “Blanca Cano Palacios”, “Manuel Benigno Figueroa Carrión”, “16 de Julio”, “Rumizhitana” de la parroquia rural Malacatos del cantón Loja año 2013. Fue un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal en 207 niños y adolescentes, recolectando la información a través de diagnósticos clínicos y encuestas. Los resultados obtenidos fueron: caries dental (99,52%); inflamación gingival y sangrado (72,46%); oclusión: dentición temporal, escalón mesial (66,67%), dentición permanente, clase I sin apiñamiento (45,31%), un hábito deformante como es la

interposición lingual (0,97%), pérdida prematura de la dentición decidua (5,8%), mordida cruzada anterior (1,45%), mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior (0,48%); cepillado incorrecto (65,53%); frecuencia de cepillado, 3 y más de 3 veces al día (65,54%); implementos de higiene oral, pasta y cepillo dental (75,73%); visitas al odontólogo 1 vez al año (57,97%); consumo de alimentos cariogénicos 1 vez al día (39,32%). Los resultados nos demostraron que el grupo examinado presenta alta prevalencia de caries dental, inflamación y sangrado gingival; todo ello en estrecha relación a la poca importancia que le prestan al cuidado de la salud oral, adherida al desconocimiento de cómo mantenerla.

Palabras claves: caries, factores de riesgo, inflamación gingival, maloclusión.

SUMMARY

Oral diseases, including dental caries, periodontal disease and malocclusion, due to its high frequency, local discomfort and a esthetic impact on the overall health cause , justifying their attention as a public health problem . Dentistry has been to maintain function in balancing between oral health as part of the overall health of the individual, allowing improving the quality of life of people. This should give special attention to children and adolescents as a group or Hazard is which have features that allow the establishment of oral diseases. Specially Teens have gone through a transition phase coupled with the emergence of both physical and psychological changes. Oral health has become a dynamic phenomenon that is related to the different stages of life, including adolescence is where complex transformations occurring biological, psychological and social, on the one hand adolescents do not attend the consultation voluntarily nor have responsibility for their oral health; when performing preventive or curative measures, in schools and colleges negative behavior was observed by these, without giving the required importance to this activity. It has been necessary to provide knowledge to create an attitude of respect and responsibility towards his oral health, and thus directly affect the reduction of dental disease. This study aims to determine the prevalence of oral pathology and indicate the risk factors present in children and adolescents in schools: Camilo Destruge Illinworth , Blanca Cano Palacios, Manuel Benigno Figueroa Carrion, July 16, Rumizhitana of the rural parish Malacatos Loja Canton 2013. This Study was a quantitative, descriptive, transversal in 207 children and adolescents, collecting information through surveys and clinical diagnostics. The results were: dental caries (99.52%) gingival inflammation and bleeding (72.46%); occlusion: dentition, mesial step (66.67%), permanent dentition without crowding class I (45.31 %), a habit deforming as tongue thrusting (0.97%)premature loss of deciduous teeth (5.8%), anterior cross bite (1.45%), anterior open bite and posterior crossbite (0.48%), not brushing (65.53%), frequency of brushing, 3 and more than 3 times per day (65.54%), oral hygiene implements, toothpaste and

toothbrush (75.73%), one sees dental visits per year (57.97%) 1 cariogenic food consumption once a day (39.32%). The results showed that the group we examined shows high prevalence of dental caries, gingival inflammation and bleeding, all in close relation to the lack of importance that lend to oral health care, adhering to ignorance of how to keep it.

Keywords: caries risk factors, gingival inflammation, and malocclusion.

f).....

Ing Jenry Gómez

C.C. 0702643552

INTRODUCCIÓN

La salud bucodental, siendo fundamental en el bienestar del individuo, aun en la actualidad se encuentra desamparada, ya que diversos estudios nos revelan altos índices de prevalencia de patologías, tal como lo menciona un comunicado de la Organización Mundial de la Salud: Las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la periodontitis (enfermedad gingival) y los cánceres de la boca y la faringe son un problema de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y, cada vez con mayor frecuencia, a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres; este reporte también menciona que. Se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental". (OMS-WORLD, 2004)

En el vecino país de Perú encontramos que "La prevalencia de caries dental fue del 63,79%, donde la mayor prevalencia se presentó a los 4 años (47,30%) y la menor a los 3 años (25,68%). La prevalencia de caries dental hallada (63,79%) puede ser el reflejo de los hábitos de higiene inadecuados, consumo inadecuado de alimentos, falta de educación, carencia de medios de saneamiento básico y la falta de atención de los servicios odontológicos, características de este tipo de poblaciones; ya que el nivel socioeconómico es uno de los factores que condicionan el estado de salud bucal, haciendo que niños de comunidades de escasos recursos tengan un nivel significativamente de caries dental que aquellos niños provenientes de familias con ingresos promedio". (CÓRDOVA, 2010)

La odontología ha tenido como función mantener en equilibrio la salud oral como parte de la salud general del individuo, permitiendo mejorar la calidad de vida de las personas. Para ello se debe brindar especial atención a niños y adolescentes que se constituye como grupo de riesgo los cuales tienen características que permiten el establecimiento de enfermedades bucodentales.

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

a la pobreza, determinándose que en las zonas rurales existe 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 lojana.

En la presente investigación se plantearon los siguientes objetivos: Identificar los factores de riesgo, presentes en los niños y adolescentes de los centros educativos Camilo Destruge Illinworth, Blanca Cano Palacios, Manuel Benigno Figueroa Carrión, 16 de Julio, Rumizhitana de la parroquia rural Malacatos del Cantón Loja, y determinar la prevalencia de las patologías bucodentales en los niños y adolescentes de los centros antes mencionados. El tipo de estudio que se empleó fue cuantitativo, descriptivo y transversal; con un universo conformado por 212 estudiantes, que luego de aplicados los criterios de exclusión se trabajó finalmente con 207 estudiantes; realizando diagnósticos clínicos visuales y encuestas para la recolección de la información necesaria en el estudio. Como resultados se obtuvo que de la población estudiada el 99,52% presenta caries dental, inflamación gingival y sangrado el 72,46%, la mal oclusión en la dentición temporal es el escalón mesial con un 66,67%, en la dentición permanente, la clase I sin apiñamiento representa el 45,31%, un hábito deformante como es la interposición lingual el 0,97%, pérdida prematura de la dentición decidua el 5,8%, mordida cruzada anterior el 1,45%, mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior el 0,48%; dentro de los factores de riesgo tenemos el cepillado incorrecto que representa el 65,53%, la frecuencia de cepillado es de 3 y más de 3 veces al día con el 65,54%, los implementos de higiene oral usados son la pasta y cepillo dental en el 75,73%; las visitas al odontólogo son 1 vez al año el 57,97%, el 39,32% consumen alimentos cariogénicos 1 vez al día. Los resultados nos demostraron que el grupo examinado presenta alta prevalencia de caries dental, inflamación y sangrado gingival.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPÍTULO I

1. DIAGNÓSTICO DE SALUD

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.

1.2. NIVELES DE DIAGNÓSTICOS:

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, 2012).

2. CANTÓN LOJA

El cantón Loja está 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).

Sus climas temperados 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).

2.1 DIVISIÓN POLÍTICA

PARROQUIAS URBANAS	PARROQUIAS RURALES	
San Sebastián	Yangana	Vilcabamba

El Sagrario	Chantaco	Malacatos
El 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).

En cuanto a la educación el cantón Loja cuenta con 170 centros educativos de enseñanza primaria y secundaria, con un número de 60.252 estudiantes en todo el cantón (GOBIERNO MUNICIPAL DE LOJA, 2103).

3. DESCRIPCIÓN DE LA PARROQUIA MALACATOS DEL CANTÓN LOJA

3.1. HISTORIA

“Malacatos, al igual que otros valles de la zona Sur Oriental del Cantón Loja, de la Provincia de Loja ocupa el valle privilegiado del río de su nombre, pues sí salimos por el Sur de Loja y tomamos la carretera que nos lleva a Malacatos; continuamos por el suave encañonado que forma el río en su recorrido a Malacatos, lo bordeamos por algunos kilómetros; al lado derecho seguimos flanqueados por el Nudo de Cajanuma el mismo que divide las provincias de Loja y Zamora.En el lugar denominado Tres Leguas se inicia la parroquia Malacatos, allí se encuentra una urna en Honor a San Vicente Ferrer. El significado de la palabra Malacatos proviene del nombre del grupo indígena de los “MALACATUS” quienes vivían en el sector al momento de la llegada de los españoles, de allí el nombre de la parroquia. Según algunos autores este asentamiento se encontraban en el sector de Belén, sin embargo hasta ahora no se ha encontrado vestigios que den cuenta de esta aseveración. Se afirma la existencia de otros grupos indígenas, lo que permite establecer que Malacatos estuvo poblado desde épocas remotas, con la llegada de los Incas primero, y de los españoles después, ambos grupos conquistadores tuvieron que enfrentarse a una población ya asentada. Se constituyó como

parroquia eclesiástica y civil en 1691, año en el cual ocupa el tercer puesto en el inmenso distrito del Corregimiento de Loja, ya que se la enumera como doctrina, es decir, capital de la circunscripción territorial. Dentro de la historia de Malacatos, especial relevancia tiene el descubrimiento de la cascarilla. El médico aborigen, indígena Pedro Leiva, cacique de Malacatos, en 1638 reveló el conocimiento de las virtudes de la quina a un misionero jesuita atacado de malaria, éste encontró el remedio a la fiebre amarilla en la cascarilla localizada en la parroquia Malacatos en la cordillera del Uritusinga, sector Rumizhitana, remedio utilizado hace muchos siglos por los indígenas. Se conoce que con esta medicinal planta fueron curados la condesa Doña francisca de Rivera, Don Juan López de Cañizares corregidor de Loja en la Real audiencia de Quito entre otros, por ende, se proyectó la fama del comercio de la cascarilla siendo estudiada la quina por algunos científicos. La producción y comercialización de la cascarilla se constituyó en una importante fuente de ingresos para la población local en el siglo XVII (GONZÁLEZ, 2013).

3.2. GEOGRAFÍA

La parroquia Malacatos se ubica al Sur de la República del Ecuador, pertenece a la Región 7, Provincia y cantón Loja. Limita al Norte por la parroquia San Sebastián del Cantón Loja y parroquia El Tambo del cantón Catamayo; al Sur por la parroquia San Pedro de Vilcabamba; al Este por cantón Palanda provincia de Zamora Chinchipe; y al Oeste por la parroquia Purunuma del cantón Gonzanamá y una pequeña parte del cantón Quilanga.

Longitud: 684123 a 710009 Este

Latitud: 9526392 a 9545411 Norte

Altitud: 1400 a 3600 msnm

Tiene una extensión de 208.66km^2.

Una de las mejores potencialidades, al decir de los pobladores de la parroquia Malacatos, es su clima agradable que hace que la parroquia se constituya en una instancia de descanso de fines de semana para innumerables familias de la ciudad de Loja. Este factor potencial ha hecho justamente que muchos barrios empiecen a poblarse de manera desordenada sobre todo con familias de la ciudad de Loja.

