



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**“RELACIÓN DEL PLANO TERMINAL CON EL TIPO DE  
ALIMENTACIÓN EN SU PRIMER SEMESTRE DE VIDA, EN  
NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA  
INICIAL N° 392 IRIS DEL PINO AYACUCHO 2016”**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

**Presentado por:**

**Bach. Lourdes, BERROCAL LLOCLLA.**

**Director Asesor:**

**C.D. Esp. María Del Rosario MENDOZA MARTINEZ**

**Ayacucho – Perú**

**2016.**

## **DEDICATORIA**

A Dios porque está conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar. A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento de mi inteligencia y capacidad. A mis hijos porque ellos son el motor de mi vida. A mi esposo por su comprensión y apoyo en todo momento. Los amo con toda mi vida.

## **AGRADECIMIENTO**

Quisiera agradecer a las personas que han colaborado en la realización de esta investigación en forma especial:

A la Dra. María Del Rosario MENDOZA MARTINEZ Por el apoyo y guía en la realización del presente trabajo de investigación.

A todas las personas que de una u otra forma contribuyeron a la realización del presente estudio.

## **LISTA DE CUADROS**

### **CUADRO N° 1**

Frecuencia de distribución de niños de 3 a 5 años por edad, de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

### **CUADRO N° 2**

Frecuencia de distribución de niños de 3 a 5 años por género, de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

### **CUADRO N° 3**

Frecuencia de distribución de niños de 3 a 5 años por plano terminal, de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

### **CUADRO N° 4**

Frecuencia de distribución de niños de 3 a 5 años por tipo de alimentación, de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

### **CUADRO N° 5**

Distribución del plano terminal por edad de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016

### **CUADRO N° 6**

Distribución del plano terminal por género de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

### **CUADRO N° 7**

Distribución del tipo de alimentación por edad de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

### **CUADRO N° 8**

Distribución del tipo de alimentación por género de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

### **CUADRO N° 9**

Relación entre el plano terminal con el tipo de alimentación en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho

### **CUADRO N° 10**

Relación entre el plano terminal en función a la alimentación en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

### **CUADRO N° 11**

Contrastación de la relación del plano terminal con el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016, empleando la prueba de Chi cuadrado.

## LISTA DE GRAFICOS

### **GRÁFICO N° 1**

Frecuencia de distribución de niños de 3 a 5 años por edad, de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

### **GRÁFICO N° 2**

Frecuencia de distribución de niños de 3 a 5 años por género, de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

### **GRÁFICO N° 3**

Frecuencia de distribución de niños de 3 a 5 años por plano terminal, de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

### **GRÁFICO N° 4**

Frecuencia de distribución de niños de 3 a 5 años por tipo de alimentación, de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

### **GRÁFICO N° 5**

Distribución del plano terminal por edad de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

### **GRÁFICO N° 6**

Distribución del plano terminal por género de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

### **GRÁFICO N° 7**

Distribución del tipo de alimentación por edad de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

### **GRÁFICO N° 8**

Distribución del tipo de alimentación por género de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

### **GRÁFICO N° 9**

Relación entre el plano terminal con el tipo de alimentación en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

### **GRÁFICO N° 10**

Relación entre el plano terminal en función a la alimentación en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