Malacatos cuenta con las siguientes comunidades y barrios:

Urbanos	La Recta, El Vergel, El Retorno, Santa Anilla, Trinidad, Taxiche, Ceibopamba, El Cementerio
Rurales	Tres Leguas, Rumishitana, Granadillo, Potopamba, Nangora, Chorrillos, Landangui, El Prado, Naranjo Dulce, Cavianga, El Carmen, El Sauce, Bélen, Palanda, San Francisco alto, San Francisco medio y San Francisco bajo (La Florida), Calera, La Granja, Picotas, Pedregal, Saguaynuma, Santo Domingo, San José de Ceibopamba, Santa Cruz, Santa Ana
Caseríos	Mishquiaco, Los Lirios, El Mirador, La Era, Santa Gertrudis, El Porvenir, Yamba Alto, Yamba Bajo, Orta, El Naranjo, Prado alto, San José de las Peñas, Cobalera, Jabonillo.

Malacatos, según el Censo de 2010 cuenta con una población de 7.114 habitantes. 3.577 son hombres y 3.537 mujeres. De acuerdo a los grupos quinquenales de edades, el 56,5% de personas tienen menos de 30 años, lo que determina que la mayor cantidad de habitantes de la parroquia es joven, no existe diferencias significativas en relación al número de mujeres/hombres (GONZÁLEZ, 2013).

3.3. ACTIVIDADES ECONÓMICAS Y PRODUCTIVAS

Este sistema comprende los factores vinculados con el desarrollo de la economía de Malacatos, sus potencialidades que puedan ser aprovechadas para fomentar y alcanzar el Buen Vivir. Está conformado por las actividades productivas, equipamientos de transformación y comercialización, etc. La situación económica de la parroquia se deriva de la situación cantonal y provincial (GONZÁLEZ, 2013).

3.4. SERVICIOS BÁSICOS

De acuerdo al CENSO 2010 en la parroquia Malacatos existen 3.292 viviendas de las cuales el 83,5% son casa/villa, el 8,4% mediagua, el 3,2 departamentos en edificio o cuartos en casa de inquilinato, el 4,4% son de tipo rancho, covacha o choza y un mínimo porcentaje (0,5%) están incluidas las viviendas para hospedaje y de instituciones públicas y privadas.

Los datos del CENSO 2010, confirman la problemática de la eliminación de las aguas negras por la falta de alcantarillado, debido a que apenas un 21,1% de viviendas de la parroquia está conectada a una red pública de alcantarillado, el 59,4% está conectado a un pozo séptico o pozo ciego, el 3,2% a letrina, y lo preocupante es que un 15,5% de viviendas no tienen ninguna conexión para eliminación de excretas, lo que significa que los moradores de estas viviendas realizan sus necesidades a campo abierto.

La parroquia Malacatos tiene una buena cobertura del servicio de energía eléctrica para la población, en razón de que el 96,7% de viviendas tienen servicio de la red de empresa eléctrica, que en caso de Malacatos la ofrece la Empresa Eléctrica Regional del Sur-EERSA.

El poco acceso a agua potable y saneamiento ambiental es uno de los problemas más serios que deben ser tomados en cuenta en el PDOT pues muchos barrios de los 8 sectores carecen de este servicio. En los talleres de diagnóstico fue evidente el malestar de la población al reclamar la mala calidad del agua, no solo los que disponen del agua entubada que tienen problemas en cantidad y calidad, sino también los que disponen del agua potable que en épocas de lluvia reciben el agua con sedimentos, debido a la limitada capacidad para potabilizar el agua cruda en la planta de tratamiento.

La cobertura espacial y acceso a las redes de telefonía e internet, obtenidas de datos del censo de población y vivienda del 2010, visualiza la importancia de la telefonía celular que tiene acceso el 70,1% de hogares como alternativa comunicacional a falta de servicio de telefonía convencional, que llega al 27,44 % de hogares, mientras que el servicio de internet apenas lo tienen el 1,8% de hogares. Según datos de la Corporación Nacional de Telecomunicaciones-CNT, en el 2012 existen 812 líneas telefónicas asignadas, que llega al 43,52 % de hogares, mientras que el servicio de internet, llega a 2,2% de familias (GONZÁLEZ, 2013).

3.5. EDUCACIÓN

ESCUELAS Y COLEGIOS DE MALACATOS

INSTITUCIONES EDUCATIVAS	NÚMERO DE ALUMNOS	NÚMERO DE PROFESORES
Víctor Gerardo Pilco	18	1
Francisco Eguiguren	9	1
Víctor Mercante	148	11
Leonila Corizandra Tandazo	11	1
Dr. Luis Emilio Rodríguez	45	6
Manuel Esteban Godoy O.	39	3
Camilo Destrunge Illinworth	10	1
José María Riofrio	29	2
Martha Bucaram de Roldos	21	1
Teodoro Wolf	67	11
Manuel Gómez de Salazar	12	1
Rolando Merchán Semeria	28	2
Dirigentes del Futuro	20	2
Elvia Bélgica Jiménez de Gonzales	126	9
Víctor Manuel Burneo	19	2
Luis Vives	15	1
Ángel Minos Cueva	10	2

Unidad Educativa Manuel José Rodríguez	665	36
Blanca Cano Palacios	58	4
Manuel Benigno Figueroa Carrión	5	1
Escuela Fiscal Mixta 16 de Julio	18	3
Colegio Nacional Rumizhitana	121	6

3.6. VIALIDAD

La parroquia Malacatos cuenta con tres tramos importantes de la red vial principal: El primero que va a la ciudad de Loja desde Malacatos a Tres Leguas pasando por los barrios Landangui, Chorrillos, Nangora, Potopamba, El Porvenir, Rumizhitana y Tres Leguas; el segundo tramo de Malacatos vía a Vilcabamba que pasa por los barrios Taxiche, Cabianga, Y Cararango; y la tercera de Malacatos al Tambo que comprende los barrios de Trinidad, Ceibopamba, San José de Ceibopamba, y Santo Domingo.

La vía principal que une con la ciudad de Loja y que se encuentra dentro de la parroquia, tiene una longitud de 14,2 Km de 8,2 m de ancho se encuentra en buen estado, asfaltada y con toda la infraestructura de obras de arte, la competencia del mantenimiento de la vía le corresponde al Gobierno Provincial de Loja.

Existe el tramo que une Landangui - Taxiche para salir a la “Y”, vía a Vilcabamba o vía a Malacatos que tiene una longitud de 2,7 km y 6 m de ancho, no cuenta con obras de arte y asfalto en mal estado, une sectores productivos de Naranjo y Taxiche.

El tramo de vía Malacatos - Vilcabamba que pasa por la parroquia tiene una longitud de 5,1 km y 8,2 m de ancho, asfaltada, con obras de arte, en buen estado; une sectores con un crecimiento poblacional significativo como Taxiche y centros de

producción agrícola de los barrios Taxiche, Cabianga y Cararango (GONZÁLEZ, 2013).

3.7. ASPECTOS CULTURALES

3.7.1. TRADICIONES

Dentro de las tradiciones se encuentra con un maravilloso paisaje y temperatura agradable mantiene el estilo colonial; sus casas pintadas de llamativos colores rodean al parque central, que conserva la glorieta para mantener viva la tradición. Los domingos en el lugar se disfruta de actos culturales y se escucha las ancestrales bandas de pueblo, constituyendo un gran atractivo para propios y extraños. Su nombre prehispánico, proviene de la lengua shuar, según la tradición es en honor al Cacique Pedro Leiva, quien a inicios del siglo XVII contribuyó de una manera trascendental con la salud mundial, siendo este indígena herbolario quien descubrió en la corteza de la cascarilla el remedio contra la malaria y evitó la propagación de la plaga y la muerte de miles de personas a nivel mundial. El encanto natural del paisaje se enlaza con la devoción de la imagen del Señor de la Caridad, esculpida en el siglo XVIII, por encargo del Fray Santiago de Esparza, cuenta la historia que los moradores del lugar realizaron donaciones para adquirir la imagen, por lo cual se lo denomina Señor de la Caridad. Y a partir de ese momento la fe, devoción y bendiciones se han esparcido rápidamente

Al llegar a Malacatos, se respira el aroma a café, caña de azúcar, naranjos, entre otros productos que hacen a esta región eminentemente agrícola, creando un paisaje floreado casi todo el año, debido a la fertilidad de su suelo y al agradable clima que pose (GONZÁLEZ, 2013).

3.7.2. FIESTAS CÍVICAS

La más importante fiesta cívica es el aniversario de Independencia Política de Malacatos. Celebración que se la realiza el 24 de febrero de cada año (GONZÁLEZ, 2013).

3.7.3. FIESTAS RELIGIOSAS

Una importante fiesta religiosa es el culto al SEÑOR DE LA CARIDAD, Patrono del Santuario San Felipe de Malacatos, que se conmemora en el mes de agosto de cada año, siendo su día principal el 30 de agosto. El Organizador de esta fiesta es el Comité de Fiestas y la Junta Parroquial de Malacatos. Se organiza, la Gran Feria Agrícola, Ganadera, Artesanal, Se destacan en las fiestas los bailes folklóricos, el rodeo montubio, el pregón de fiestas, la tradicional vaca loca y se degusta el apetitoso canelazo.

Otras fiestas tradicionales religiosas importantes son Navidad, Corpus Cristi, Semana Santa y la fiesta de las Cruces.

Las fiestas religiosas más conocidas de nuestros barrios son:

- Barrió Taxiche que se celebra del 14 al 16 de junio en honor a San Isidro Labrador y San Vicente Ferrer.
- Barrió el Carmen que celebra del 14 al 16 de julio en honor a la Virgen del Carmen.
- Barrió San José de Ceibopamba que celebra en el mes de agosto en honor a San José.
- Barrio San Francisco que celebra en el mes de Octubre en honor a San Francisco de Asís (GONZÁLEZ, 2013).

3.7.4. COMIDAS Y BEBIDAS TRADICIONALES

La gran producción agropecuaria de este valle, permite la diversidad de apetitosos platos típicos, que deleitan el paladar más exigente de propios y extraños, a continuación se detallan algunos de ellos.

Arveja con guineo.- Elaborado con guineo verde, arveja seca, quesillo, culantro finamente picado, generalmente va acompañado de aguacate y mote.

Repe mestizo.- Lleva papa, guineo, culantro finamente picado, quesillo acompañado de un delicioso aguacate.

Sancocho de chancho.- Plato muy tradicional, preparado con el espinazo del chancho, al caldo se agrega yuca, guineo verde, arrocillo, orégano y perejil.

Cecina.- Carne fileteada y condimentada, secada al ambiente y asada, va acompañada de yuca o mote con cebolla curtida.

Fritada y cueritos de chancho.- Trozos de costilla de cerdo fritos condimentada con naranja, sal, ajo, cebolla, se sirve acompañados con los cueritos, mote, plátano frito y curtido de cebolla con tomate.