## RESUMEN

El presente estudio fue de tipo aplicada, de nivel descriptivo correlacional, método, observacional clínico e interrogatorio, de diseño no experimental y transversal, con el objetivo general de determinar la relación del plano terminal con el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016. De los 120 niños matriculados, 96 niños cumplieron los criterios de selección, 45 niños fueron de 4 años (47 %), seguido de 44 niños de 5 años (46%), y finalmente sólo 7 niños de 3 años (7%). 50 niñas fueron de género femenino (52%), a diferencia de 46 niños del género masculino (48%). Por planos terminales de las molares temporales de ambos lados derecha e izquierda, 46 niños con plano terminal recto (48%), seguido 41 niños con escalón mesial (43%), luego 5 niños con escalón distal (5%), finalmente 4 niños con plano terminal mixto entre mesial y recto (4%). Tipo de alimentación, 63 niños tuvieron una alimentación con lactancia materna exclusiva (66%), seguido de 26 niños con alimentación mixta (27%), y solo 7 niños con alimentación artificial (7%). Tipo de plano terminal por edad, se encontró 22 niños de 5 años con plano terminal recto (23%), seguido de 21 niños de 4 años con plano terminal recto y escalón mesial cada uno (22%), 16 niños de 5 años con escalón mesial (17%) luego los otros planos terminales en los tres grupos etáreos en menor cantidad y porcentaje. Plano terminal por género, 27 niñas con plano terminal recto (28%), seguido de 22 niños con escalón mesial (23%) y 19 niñas con escalón mesial y 19 niños plano terminal recto que representan un (20%) cada uno, luego los otros planos terminales mixto y distal en menor cantidad y porcentaje. Tipo de alimentación por edad, 31 niños de 4 años de edad tuvieron una Lactancia materna exclusiva (32%), seguido de 27 niños de 5 años de edad con lactancia materna exclusiva (28%), 13 niños de 5 años de edad con alimentación mixta (14%), y así sucesivamente niños en menor cantidad con tipos de alimentación a diferentes edades. Tipo de alimentación por género, 32 niños tuvieron una alimentación con lactancia materna exclusiva (33%), seguido de 31 niñas una alimentación con lactancia materna exclusiva (32%), 16 niñas con alimentación mixta (17%), 10 niños con alimentación mixta (10%), y sólo 4 niños y 3 niñas con alimentación artificial (4%) y (3%) respectivamente. Sobre



la relación entre el plano terminal y el tipo de alimentación del 100% de niños que tuvieron lactancia materna exclusiva el 52% tienen escalón mesial, seguido del 44% que tienen escalón recto, del 100% de niños que tuvieron alimentación mixta el 58% tienen plano terminal recto y el 27% tiene escalón mesial.

Concluimos aceptando la relación entre el plano terminal con el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016, contrastación con  $(g|6)$  y un nivel de confianza de 95%(0.05) El valor estadístico (31.29) es superior al valor crítico (11.07).

Recomendando socializar a la directora, docentes y los padres de familia los resultados dando a conocer la importancia de la relación de la alimentación durante los seis primeros meses con el plano terminal y las consecuencias posteriores en la oclusión y relación de los maxilares.

**PALABRAS CLAVES:** Alimentación infantil, plano terminal.

## ABSTRACT

The present study was applied, of correlational descriptive level, method, observational clinical and interrogation, not experimental and cross-sectional design, with the objective of determining the relationship of the flat terminal with the type of power supply during the first half of life, children 3-5 years of the institution educational initial N<sup>a</sup> 392 rainbow of pine Ayacucho 2016. 120 children enrolled , 96 children met the criteria of selection, 45 children were of 4 years (47%), followed of 44 children of 5 years (46%), and finally only 7 children of 3 years (7%). 50 girls were of gender female (52%), to difference of 46 children of the gender male (48%). By flat terminals of them molars temporary of both sides right and left, 46 children with flat terminal straight (48%), followed 41 children with step mesial (43%), then 5 children with step distal (5%), finally 4 children with flat terminal joint between mesial and straight (4%). Type of feed, 63 children had feeding with breastfeeding exclusively (66%), followed by 26 children with feeding (27%), and only 7 children with artificial feeding (7%). Flat terminal age type, 31 children from 4 years of age had a breastfeeding exclusively (32%), followed by 27 children of 5 years old with exclusive breastfeeding (28%), 13 children 5 years of age with mixed feed (14%), and so on children in fewer types of food at different ages. Flat terminal by gender, 27 girls with flat terminal straight (28%), followed of 22 girls with step mesial (23%) and 19 girls with step mesial and flat terminal straight in both genres (20%) each one, then the others flat terminals mixed and mixed in less amount and percentage. Feeding by age, 22 children from 5 years of age had an artificial feeding (23%), followed by 21 children from 4 years of age feed with exclusive breastfeeding and artificial (22%) each age group, 16 children 5 years of age with exclusive breastfeeding (17%), and so on children in fewer types of food at different ages. Type of power by gender, 32 children had a power with lactation maternal exclusive (33%), followed of 31 girls a power with lactation maternal exclusive (32%), 16 girls with feeding mixed (17%), 10 children with feeding mixed (10%), and only 4 children and 3 girls with power artificial (4%) and (3%) respectively. On the relationship between the flat and the type of feed, 33 children who had exclusive breastfeeding have step mesial (34%), followed by 28 children who had exclusive breastfeeding have

straight terminal plane (range: 29%), 15 children had mixed feed have straight terminal plane (range: 16%) and children in smaller amount and percentage with the three types of power and the flat terminals.