Miel con quesillo.- Es el postre más típico del valle, consiste en un platillo con miel y quesillo fresco.

Repe blanco.- Sopa hecha con guineo cocinado y bien batido, guisado con leche, quesillo y culantro.

Café con Panela.- Café cultivado en la zona, filtrado y endulzado con panela.

Bizcochuelos.- Pastelitos al horno, elaborados con chuno, azúcar y huevos de gallina criolla.

Mazapanes.- Pastelillos al horno, preparados con harina de maíz y miel de panela.

Seco de chivo.- Carne de chivo sazonada con aliños, naranjilla y cerveza, servida con yuca, camote y arroz.

Caldo de gallina criolla.- Gallina criolla sazonada con aliños, el caldo es condimentado con perejil, orégano, apio y otras hierbitas saborizantes. Se sirve acompañada con yucas y curtido de cebolla con culantro.

Chicha blanca.- Preparada con avena, leche, especias dulces y azúcar.

Guarapo.- Jugo extraído de la caña de azúcar. Se lo toma sólo o se le agrega jugo de naranja agria y un chorro de punta (licor de la zona).

Canelazo.- Agua hervida saborizada con canela, naranjilla, azúcar y licor de la zona (punta) (GONZÁLEZ, 2013).

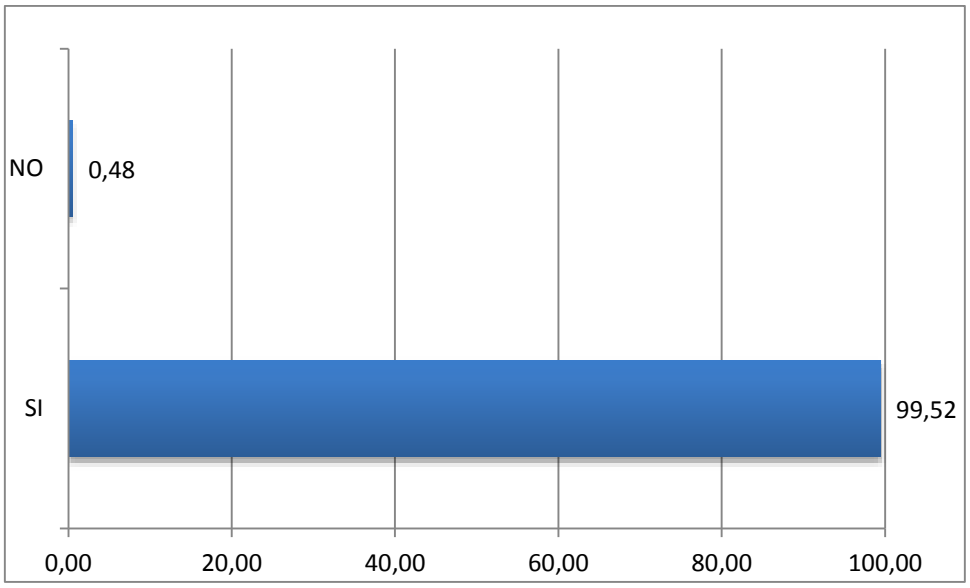
METODOLOGÍA

El presente estudio fue de tipo Cuantitativo, ya que sirvió para determinar porcentualmente el estado de salud buco dental de los estudiantes de los centros educativos rurales de la parroquia Malacatos del cantón Loja, y los resultados obtenidos son expuestos mediante gráficas estadísticas; Descriptivo, porque permitió determinar la situación de las variables que se estudiaron mediante la

descripción de las diversas patologías presentadas en este estudio; Transversal, porque se estudió la relación entre las patologías con una o más variables en una población determinada, y en un momento del tiempo. Se lo realizó en 4 establecimientos primarios y 1 secundario de la parroquia Malacatos del Cantón Loja, los mismos que son “Camilo Destruge Illinworth”, “Blanca Cano Palacios”, “Manuel Benigno Figueroa Carrión”, “16 de Julio”, “Rumizhitana”; el estudio abarcó toda la población que fueron 212 estudiantes, para incluirlos en el estudio se tomó en cuenta que estén dispuestos a colaborar independientemente de la edad y el sexo. Después de aplicados los criterios de inclusión y exclusión la muestra final fue de 207 estudiantes. Se realizó el diagnóstico clínico bucal a los estudiantes para identificar la presencia de patología bucodentales clínicamente observables; para ello se utilizó set de diagnóstico individual, aplicando medidas de prevención necesarias con el uso de guantes, mascarilla, gorro, mandil, mangas y gafas protectoras; y se registró los datos obtenidos en la historia clínica; a su vez se aplicó encuestas a cada uno de los estudiantes, indagando así los factores de riesgo determinantes en su salud oral; al cepillado se lo valoró mediante una demostración individual por parte de los encuestados en un pantoma de estudio, estableciendo así si era correcta o incorrecta la técnica que utilizaban. Fueron impartidas charlas sobre educación en salud oral, y se entregó implementos de higiene bucodental como cepillos y pastas dentales a cada uno de los participantes. Recolectada toda la información se procedió a tabular los datos obtenidos, y representarlos en graficas estadísticas.

RESULTADOS

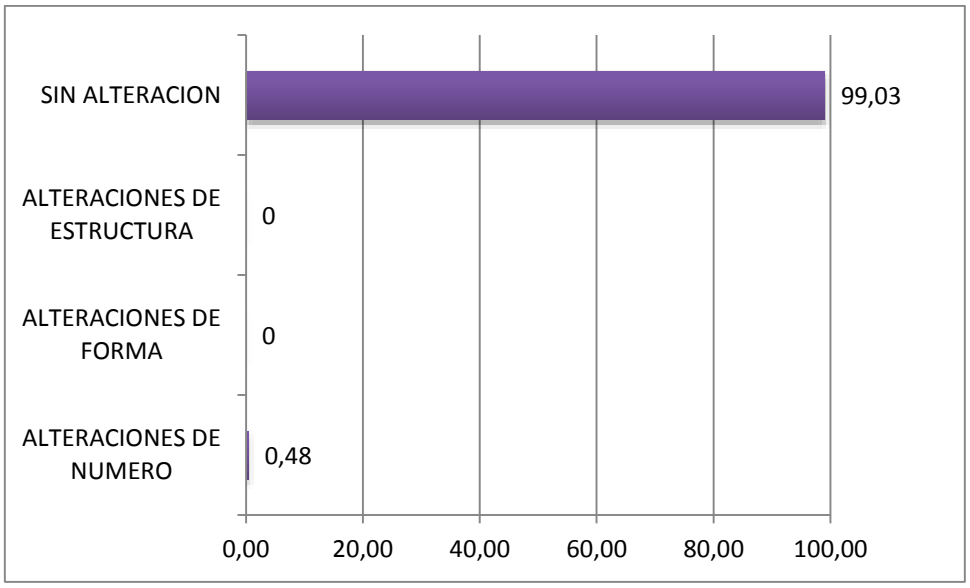
GRÁFICA N° 1 PRESENCIA DE CARIES EN LOS ESTUDIANTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS ‘CAMILO DESTRUGE ILLINWORTH”, “BLANCA CANO PALACIOS”, “MANUEL BENIGNO FIGUEROA CARRIÓN”, “16 DE JULIO”, “RUMIZHITANA” DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÓN LOJA



FUENTE: Estudiantes de los establecimientos educativos "Camilo Destruge Illinworth", "Blanca Cano Palacios", "Manuel Benigno Figueroa Carrión", "16 de Julio", "Rumizhitana".
ELABORACIÓN: Jazmín Toro Investigadora

INTERPRETACIÓN: En esta gráfica y de acuerdo a los datos obtenidos, se observa que un 99,52%, casi la totalidad de la población estudiada, estuvo afectada por caries dental; resultados atribuidos a una incorrecta técnica de cepillado, falta de implementos necesarios para la higiene oral, como el hilo dental, enjuague bucal, consumo diario y frecuente de alimentos cariogénicos.

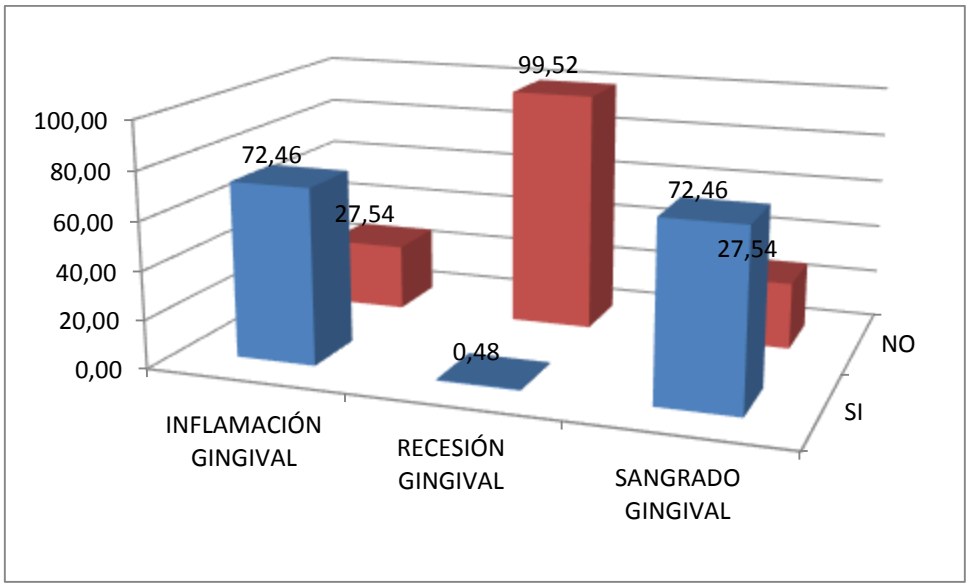
GRÁFICA N °2 ALTERACIONES DE OCLUSIÓNEN LOS ESTUDIANTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS 'CAMILO DESTRUGE ILLINWORTH", "BLANCA CANO PALACIOS", "MANUEL BENIGNO FIGUEROA CARRIÓN", "16 DE JULIO", "RUMIZHITANA" DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÓN LOJA



FUENTE: Estudiantes de los establecimientos educativos "Camilo Destruge Illinworth", "Blanca Cano Palacios", "Manuel Benigno Figueroa Carrión", "16 de Julio", "Rumizhitana".
ELABORACIÓN: Jazmín Toro Investigadora

INTERPRETACIÓN: De los 207 estudiantes examinados, se encontró un solo caso de alteración de número, específicamente un premolar superior supernumerario (1%); siendo un porcentaje poco significativo, ya que en la mayoría de los investigados (99,03%) no se evidenció alteración alguna en tamaño o estructura dental.