Conclude accepting the relationship between the flat terminal with the type of power during the first semester of life, in children of 3 to 5 years of the institution educational initial N<sup>a</sup> 392 Iris of the pine Ayacucho 2016, contrasting with ( $gI = 6$ ) and a level of confidence of 95% (0.05) the value statistical (31.29) is superior to the value critical (11.07).

Recommending socialize to it Director, teaching and them parents of family them results giving to know the importance of the relationship of the power during them six first months with the flat terminal and them consequences later in the occlusion and relationship of them maxillary.

WORDS KEY: Feeding children, flat terminal.

## INDICE

CARÁTULA.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RELACIÓN DE CUADROS.....	IV
RELACIÓN DE GRÁFICOS.....	VI
RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT.....	X
INDICE.....	XII
INTRODUCCIÓN.....	15

### CAPITULO I

<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>16</b>
<b>1.1 Descripción de la realidad problemática.....</b>	<b>16</b>
<b>1.2 Delimitación de la investigación.....</b>	<b>16</b>
1.2.1 Delimitación Espacial.....	16
1.2.2 Delimitación Social.....	16
1.2.3 Delimitación Temporal.....	17
1.2.4 Delimitación Conceptual.....	17
<b>1.3 Formulación del problema.....</b>	<b>17</b>
1.3.1 Problema Principal.....	17
1.3.2 Problemas Secundarios.....	17
<b>1.4 Objetivos de la investigación.....</b>	<b>18</b>
1.4.1 Objetivo General.....	18
1.4.2 Objetivos Específicos.....	18
<b>1.5 Hipótesis de la investigación.....</b>	<b>18</b>
1.5.1 Hipótesis General.....	18

<b>1.6 Variables de la investigación.....</b>	<b>19</b>
1.6.1 Variable Dependiente.....	19
1.6.2 Variables Independiente.....	19
1.6.3 Variables Intervinientes.....	19
1.6.4 Operacionalización de variable.....	20
<b>1.7 Metodología de la Investigación.....</b>	<b>21</b>
1.7.1 Tipo y nivel de investigación.....	21
1.7.2 Métodos y diseño de investigación.....	21
1.7.3 Población y Muestra.....	21
1.7.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	22
1.7.5 Plan de análisis de datos.....	22
<b>1.8 Justificación, Importancia y Limitación de Investigación.....</b>	<b>22</b>
1.8.1 Justificación de la Investigación.....	22
1.8.2 Importancia de la Investigación.....	23
1.8.3 Limitación de la investigación.....	24

## CAPITULO II

<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Antecedentes de la Investigación.....</b>	<b>25</b>
<b>2.2 Bases Teóricas:.....</b>	<b>33</b>
2.2.1. Generalidades de la dentición primaria.....	33
2.2.2. Oclusión en dentición temporal.....	35
2.2.3. Planos terminales.....	36
2.2.4. Alimentación infantil.....	38
2.2.4.1. Lactancia materna.....	39
2.2.4.2. Alimentación mixta.....	40
2.2.4.3. Alimentación artificial.....	42
<b>2.3 Definición de Términos Básicos.....</b>	<b>42</b>

### CAPÍTULO III

<b>PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>44</b>
<b>DISCUSIONES.....</b>	<b>56</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>58</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>60</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>64</b>
Matriz de consistencia.....	65
Ficha técnica de investigación.....	67
Cronograma.....	68
Presupuesto.....	69
Consentimiento informado.....	70
Evidencias fotográficas.....	71

## INTRODUCCIÓN

El contacto del bebé con el mundo externo es a través de la madre, la cual le proporciona un mecanismo de supervivencia con la lactancia, pero no solo eso sino también le da al niño satisfacción, estabilidad emocional y los beneficios nutritivos propios de una lactancia natural, permitiendo al niño un mejor desarrollo y adaptación al medio que lo rodea. La lactancia materna además contribuye al desarrollo de la musculatura oral, el avance mandibular y una adecuada configuración de los arcos dentarios, lo cual es indispensable para un crecimiento armonioso a nivel facial, ya que el niño que se alimenta por medio del seno materno utiliza toda sus estructuras óseas, musculares y articulares haciendo posible la maduración de estas, logrando así una mejor relación maxilar, ya que en el neonato la mandíbula se encuentra menos desarrollada y retruida con respecto al maxilar superior.

En la lactancia con biberón existe desarmonía en el crecimiento de los maxilares por la ausencia de los movimientos propulsivos de la mandíbula y se pierde la sincronización de la deglución con la respiración, el bebé se convierte en un ente pasivo debido a que la tetina del biberón obliga al lactante a ingerir cantidades excesivas de leche sin hacer mayor esfuerzo, originando un desequilibrio de fuerzas, lo que puede llevar a alteraciones óseas y musculares. (E. Merino).

Con el presente trabajo de investigación determine la relación entre el plano terminal y el tipo de alimentación, mediante el examen clínico intraoral a los niños de 3 a 5 años del de la Institución Educativa Inicial N<sup>a</sup> 392 Iris Del Pino, Ayacucho 2016. Con los resultados obtenidos se brindó información a los padres de familia sobre la relación entre el tipo de alimentación durante su primer semestre de vida y el plano terminal, de esta manera prevenir las maloclusiones dentales de sus niños y evitar complicaciones posteriores como los apiñamientos dentarios, mal posiciones dentarias y relaciones inadecuadas de los maxilares.

## CAPITULO I

### 1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

#### 1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

Durante nuestra formación académica en la clínica del niño y el internado se observó en el examen intraoral de los niños que el plano terminal era el equivalente a la relación de las primeras molares en adultos, ya que determina la clasificación de la oclusión que tendrá el paciente en su dentición permanente. Por ello con esta investigación se determinó la relación entre la lactancia materna y el plano terminal en niños de 3 a 5 años de edad en la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino, Ayacucho 2016. Con el fin de recomendar a los padres de familia sobre la importancia de la lactancia materna y prevenir posteriormente los diferentes tipos de mal oclusiones dentarias.

#### 1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

- 1.2.1 **Delimitación Espacial:** El estudio se realizó en la Institución Educativa Inicial N<sup>a</sup> 392 Iris Del Pino ubicado en el distrito de Ayacucho, provincia de Huamanga y región Ayacucho.
- 1.2.2 **Delimitación Social:** La unidad de análisis fue comprendido por los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N<sup>a</sup> 392 Iris Del Pino.



1.2.3 **Delimitación Temporal:** El estudio se realizó el mes de Octubre 2016.

1.2.4 **Delimitación Conceptual:** El propósito del presente estudio es conocer la relación del plano terminal con el tipo de alimentación en el primer semestre de vida.

### 1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

#### 1.3.1. Problema principal.

¿Existe relación del plano terminal y el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016?

#### 1.3.2. Problemas secundarios:

**Ps1.** ¿Cuál es el plano terminal según edad , en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016?.

**Ps2.** ¿Cuál es el plano terminal según el género, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016?.

**Ps3.** ¿Cuál es el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida según edad , en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016?.

**Ps4.** ¿Cuál es el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida según género, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016?.

## **1.4 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.**

### **1.4.1. Objetivo general.**

Determinar la relación del plano terminal con el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

### **1.4.2. Objetivos específicos:**

**Oe1.** Determinar el plano terminal según edad, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

**Oe2.** Determinar el plano terminal según género, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

**Oe3.** Determinar el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida según edad, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

**Oe4.** Determinar el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida según género, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

## **1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **1.5.1. Hipótesis General.**

**Hi.** Si existe relación del plano terminal con el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

**Ho.** No existe relación del plano terminal con el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa N° 392 Inicial Iris Del Pino Ayacucho 2016.

## **1.6. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **1.6.1 Variable Dependiente.**

Plano terminal.

### **1.6.2 Variable independiente.**

Tipo de alimentación en el primer semestre de vida.

### **1.6.3 Variable intervinientes**

Edad.

Género.