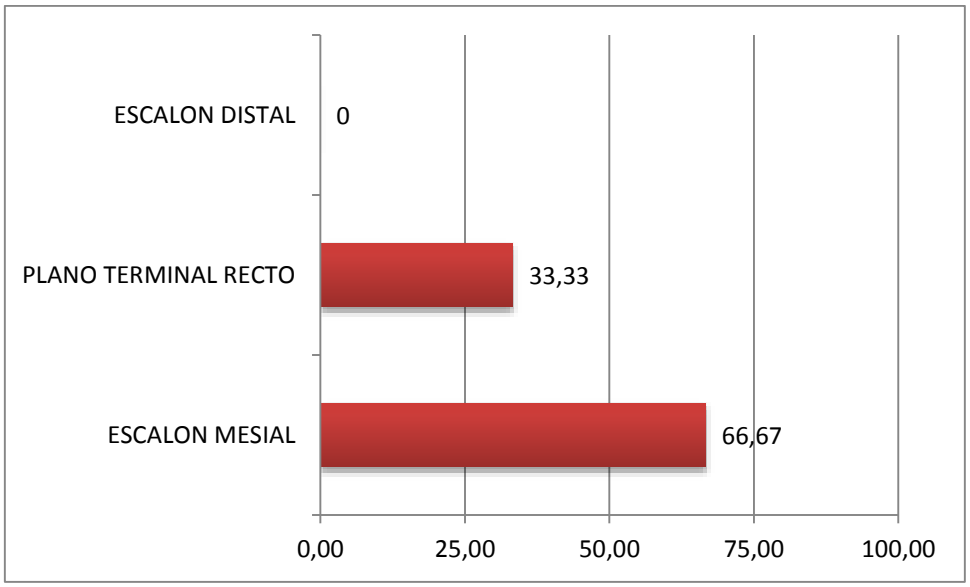
GRÁFICA N° 3 ALTERACIÓN GINGIVALEN LOS ESTUDIANTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS "CAMILO DESTRUGE ILLINWORTH", "BLANCA CANO PALACIOS", "MANUEL BENIGNO FIGUEROA CARRIÓN", "16 DE JULIO", "RUMIZHITANA" DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÓN LOJA



FUENTE: Estudiantes de los establecimientos educativos "Camilo Destruge Illinworth", "Blanca Cano Palacios", "Manuel Benigno Figueroa Carrión", "16 de Julio", "Rumizhitana".
ELABORACIÓN: Jazmín Toro Investigadora

INTERPRETACIÓN: En el presente gráfico, se observa que no hay un porcentaje significativo de recesión gingival (0.48%), debido a que no se presentaron casos avanzados de enfermedad periodontal; sin embargo existen valores elevados de inflamación gingival (72.46%), y sangrado gingival (72.46%), datos que se encuentran relacionados; ya que ante la presencia de una encía inflamada, era frecuente observar que también sangraban; en casi todo el grupo investigado, se trataba de gingivitis inducida por biofilm dental, observándose en las superficies de los dientes, grandes cantidades de restos alimenticios.

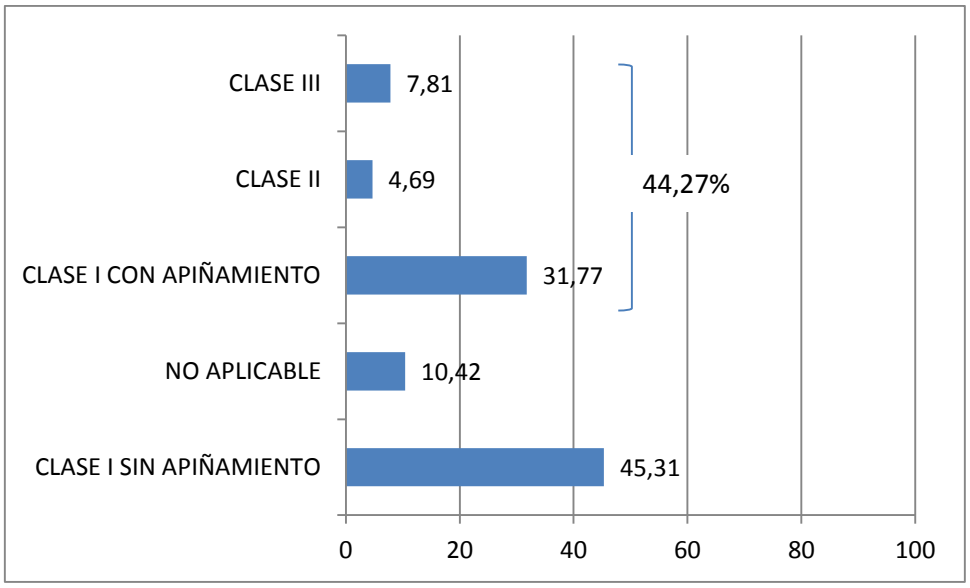
GRÁFICA N° 4 MALOCLUSIÓN DENTICIÓN TEMPORALEN LOS ESTUDIANTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS 'CAMILO DESTRUGE ILLINWORTH", "BLANCA CANO PALACIOS", "MANUEL BENIGNO FIGUEROA CARRIÓN", "16 DE JULIO", "RUMIZHITANA" DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÓN LOJA



FUENTE: Estudiantes de los establecimientos educativos "Camilo Destruge Illinworth", "Blanca Cano Palacios", "Manuel Benigno Figueroa Carrión", "16 de Julio", "Rumizhitana".
ELABORACIÓN: Jazmín Toro Investigadora

INTERPRETACIÓN: En la presente gráfica se observa que casi la totalidad de la población estudiada presentó una relación molar en "Escalón mesial", representado por un 66,67%, lo que indica grandes posibilidades de desarrollar una relación molar clase I o clase III, dependiendo del tamaño del escalón; mientras que un 33,33% de los investigados presentaron una relación molar en "Plano Terminal Recto", lo que conlleva a determinar la posibilidad, de que en un futuro evolucione a una Clase II molar.

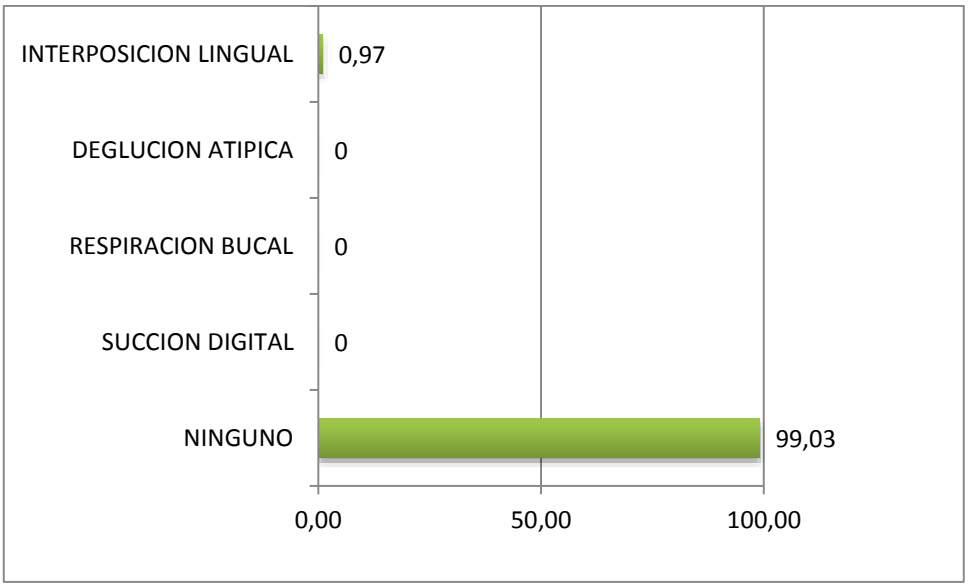
GRÁFICA N° 5 TIPOS DE OCLUSIÓN EN DENTICIÓN PERMANENTE (CLAVE DE ANGLE)EN LOS ESTUDIANTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS 'CAMILO DESTRUGE ILLINWORTH", "BLANCA CANO PALACIOS", "MANUEL BENIGNO FIGUEROA CARRIÓN", "16 DE JULIO", "RUMIZHITANA" DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÓN LOJA



FUENTE: Estudiantes de los establecimientos educativos "Camilo Destruge Illinworth", "Blanca Cano Palacios", "Manuel Benigno Figueroa Carrión", "16 de Julio", "Rumizhitana".
ELABORACIÓN: Jazmín Toro Investigadora

INTERPRETACIÓN: Luego de haber pedido al paciente que ocluya de forma habitual, se pudo establecer que del total de la población con dentición permanente, el 45,31% presentó una normoclusión, es decir una Case I de Angle sin apiñamiento, mientras que el 44,27% presentó algún tipo de maloclusión entre estas se encuentran Clase I con apiñamiento, Clase III y Clase II. Finalmente con un 10,42% se encuentra una oclusión no aplicable, debido a la usencia de uno o más de los primeros molares permanentes, ya que sin estas piezas dentales es imposible definir una Clave de Angle o incluso por alteraciones de la oclusión.

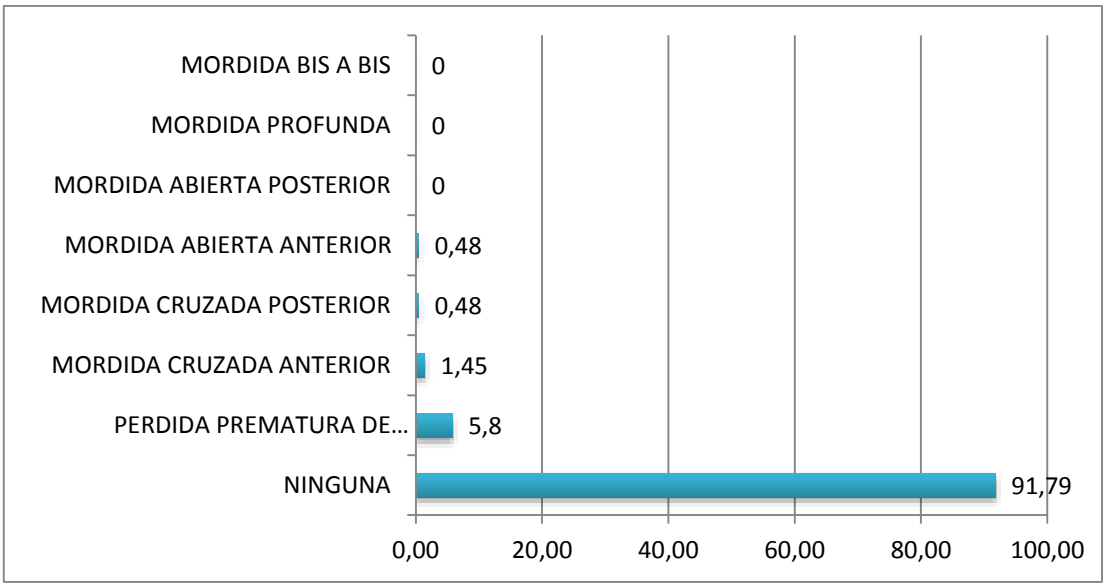
GRÁFICA N° 6 HÁBITOS DEFORMANTES EN LOS ESTUDIANTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS 'CAMILO DESTRUGE ILLINWORTH", "BLANCA CANO PALACIOS", "MANUEL BENIGNO FIGUEROA CARRIÓN", "16 DE JULIO", "RUMIZHITANA" DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÓN LOJA



FUENTE: Estudiantes de los establecimientos educativos "Camilo Destruge Illinworth", "Blanca Cano Palacios", "Manuel Benigno Figueroa Carrión", "16 de Julio", "Rumizhitana".
ELABORACIÓN: Jazmín Toro Investigadora

INTERPRETACIÓN: En esta gráfica se observa que en un mínimo porcentaje presentan un hábito deformante como es la interposición lingual (0,97%), el mismo fue registrado al escuchar al paciente no pronunciar correctamente las palabras, notándose que la posición de la lengua al hablar no era la adecuada; a su vez esta alteración estaba ocasionando mordida abierta anterior.