#### 1.6.4.Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA	VALOR
plano terminal	Relación mesiodistal entre las superficies distales de los segundos molares primarios superior e inferior cuando los dientes primarios contactan en relación céntrica	Clasificación de BAUME	Nominal politómica	-Escalón mesial -Plano terminal recto -Escalón distal
Tipo de alimentación	Alimentación que se le brinda durante el primer semestre de vida	Lactancia materna	Nominal politómica	- Lactancia materna exclusiva - Lactancia artificial. - Alimentación mixta.
Género	Características anatómicas de una persona	Género	Nominal dicotómica	- Masculino - Femenino
Edad	Tiempo de vida cronológica	Edad	Cuantitativa Discreta	- 3 años - 4 años - 5 años

## **1.7 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **1.7.1. Tipo y nivel de la Investigación.**

**Tipo:** Aplicada

**Nivel:** Descriptivo y correlacional.

### **1.7.2. Método y diseño de investigación.**

**Método:** observacional clínico, interrogatorio,

**Diseño:** no experimental, descriptivo, transversal y retrospectivo

### **1.7.3 Población y muestra.**

#### **1.7.3.1 Población.**

La población fue constituida por los 120 niños que se encuentran matriculados en la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino en el año académico 2016, como se evidencia en los registros de matrícula.

#### **1.7.3.2 Muestra.**

La cantidad de muestra fue de 96 niños que cumplieron con los criterios de selección considerando estrictamente los criterios de inclusión y exclusión.

##### **Criterios de Inclusión:**

- Los niños de 3 a 5 años de edad.
- Que presenten dentición decidua completa.

##### **Criterios de Exclusión:**

- Niños que presenten alguna enfermedad sistémica o genética
- Niños con dientes con caries interproximal.
- Niños con dientes con coronas destruidas.
- Niños con dientes supernumerarios.
- Niños con erupción de algún diente permanente.

El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple finito.

#### **1.7.4. Técnicas de recolección de datos.**

**1.7.4.1. Solicitud a la Directora de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino** Se envió una solicitud dirigida a la Directora de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino, para la autorización de la ejecución del Proyecto de Investigación.

**1.7.4.2. Coordinación con los docentes de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino,** Se coordinó con los docentes en una reunión en forma general, luego con cada docente de aula para programar las actividades.

**1.7.4.3. Hacer firmar el consentimiento informado.** Se hizo firmar a la persona a cargo del niño la hoja de consentimiento informado.

**1.7.4.4. Recolección de los datos en una ficha de investigación.** Se realizó las preguntas necesarias a la persona quien esté a cargo del niño para obtener datos reales y luego se procedió hacer un examen clínico para constatar el plano terminal.

#### **1.7.5. Plan de análisis de datos.**

Para el análisis de los datos; se realizó una base de datos en hojas de cálculo EXCEL (Microsoft, 2010), los que serán codificados y tabulados, para luego ser analizados mediante el paquete estadístico SPSS 20 (IBM, 2010).

Se realizó medidas de tendencia central para todos los indicadores, además se aplicó la prueba de Chi-cuadrado para evaluar la relación entre plano terminal y el tipo de alimentación.

### **1.8. JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y LIMITACION DE INVESTIGACIÓN.**

#### **1.8. 1. Justificación de investigación.**

Teniendo la información mediante literaturas actualizadas de odontopediatría, ortodoncia y ortopedia maxilar, que el mayor crecimiento craneofacial ocurre durante los primeros 4 años de vida, es posible la estimulación de los componentes óseos, articulares y musculares en forma armónica, es por ello la importancia de la lactancia materna frente a la

lactancia artificial. El tipo de plano terminal es de suma utilidad para proyectarse a una de las maloclusiones que se verán más adelante cuando tenga su dentición permanente en las especialidades de ortodoncia y ortopedia maxilar como de la odontopediatria para llegar a un buen diagnóstico diferencial de las maloclusiones.

El presente trabajo de investigación se realizó, porque durante las prácticas clínica en estomatología pediátrica I y II de vuestra universidad he visto muchos pacientes niños con diferentes mal oclusiones dentarias y como el desarrollo cráneo facial se da en los primeros años de vida se determinó si el tipo de alimentación durante su primer semestre de vida tiene relación con el plano terminal.

El objetivo de este estudio de investigación fue con los resultados obtenidos informar a los padres de familia sobre la relación del tipo de alimentación durante su primer año de vida y su implicancia con plano terminal. De esta manera prevenir las diferentes maloclusiones dentarias de sus niños y evitar complicaciones posteriores en la relación cráneo maxilo facial.