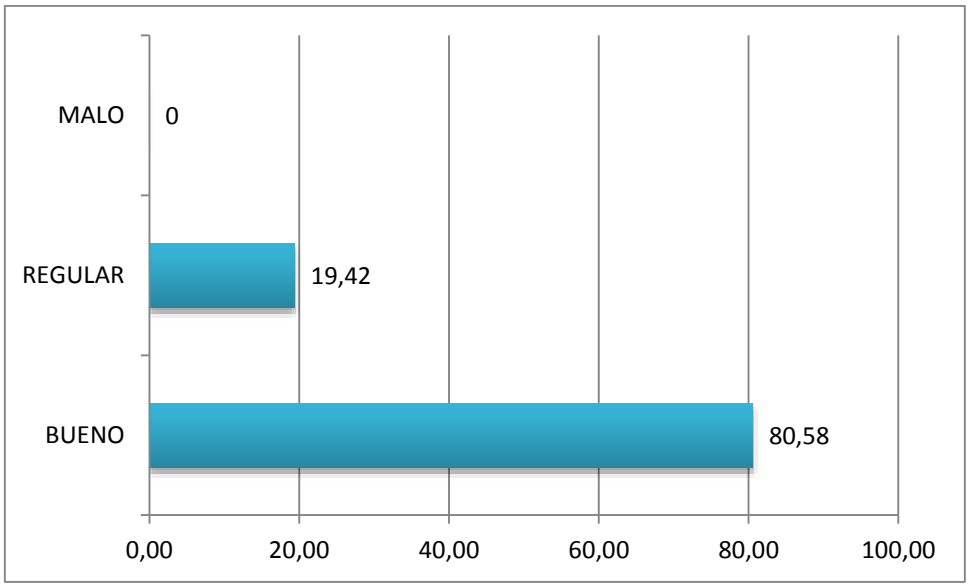
GRÁFICA N° 7 ALTERACIONES DE OCLUSIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS 'CAMILO DESTRUGE ILLINWORTH", "BLANCA CANO PALACIOS", "MANUEL BENIGNO FIGUEROA CARRIÓN", "16 DE JULIO", "RUMIZHITANA" DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÓN LOJA



FUENTE: Estudiantes de los establecimientos educativos "Camilo Destruge Illinworth", "Blanca Cano Palacios", "Manuel Benigno Figueroa Carrión", "16 de Julio", "Rumizhitana".
ELABORACIÓN: Jazmín Toro Investigadora

INTERPRETACIÓN: Luego de analizar las arcadas dentarias de cada uno de los estudiantes y guiarlos hacia una oclusión en máxima intercuspidación, se observó pérdida prematura de la dentición decidua (5,8%), y en porcentajes menores alteraciones de la oclusión, como son: mordida cruzada anterior (1,45%), mordida abierta anterior (0,48%) y mordida cruzada posterior (0,48%).

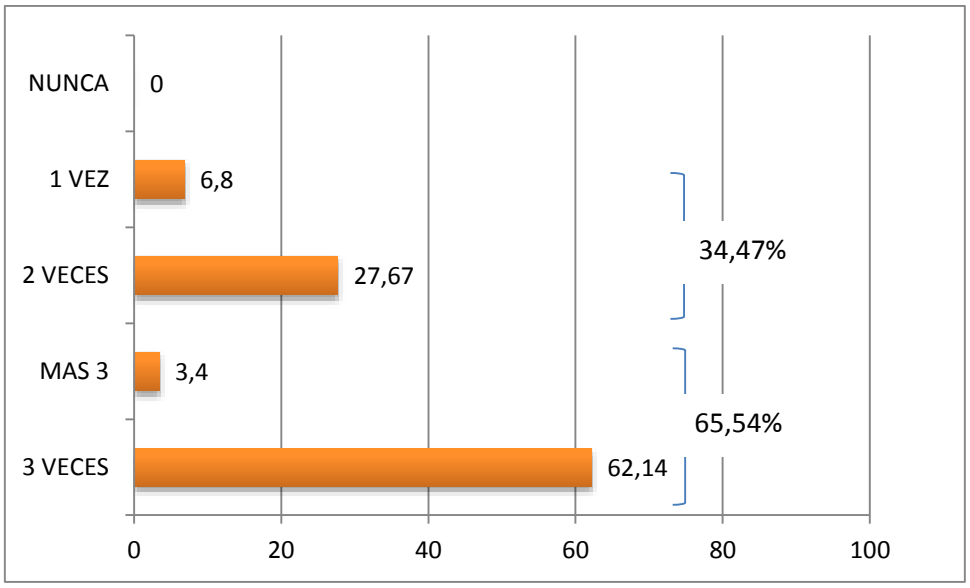
GRÁFICA N° 8 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS) EN LOS ESTUDIANTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS 'CAMILO DESTRUGE ILLINWORTH", "BLANCA CANO PALACIOS", "MANUEL BENIGNO FIGUEROA CARRIÓN", "16 DE JULIO", "RUMIZHITANA" DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÓN LOJA



FUENTE: Estudiantes de los establecimientos educativos "Camilo Destruge Illinworth", "Blanca Cano Palacios", "Manuel Benigno Figueroa Carrión", "16 de Julio", "Rumizhitana".
ELABORACIÓN: Jazmín Toro Investigadora

INTERPRETACIÓN: Del 100% del grupo estudiado, la mayoría de estudiantes se encuentran en el criterio de Índice de Higiene Oral Simplificado "bueno", que corresponde al 80,58%; mientras que el 19,42% de niños se ubicaron dentro del criterio "regular". Se debe tomar en cuenta que en éste grupo de estudio, la mayoría de investigados corresponden a las edades de 5-13 años, en quienes es poco frecuente la presencia de cálculo dental; sin embargo dentro del índice IHOS se registra tanto la presencia de biofilm y cálculo dental, por ende al presentarse bastante acumulación de biofilm dental, pero escasas cantidades de cálculo dental, el valor al dividirse se reducía a la mitad, quedando la mayoría de niños clasificado en el criterio de "bueno".

GRÁFICA N° 9 FRECUENCIA DE CEPILLADO EN EL DÍA EN LOS ESTUDIANTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS 'CAMILO DESTRUGE ILLINWORTH", "BLANCA CANO PALACIOS", "MANUEL BENIGNO FIGUEROA CARRIÓN", "16 DE JULIO", "RUMIZHITANA" DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÓN LOJA

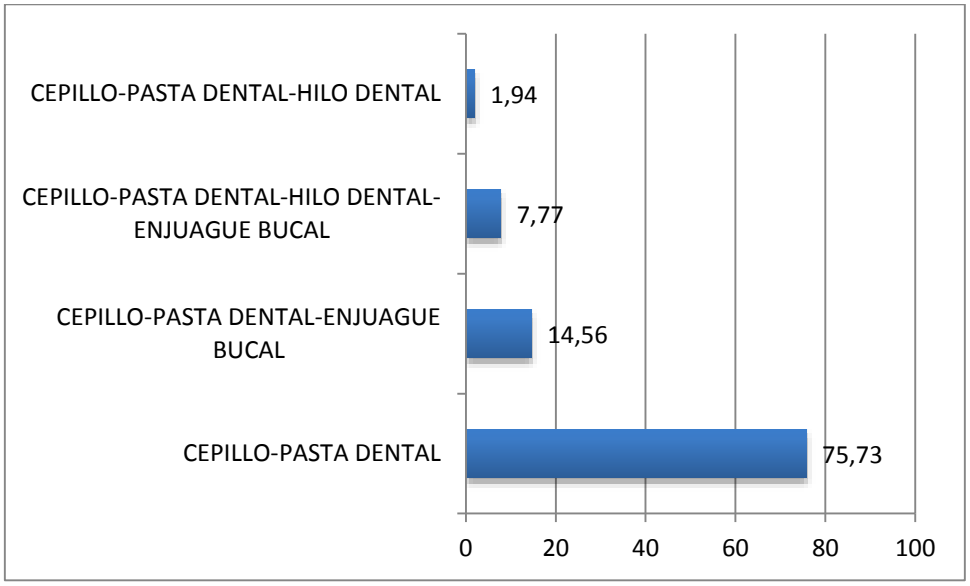


FUENTE: Estudiantes de los establecimientos educativos "Camilo Destruge Illinworth", "Blanca Cano Palacios", "Manuel Benigno Figueroa Carrión", "16 de Julio", "Rumizhitana".
ELABORACIÓN: Jazmín Toro Investigadora

INTERPRETACIÓN: En la presente gréfica se puede observar que el 34,47% cepilla sus dientes entre una y dos veces por día, valores conocidos como inferiores a lo recomendados; mientras que el 65,54% de los estudiantes realiza el cepillado dental con una frecuencia de tres o más veces al día, valores calificados como indicados para mantener un buen cuidado bucodental.