### **1.8.2. Importancia de la investigación**

El Perú es un país donde existe una alta prevalencia de maloclusiones, aproximadamente un 85% de la población la presenta. Últimos estudios revelan que las maloclusiones de la dentición permanente son frecuentemente diagnosticadas en la dentición decidua. Las causas más comunes se encuentran relacionadas con los hábitos y desvíos funcionales, los cuales se inician en la primera fase de la vida y cuyas condiciones se verán reflejadas en la dentición permanente.

En la 1ra fase de la vida, la lactancia materna es el principal factor que influye en el crecimiento de los niños. Esta es aceptada como el mejor método de alimentación para los recién nacidos debido a los múltiples beneficios que proporcionan en el desarrollo del niño. La OMS y UNICEF destacan su importancia en el crecimiento integral del niño favoreciendo su desarrollo neurológico, psicológico e inmunológico y protegiéndolo de

problemas de salud tales como malnutrición, diarrea y enfermedades respiratorias.

La influencia del tipo de alimentación durante los primeros seis meses de vida, en el desarrollo integral del sistema estomatognático ha sido materia de múltiples investigaciones, las cuales han demostrado que la falta de ésta conlleva a una serie de situaciones como la succión y deglución inadecuadas causando alteraciones en el complejo craneofacial. Sin embargo, existen pocas evidencias científicas que confirmen que la lactancia materna influye positivamente sobre el crecimiento de estructuras orofaciales específicas como el plano terminal que influyen en el crecimiento mandibular. El insuficiente crecimiento mandibular es una de las principales causas de la gran mayoría de anomalías orofaciales. Por lo tanto, la prevención es el punto de partida para lograr un normal desarrollo y crecimiento craneofacial de los niños en su primera fase de vida. De esta manera se debe instruir a las madres para que adquieran las medidas y actitudes necesarias que estimulen el buen desarrollo craneofacial de sus niños. Por tal motivo, es importante poder implementar una política de salud bucodental en la comunidad peruana, fortaleciendo las correspondientes actitudes y prácticas en cuanto a la prevención.

Esta investigación tiene importancia debido a que en nuestro medio no se han encontrado estudios que traten sobre la relación del plano terminal con el tipo de alimentación durante primer semestre de vida, en niños de 3 a 5 años.

### **1.8.3. Limitación de la investigación**

El presente trabajo de investigación es viable ya que el examen clínico que se realizó en cavidad bucal de los niños no fue complejo, tomando en cuenta los aspectos teóricos. Además, se contó con la autorización y el apoyo de la directora del jardín y los docentes de cada aula.

La única dificultad que tuve fue la limitada información en los antecedentes recientes de la investigación, buscado por las diferentes fuentes de información científica.



## CAPITULO II

### 2. MARCO TEÓRICO.

#### 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

##### **Antecedentes Internacionales:**

**Requena A. (2014)** en un estudio realizado en Toluca, estado de México con el objetivo de determinar la influencia de la lactancia materna en la oclusión en la dentición temporal encontró que los espacios generalizados estuvieron presentes en el 35.4% de los casos de lactancia materna, 38.6% de los casos de lactancia mixta y 38% de los casos de lactancia artificial. Los espacios primates estuvieron presentes en el 51.6% de los casos de lactancia materna, en el 50% de lactancia mixta y 52.3% la lactancia artificial. El apiñamiento inferior se presentó en el 6.4% de los casos de lactancia materna, 9.6% de lactancia mixta y 19.3% lactancia artificial. Mordida cruzada anterior se observó en el 6.4% de los casos de lactancia materna, 6.4% de los casos de lactancia mixta y en el 16.6% de los casos de lactancia artificial. Mordida cruzada posterior se presentó en el 6.4% de los casos de lactancia materna, 0% de lactancia mixta y 6.4% de lactancia artificial.