GRÁFICA N° 10 ELEMENTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE BUCAL EN LOS ESTUDIANTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS 'CAMILO DESTRUGE ILLINWORTH", "BLANCA CANO PALACIOS", "MANUEL

BENIGNO FIGUEROA CARRIÓN", "16 DE JULIO", "RUMIZHITANA" DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÓN LOJA

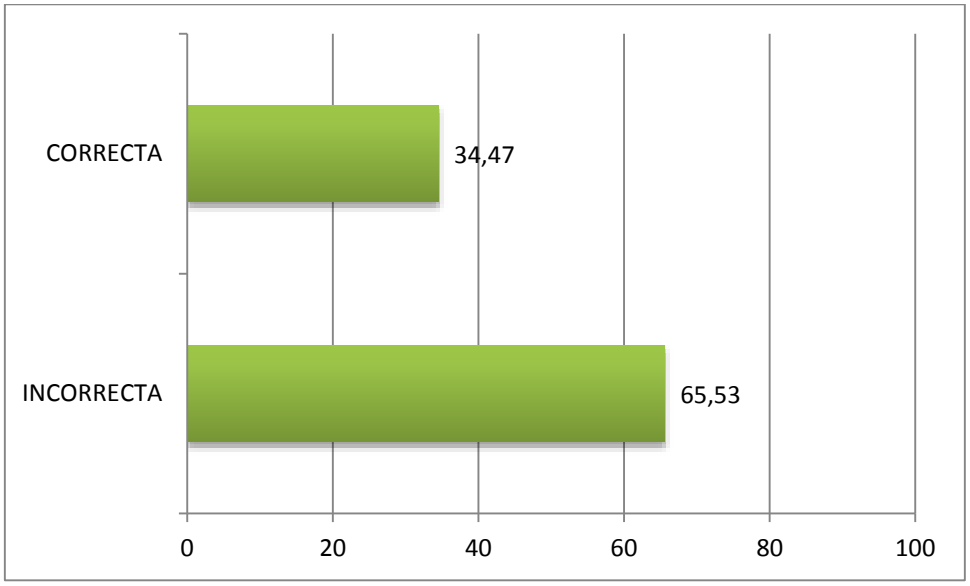


FUENTE: Estudiantes de los establecimientos educativos "Camilo Destruge Illinworth", "Blanca Cano Palacios", "Manuel Benigno Figueroa Carrión", "16 de Julio", "Rumizhitana".
ELABORACIÓN: Jazmín Toro Investigadora

INTERPRETACIÓN: Mediante la gráfica podemos indicar que la mayoría de la población estudiada utiliza los elementos básicos para el aseo bucal como son pasta y cepillo dental, representados con el 75,73%; y en mínimos porcentajes los usan en combinación con enjuague bucal el 14,56%; con hilo dental y enjuague bucal el 7,77%; con hilo dental en un 1,94%; demostrando que no toda la población utiliza los elementos de aseo bucal necesarios.

GRÁFICA N° 11 TÉCNICA DE CEPILLADO EN LOS ESTUDIANTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS 'CAMILO DESTRUGE ILLINWORTH", "BLANCA CANO PALACIOS", "MANUEL BENIGNO FIGUEROA CARRIÓN",

“16 DE JULIO”, “RUMIZHITANA” DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÓN LOJA

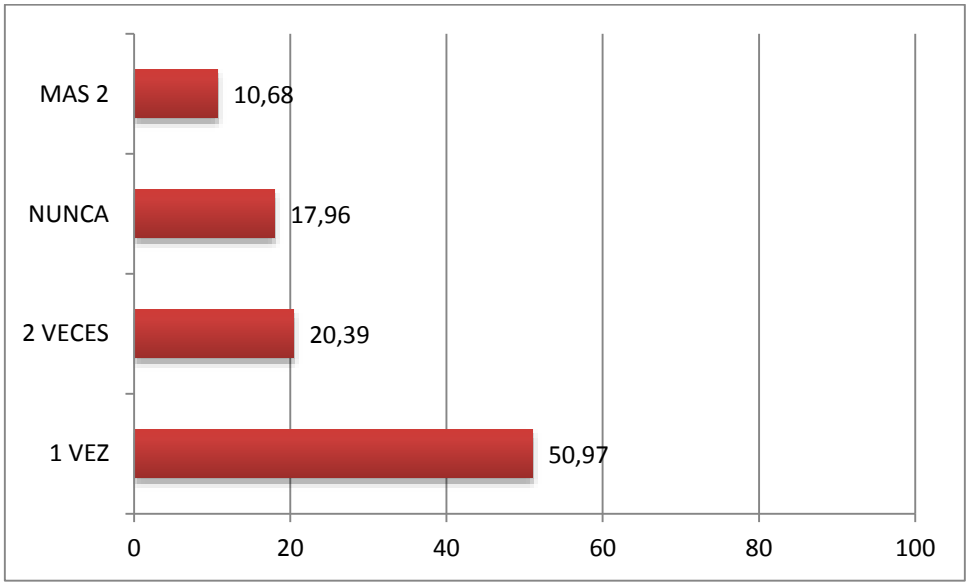


FUENTE: Estudiantes de los establecimientos educativos “Camilo Destruge Illinworth”, “Blanca Cano Palacios”, “Manuel Benigno Figueroa Carrión”, “16 de Julio”, “Rumizhitana”.
ELABORACIÓN: Jazmín Toro Investigadora

INTERPRETACIÓN: Al entregar el pantoma y el cepillo a los encuestados, y solicitar una demostración de la técnica de cepillado dental utilizada, se observó que en su mayoría es incorrecta con el 65,53%, realizándola a ésta de forma horizontal, la misma que es muy traumática para los tejidos que rodean al diente, y además esta no permite eliminar completamente la placa dentobacteriana.

GRÁFICA N° 12 FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTÓLOGO EN EL AÑO EN LOS ESTUDIANTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS ‘CAMILO

DESTRUGE ILLINWORTH", "BLANCA CANO PALACIOS", "MANUEL BENIGNO FIGUEROA CARRIÓN", "16 DE JULIO", "RUMIZHITANA" DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÓN LOJA

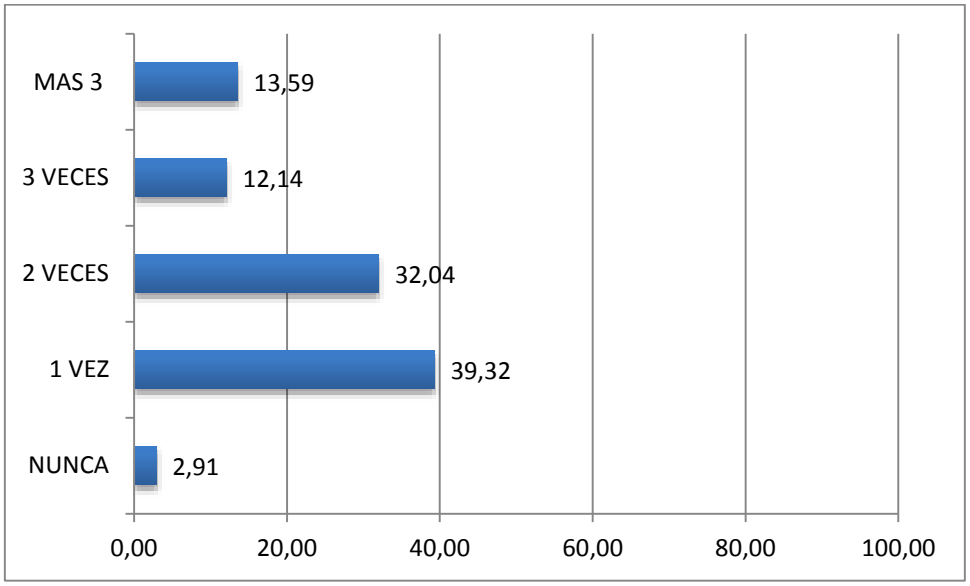


FUENTE: Estudiantes de los establecimientos educativos "Camilo Destruge Illinworth", "Blanca Cano Palacios", "Manuel Benigno Figueroa Carrión", "16 de Julio", "Rumizhitana".
ELABORACIÓN: Jazmín Toro Investigadora

INTERPRETACIÓN: Del 100% del grupo investigado: el 50,97% nos indicó que ha visitado al profesional odontólogo "una vez al año", siendo esta la mínima recomendada, observándose en los alumnos restauraciones y sellantes, cabe mencionar que los estudiantes no se encuentran totalmente rehabilitados debido a la presencia de un alto índice de caries, biofilm dental, así como también restauraciones defectuosas; mientras que un 17,96% "nunca" lo hacen.

GRÁFICA N° 13 FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS EN LOS ESTUDIANTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS 'CAMILO

DESTRUGE ILLINWORTH", "BLANCA CANO PALACIOS", "MANUEL BENIGNO FIGUEROA CARRIÓN", "16 DE JULIO", "RUMIZHITANA" DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÓN LOJA



FUENTE: Estudiantes de los establecimientos educativos "Camilo Destruge Illinworth", "Blanca Cano Palacios", "Manuel Benigno Figueroa Carrión", "16 de Julio", "Rumizhitana".
ELABORACIÓN: Jazmín Toro Investigadora

INTERPRETACIÓN: Luego de haber preguntado acerca del consumo de alimentos cariogénicos a los estudiantes encuestados, el 13,59% nos supo decir que consumía en una frecuencia mayor de tres veces por día, lo que corresponde al valor perjudicial responsable del inicio de la desmineralización del esmalte dental, pérdida de la sustancia e inicio del proceso carioso. Mientras que el 39.32% afirmó que consumía con una frecuencia de una vez por día, e incluso el 2,91% refirieron que nunca lo hacían.

DISCUSIONES

Las enfermedades bucodentales en el ser humano son progresivas y se deben a múltiples factores como las malas prácticas de higiene oral, alimentación inadecuada, poco interés de la población en lograr y conservar una cavidad bucal sana, entre otros. Estas enfermedades se inician en la niñez y adolescencia donde se hace muy necesario identificarlas para así poder aplicar las medidas preventivas correspondientes.

Dentro de la presente investigación se destaca la prevalencia de caries dental con un porcentaje del 92,52%, resultado que permite comprobar lo establecido por la OMS en el que la caries dental afecta entre el 60 y el 90% de los niños en los países en desarrollo, y es la enfermedad oral más común entre los niños de varios países asiáticos y latinoamericanos. De acuerdo a Ojeda et - al (2005), al analizarprevalencia de caries dental en niños y jóvenes de zonas rurales, encontró que el 64 % presentan caries en distintos grados de severidad.

Así mismo se determinó que el 72,46% de escolares presentan inflamación gingival y sangrado, cifras que discrepan según Pareja et – al (2009), quien encontró una prevalencia del 59,3% de inflamación gingival en escolares de 7 a 14 años.

Dentro da las oclusiones encontradas en este estudio, prevalece más en la dentición permanente la Clase I sin apiñamiento en un 45,31%, seguida de la clase I con apiñamiento 31,77, clase III 7,81, clase II subdivisión 1 el 4,69%; a diferencia de los resultados que obtuvo Cano (2008), con el tema Frecuencia de maloclusión en niños de 5 a 9 años en una zona rural del Estado Guárico periodo 2007-2008, donde encontró que la población estudiada presenta porcentajes bajos, en el siguiente orden Clase I 45%,Clase II 3%, y Clase III Tipo 2%, al igual que en otro estudio en el que se evidencia el mismo orden de frecuencia aunque con porcentajes mucho más elevados, realizado por Medina (2010), con el tema Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos donde se encontró que 64,30% de los pacientes presentó maloclusión Clase I; 20,67% Clase II y 03% Clase III.

En lo que respecta a la presencia de alteraciones dentomaxilares en este estudio se puede apreciar que el 5,8% tiene pérdida prematura de la dentición temporal, y

0,48% mordida cruzada posterior y abierta anterior, a diferencia de ello en un estudio realizado por Espinoza et – al (2011) en Chile acerca de, “Prevalencia de Anomalías Dentomaxilares y Malos Hábitos Orales en Pre-Escolares de Zonas Rurales de la población beneficiaria del Servicio de Salud de Viña Del Mar/Quillota, donde se registró que la mordida abierta fue la anomalía más prevalente con un 13,6%, seguido por las mordidas cruzadas y en bis a bis con un 11,1%, de las distoclusiones con un 9,1 %, y un 4,5% para las mordidas invertidas y sobre mordidas. Haciendo comparación con este estudio se puede identificar que en este país existe más prevalencia de alteraciones Dentomaxilares que se encuentran afectando notablemente a la salud integral de la cavidad bucal.

Algunas de las patologías encontradas y que muestran relevancia en el presente estudio están condicionadas por factores como el cepillado incorrecto en un porcentaje del 65,53% de los estudiados, consumo de golosinas en un porcentaje del 39,32% que consumen golosinas 1 ves al día, seguido de 32,04% que lo hace 2 veces al día; resultados que no concuerdan con los encontrados por Duque et – al (2003) en un estudio realizado en Cuba con una muestra de 2 995 niños de 9-12 y 15 años de edad, de los cuales se tomó una muestra aleatoria de alrededor del 50 %, con el tema Factores de riesgo asociados con la enfermedad caries dental, en el que se demostró que unos de los factores más importantes en el aparecimiento de la caries dental como la más frecuente de la enfermedades bucodentales es mala higiene bucal 80 %, e ingestión de alimentos azucarados 100 %.

CONCLUSIONES

- Se determina un alto índice de patologías bucodentales como caries que representa el 99,52% de los estudiados, inflamación gingival conjuntamente con sangrado gingival, que se manifiestan en cifras paralelas, con un 72,46%; resultados que no se desvinculan con los factores de riesgo registrados.

- La mal oclusión que más prevalece en la dentición temporal es el escalón mesial en un 66,67%; en la dentición permanente hay un predominio de pacientes con clase I de Angle sin apiñamiento en un 45,31%.

- Un registro de hábitos deformantes fue el de la interposición lingual en un 0,97% de la población, al igual en porcentajes mínimos, se encontró pérdida prematura de la dentición temporal con un 5,8%, y mordida cruzada posterior y mordida abierta anterior en un 0,48%.

- En cuanto a los factores de riesgo de las patologías bucodentales se determinó que el 75,73% realizan el aseo dental con pasta y cepillo únicamente; y el 65,53% utilizan una incorrecta técnica de cepillado, otro registro relevante es que el 57,97% visitan al odontólogo 1 vez al año, resaltando también que el consumo de golosinas es del 39,32% 1 ves al día, seguido de 32,04% que lo hacen 2 veces al día; demostrando así su poca preocupación por la salud bucodental, adherida al desconocimiento de cómo mantenerla.

RECOMENDACIONES

- Al Ministerio de Salud Pública, que extienda la cobertura de los servicios de salud oral, en las parroquias rurales del cantón Loja, desplazándose regularmente a los centros educativos alejados a la parroquia Malacatos.

- A los docentes de los centros educativos “Camilo Destruge Illinworth”, “Blanca Cano Palacios”, “Manuel Benigno Figueroa Carrión”, “16 de Julio”, “Rumizhitana” que fomenten y motiven el cuidado de la salud oral en sus niños y adolescentes.

- A la Universidad Nacional de Loja, muy particularmente al Área de la Salud Humana, que siga promoviendo investigaciones que permitan conocer las necesidades de la población lojana en cuanto a salud se refiere, para de esta manera poder actuar con soluciones oportunas.

BIBLIOGRAFÍA

- OMS-WORLD, Health Report. *24 de febrero de 2004 obtenido en:* http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/

- CÓRDOVA, D. et-al (2010). Caries Dental y Estado Nutricional en niños de 3 a 5 años de edad. Chiclayo, Perú. Recuperado el 10 de 2013, de http://es.scribd.com/doc/75990028/Normas-y-Procedimientos-de-Atencion-Integral-de-Salud-a-Adolescentes-2009
- Subsecretaría social, d. e. (2010). Marco teórico, Componentes y productos. Recuperado el 10 de 2013, de http://es.scribd.com/doc/37122012/Marco-Teorico-Del-Modelo
- VILLA, Juan; 2012 Abril 15. Diagnóstico de Servicio de Salud. (24 diapositivas preparadas por Juan Pablo Villa). Disponible en: http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf .
- COBOS, Manuel y García, Juan; (2005). Manuel Técnico Superior en Higiene Bucodental. Editorial. Mad. S. L. p. 128 – 129.
- GUZMÁN, F. y ARIAS, A; 2012. La historia Clínica: elemento fundamental del acto médico. Articulo especial. Colombia. Disponible en:http://www.ascolcirugia.org/revista/revistaeneromarzo2012/6-%20Historia%20clinica.pdf
- MONTESINOS, Daniela; 2011. 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
- 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=S0034-75072008000100004&script=sci_arttext
- PHILIP, J et-al; (2005);Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición. pág. 3-21.
- HARRIS, N; GARCÍA, F; (2005). Odontología preventiva primaria. Segunda edición. Editorial Manual moderno México. Pág. 141-146.
- 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

- BOJ, J, Catalá, M. (2004); Odontopediatría. Editorial Masson S.A. Primera edición. Capítulo 32, Páginas 367-369.
- LINDHE, J. (2009); Periodontología clínica e implantología. Quinta edición, Tomo I editorial médica panamericana.Pág410.
- VELLINI, Flavio;(2009). Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica (en línea).Sao Paulo Artes Médicas. Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp
- MASSÓN, Rosa; (2009). Desarrollo de los dientes y la Oclusión. (en línea).Disponible en: http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf
- ORTIZ, Mónica et-al, (2004-2005). Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. Caracas Venezuela Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp
- VAJDI, G. (2011). Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Panamá: Jaypee - Highlights Medical Publisher.
- GONZÁLEZ, G. y MARRERO, L. (2012). Mordida Cruzada Anterior. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art19.asp
- 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
- BOJ, Juan et-al; (2004). Odontopediatría. Editorial Masson. Primera Edición. Barcelona-España.
- 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
- AGURTO, P et-al. (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, 70 (6), disponible: http://www.scielo.cl/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0370-41061999000600004&LNG=EN&NRM=ISO&TLNG=EN
- HIGASHIDA, Bertha, (2000). Odontología preventiva. Editorial. Mac Graw-Hill Interamericana. p. 211- 212.
- CUENCA, Emili y BACA, Pilar; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. Tercera Edición. Editorial. Masson.
- BARRANCOS, Julio; (2006). Operatoria Dental. Buenos Aires. 4 Edición. Editorial Panamericana. Pág. 377 - 378.
- COBOS, Juan y GARCÍA, Juan; (2005). Manuel Técnico Superior en Higiene Bucodental. Editorial. Mad. S. L. pág. 128 – 129.
- Salud Bucodental. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/
- Prevalencia de Caries Dental en Niños y Jóvenes de Zonas Rurales. Disponible en: http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-096.pdf
- Prevalencia y necesidad de tratamiento periodontal en escolares de la Institución Educativa “Andrés Bello”. Disponible en: http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2009/Kiru2009v6n1/Kiru2009v6n1art5.pdf
- Anomalías dentarias: prevalencia en relación con patologías sistémicas en una población infantil de Mérida, Venezuela. Disponible en http://ecotropicos.saber.ula.ve
- Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. Disponible en:http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652010000100015
- Factores de riesgo asociados con la enfermedad caries dental en niños. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072003000200001&script=sci_arttext

ANEXOS

ANEXO N° 1 CERTIFICADOS DE HABER REALIZADO EL TRABAJO DE CAMPO

ANEXO N° 2 HISTORIA CLÍNICA Y ENCUESTA

ANEXO N° 3 ALTERACIONES Y PATOLOGÍAS BUCODENTALES ENCONTRADAS

ANEXO N° 4 EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DEL TRABAJO DE CAMPO

ANEXO N° 5 APOYOS TEÓRICOS

CERTIFICADOS DE HABER REALIZADO EL TRABAJO DE CAMPO

San Francisco, 6 de noviembre del 2013

Lic. Geovanny Marín

DIRECTOR DE LA ESCUELA CAMILO DESTRUGE ILLINWORT

CERTIFICO:

Que la **SRTA. JAZMIN ESTEFANY TORO CASTILLO,** con cédula Nº 1104835507, realizó las actividades correspondientes a la tesis denominada: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS "CAMILO DESTRUGUE ILLINWORT", "BLANCA CANO PALACIOS", "MANUEL BENIGNO FIGUEROA", "16 DE JULIO", "RUMIZHITANA" DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÒN LOJA, AÑO 2013.**"; para lo cual aplicó encuestas, realizó diagnósticos clínicos a cada uno de los estudiantes, impartió charlas referentes a salud bucodental, e hizo la entrega de implementos de la higiene oral, como son pastas y cepillos dentales; efectuando las actividades de forma responsable.

Es todo cuanto certifico en honor a la verdad para los fines legales consiguientes.

ATENTAMENTE,

ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA
"CAMILO DESTRUGE ILLINWORTH"
Barrio San Francisco Bajo
MALACATOS

Lic. Geovanny Marín

DIRECTOR DE LA ESCUELA CAMILO DESTRUGE ILLINWORT

Belén, 6 de noviembre del 2013

Lic. Olivio Agila

DIRECTOR DE LA ESCUELA BLANCA CANO PALACIOS

CERTIFICO:

Que la **SRTA. JAZMIN ESTEFANY TORO CASTILLO,** con cédula Nº 1104835507, realizó las actividades correspondientes a la tesis denominada: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS "CAMILO DESTRUGUE ILLINWORT", "BLANCA CANO PALACIOS", "MANUEL BENIGNO FIGUEROA", "16 DE JULIO", "RUMIZHITANA" DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÒN LOJA, AÑO 2013.**"; para lo cual aplicó encuestas, realizó diagnósticos clínicos a cada uno de los estudiantes, impartió charlas referentes a salud bucodental, e hizo la entrega de implementos de la higiene oral, como son pastas y cepillos dentales; efectuando las actividades de forma responsable.

Es todo cuanto certifico en honor a la verdad para los fines legales consiguientes.

Olivio S Agila

ATENTAMENTE,

ESCUELA FISCAL
"BLANCA CANO PALACIOS"
BELEN -- MALACATOS

Lic. Olivio Agila

San Francisco, 6 de noviembre del 2013

Lic. Marcelo Bravo

DIRECTOR DE LA ESCUELA MANUEL FIGUEROA CARRIÓN

CERTIFICO:

Que la **SRTA. JAZMIN ESTEFANY TORO CASTILLO,** con cédula Nº 1104835507, realizó las actividades correspondientes a la tesis denominada: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS "CAMILO DESTRUGUE ILLINWORT", "BLANCA CANO PALACIOS", "MANUEL BENIGNO FIGUEROA", "16 DE JULIO", "RUMIZHITANA" DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÒN LOJA, AÑO 2013.**"; para lo cual aplicó encuestas, realizó diagnósticos clínicos a cada uno de los estudiantes, impartió charlas referentes a salud bucodental, e hizo la entrega de implementos de la higiene oral, como son pastas y cepillos dentales; efectuando las actividades de forma responsable.

Es todo cuanto certifico en honor a la verdad para los fines legales consiguientes.

ATENTAMENTE,

ESCUELA DE EDUCACION BASICA "MANUEL BENIGNO FIGUEROA CARRIÓN" San Francisco Medio Malacatos - Loja

Lic. Marcelo Bravo

DIRECTOR DE LA ESCUELA MANUEL FIGUEROA CARRIÓN

El Carmen, 6 de noviembre del 2013

Lic. Ana María Collaguazo

DIRECTORA DE LA ESCUELA 16 DE JULIO

CERTIFICO:

Que la **SRTA. JAZMIN ESTEFANY TORO CASTILLO,** con cédula Nº 1104835507, realizó las actividades correspondientes a la tesis denominada: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS "CAMILO DESTRUGUE ILLINWORT", "BLANCA CANO PALACIOS", "MANUEL BENIGNO FIGUEROA", "16 DE JULIO", "RUMIZHITANA" DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÒN LOJA, AÑO 2013.**"; para lo cual aplicó encuestas, realizó diagnósticos clínicos a cada uno de los estudiantes, impartió charlas referentes a salud bucodental, e hizo la entrega de implementos de la higiene oral, como son pastas y cepillos dentales; efectuando las actividades de forma responsable.

Es todo cuanto certifico en honor a la verdad para los fines legales consiguientes.

ATENTAMENTE,

ESCUELA DE EDUCACION BÁSICA "16 DE JULIO" MALACATOS - LOJA

Lic. Ana María Collaguazo

DIRECTORA DE LA ESCUELA 16 DE JULIO

Rumizhitana, 6 de noviembre del 2013

Lic. Segundo Guachon

RECTOR DEL COLEGIO NACIONAL RUMIZHITANA

CERTIFICO:

Que la **SRTA. JAZMÍN ESTÉFANY TORO CASTILLO,** con cédula Nº 1104835507, realizó las actividades correspondientes a la tesis denominada: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS "CAMILO DESTRUGUE ILLINWORT", "BLANCA CANO PALACIOS", "MANUEL BENIGNO FIGUEROA", "16 DE JULIO", "RUMIZHITANA" DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÒN LOJA, AÑO 2013.**"; para lo cual aplicó encuestas, realizó diagnósticos clínicos a cada uno de los estudiantes, impartió charlas referentes a salud bucodental, e hizo la entrega de implementos de la higiene oral, como son pastas y cepillos dentales; efectuando las actividades de forma responsable.

Es todo cuanto certifico en honor a la verdad para los fines legales consiguientes.

ATENTAMENTE,

COLEGIO DE BACHILLERATO "RUMIZHITANA" RECTORADO RUMIZHITANA - LOJA

Lic. Segundo Guachon

RECTOR DEL COLEGIO NACIONAL RUMIZHITANA

HISTORIA CLÍNICA

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

DATOS GENERALES:
Nombres y Apellidos.....
Sexo.....
Edad.....

Parroquia.....
Grado o curso.....
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. MALOCLUSIÓN

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

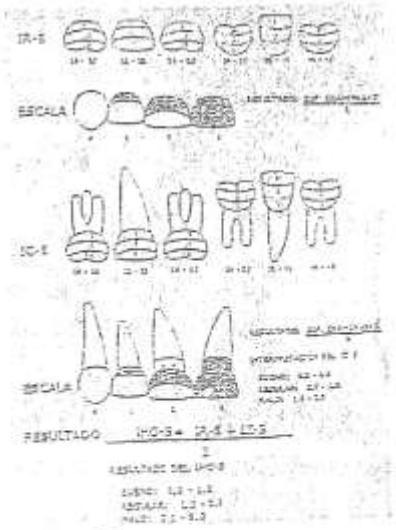
Dentición permanente

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



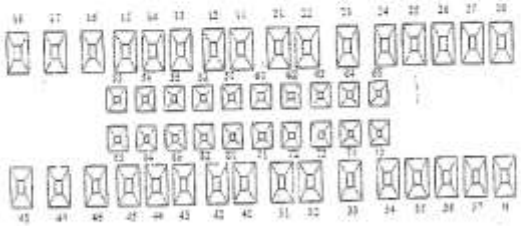
5. HÁBITOS

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



Ceo: .....c.....e.....o...
CPOD: C.....P.....O.....D.....

Validación de la Historia Clínica por el Especialista Tania Valarezo
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN

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?

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 ( )

Validación de [illegible] Especialista TannyaValarezo
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA E HISTORIA CLÍNICA DEL MACROPROYECTO

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

DOCENTES DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA:

NOMBRE	FIRMA
DAYCY A. VALAREZO SOCCADA	
Dr. Franklin Quincha H	

ALTERACIONES Y PATOLOGÍAS BUCODENTALES ENCONTRADAS

Foto 1. Caries dental

Foto 2. Escalón mesial

Foto 3. Clase I con apiñamiento

Foto 4. Clase II, subdivisión 2

Foto 5. Clase III

Foto 6. Mordida cruzada anterior

Foto 7. Mordida abierta anterior

Foto 8. Premolar superior supernumerario

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DEL TRABAJO DE CAMPO

Foto 1. Barrio La Florida – Escuela “Camilo Destruge Illinworth”

Foto 2. Barrio Belén – Escuela “Blanca Cano Palacios”

Foto 3. Barrio San Francisco Medio – Escuela “Manuel Benigno Figueroa Carrión”

Foto 4. Barrio El Carmen – Escuela “16 de Julio”

Foto 5. Barrio Rumizhitana – Colegio de “Bachillerato Rumizhitana”

Foto 6. Ingreso a los establecimientos

Foto 7. Aplicación de encuestas

Foto 8. Realización de diagnósticos

Foto 9. Charlas sobre salud oral

Foto 10. Entrega de implementos de higiene oral

APOYOS TEÓRICOS

SALUD ORAL

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 Y GARCÍA, 2005).

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 Y ARIAS, 2012).

PATOLOGÍAS

LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS

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, 2011).

FACTORES DE RIESGO DE LA CARIES DENTAL

Dentro de los factores encontramos: 1.) Alto grado de infección por Estreptococos 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, 2007).

ALTERACIONES DE FORMA

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. (PHILIP et-al, 2005)

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. (PHILIP et-al, 2005)

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. (PHILIP et-al, 2005)

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 (PHILIP et-al, 2005)

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 cíngulo 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. (PHILIP et-al, 2005)

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. (PHILIP et-al, 2005)

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 de la dentina. (HARRIS et-al, 2005)

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. Grave.- a este nivel el color es de café chocolate hasta casi negras. (HARRIS et-al, 2005)

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, 2009)

LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

ENFERMEDADES GINGIVALES

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 et-al, 2004)

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 et-al, 2004).

Enfermedad gingival inducida por fármacos

El agrandamiento gingival que provoca desfiguración estética es un efecto adverso importante asociado con diversos fármacos: Anticonvulcionantes (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. (LINDHE et-al, 2009)

MALOCLUSION

DENTICIÓN TEMPORAL

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

PLANO TERMINAL RECTO: Cuando los primeros molares erupcionan en relación borde a borde.

ESCALON MESIAL: cuando la superficie distal del segundo molar primario inferior esta mesial a la superficie distal del segundo molar superior primario

ESCALON DISTAL: cuando la superficie del segundo molar inferior se encuentra distal a la superficie distal del segundo molar superior primario. (VELLINI, 2009)

DENTICIÓN PERMANENTE

Clase I

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

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. (VELLINI, 2009)

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. (VELLINI, 2009)

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. (VELLINI, 2009)

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. (VELLINI, 2009)

TIPO DE DENTICIONES

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 primero 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. (MASSÓN, 2004).

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. (MASSÓN, 2004).

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. (MASSÓN, 2004).

PÉRDIDA PREMATURA DE DENTICIÓN DECIDUA

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.

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. (ORTIZ et-al, 2004-2005).

CAUSAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES

Dentro de las causas tenemos: 1.) Enfermedades tales como: caries dental, resorciones radiculares 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 rizálisis 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 (ORTIZ et-al, 2004-2005).

TIPOS DE MORDIDAS

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 (VAJDI, 2011).

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.

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 (GONZÁLEZ Y MARRERA, 2012).

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 intercuspidación habitual, puede causar desplazamiento lateral de la mandíbula estableciéndose una mordida cruzada posterior unilateral funcional (APARECIDO, 2011).

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.

HÁBITOS

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

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 et-al, 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 (GONZÁLEZ, et-al 2012).

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 et-al, 2011).

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 (BOJ et-al, 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.

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.

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 (AGURTO et-al, 1999).

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, 2000).

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 (HIGASHIDA, 2000).

Los factores de riesgo pueden ser: Biológicos; Ambientales; Comportamiento; Socioculturales y Económicos (HIGASHIDA, 2000).

FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA SALUD – ENFERMEDAD BUCODENTAL

FACTORES DE RIESGO LOCALES

Los factores locales son:

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).

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 curco gingival evitando asa la menor lesión del diente y de sus estructuras vecinas (CUENCA Y BACA, 2005).

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).

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).

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 et-al, 2005).

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN……...……..……..……..II

AUTORÍA……..……...…..……III

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

DEDICATORIA…….....……...V

AGRADECIMIENTO……..……..……...…….VI

TÍTULO…….....……7

RESUMEN…….……..……...…….8

SUMMARY……...…….…10

INTRODUCCIÓN……..……..…...…….…..12

REVISION DE LA LITERATURA…….……..……..……..….14

DIAGNÓSTICO DE SALUD……..……...……14

DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO DE SALUD…….…….……14

NIVELES DE DIAGNÓSTICOS……..……..……14

CANTÓN LOJA…….……..……...…14

DIVISIÓN POLÍTICA…….……..……..…….……..15

DESCRIPCIÓN DE LA PARROQUIA MALACATOS DEL CANTÓN LOJA……..……..……..15

HISTORIA…….……..…….….……15

GEOGRAFÍA……..……..…….…….……16

ACTIVIDADES ECONÓMICAS Y PRODUCTIVAS…….……..……...……..17

SERVICIOS BÁSICOS……..…..……..…….…...17

EDUCACIÓN……..……..……..19

ESCUELAS Y COLEGIOS DE MALACATOS…….…….……..……..19

VIALIDAD……..……..……20

ASPECTOS CULTURALES…….…….…….…….21

TRADICIONES……..…….…….……..21

FIESTAS CÍVICAS…….…….……..……..……..……21

FIESTAS RELIGIOSAS……..…..……21

COMIDAS Y BEBIDAS TRADICIONALES……..……..22

METODOLOGÍA…….……...……..…….……24

RESULTADOS……..……..……..…..……..……...25

DISCUSIÓN……..…..……38

CONCLUSIONES……..…….……..……..….…….40

RECOMENDACIONES……...…….……...….……41

BIBLIOGRAFÍA……..…….……...……..42

ANEXOS……..…….....…….46

ÍNDICE……..……...……..…….……75