Mordida abierta anterior estuvo presente en el 6.4% de los casos de lactancia materna, 6.8% de los casos de lactancia mixta y 9% de los casos de lactancia artificial. Mordida abierta posterior se observó en el 3.2% de

los casos de la lactancia materna, 0% de los casos de lactancia mixta y 9.5% de los casos de lactancia artificial. Mordida borde a borde se presentó en el 9.6% de los casos de lactancia materna 9% de los casos de lactancia mixta y 4.7 % de los casos de lactancia artificial. Atrición estuvo presente en el 38.7% de los casos de lactancia 34 materna 25% de los casos de lactancia artificial y 54 % de los casos de lactancia mixta (10)

**Gramal E. (2014)** realizó un estudio descriptivo y transversal para determinar la relación de dependencia entre la lactancia y la presencia de maloclusiones en preescolares, su muestra fue de 203 niños de 3 a 5 años. Se utilizó encuesta a las madres y examen clínico a los niños. Encontró que el 100% recibió lactancia materna en algún periodo ya que el 60.1% tuvo lactancia materna exclusiva, la relación de maloclusiones con el tipo de lactancia tuvo significancia estadística al igual que el tiempo de lactancia. El 51.7% tuvo oclusión normal por haber lactado más de 12 meses y solo 4.9% maloclusión leve por haber recibido lactancia materna exclusiva. Por haber recibido lactancia mixta presentaron 15.8% maloclusión leve y 18.2% maloclusión moderada. (7)

**Vergara R. et al (2014)** en un estudio descriptivo y transversal se buscó valorar la influencia de la lactancia materna en la aparición de maloclusiones, la muestra la constituyeron 106 niños de 5 a 6 años, predominó la lactancia materna combinada y como hábitos bucales deformantes la lengua protáctil y la succión digital. Se concluyó que la lactancia materna combinada ocasionó la aparición de dichos hábitos, lo que unido al poco desarrollo transversal de los maxilares podría relacionarse con el origen de las maloclusiones. (5)

**Fuguet J. et al (2014)** realizaron un estudio descriptivo observacional de corte transversal, buscaron identificar la influencia de la lactancia materna exclusiva con la presencia de hábitos bucales deformantes, la muestra fue de 107 niños de entre 3 a 5 años, para la recolección de información se confeccionó una encuesta. Se encontró 69 niños portadores de hábitos

bucales deformantes, el 86,6% de los que recibieron lactancia materna de 0 a 3 meses eran portadores de hábitos bucales deformantes. (14)

**Rondón R, Zambrano G, Guerra M. (2012)** buscaron determinar la relación entre periodo de lactancia materna y maloclusiones, la muestra fue de 59 niños de entre 6 y 13 años, mediante un cuestionario se obtuvo los datos sobre el periodo de lactancia materna recibida por el niño y se efectuó un examen clínico a cada niño. Se encontró que existe relación estadística significativa entre un periodo de lactancia materna menor de 6 meses con relación molar en clase II de Angle y mordida abierta anterior; al igual que entre un periodo de lactancia materna mayor de 6 meses con relación molar en clase I de Angle.(3)

**Bhat y col. (2012)** Hicieron un estudio para evaluar las características oclusales en la dentición temporal y sus diferencias en varios parámetros en niños entre 3 y 5 años de edad. 808 niños sanos con dentición decidua completa formaron parte del estudio. El examen se realizó por un solo examinador. Se encontró plano terminal recto en 67.9% de los niños, este iba cambiando a escalón mesial a medida que los niños crecían. La relación canina clase I fue la relación canina más prevalente. La mordida abierta anterior se observó en 0.2% de los niños, la cual fue menor respecto a estudios anteriores. El 91.2% de los niños presentaron un overjet entre 1-2mm y la incidencia de mordida cruzada anterior y posterior fue de 0.4%. No se registraron casos de infraoclusión y mordida en tijera. Se concluyó, que los planos terminales cambian a medida que la edad avanza y que la baja prevalencia de mordida cruzada posterior y mordida abierta anterior se debe a la baja prevalencia de hábitos de succión en los niños. Se necesita una mayor muestra para determinar la prevalencia de infraoclusión y mordida en tijera. (17)

**Ramírez y col. (2011)** estudiaron las características de la oclusión decidua más frecuentes y las alteraciones que predisponen a una futura maloclusión. La muestra estuvo conformada por 61 niños en edad

preescolar y se determinó la frecuencia de las características de la oclusión de acuerdo a los principios de Baume. Se obtuvo que de los 61 niños, solo el 12% tenían las características de la oclusión primaria, el 67% presentó más de una alteración. Con respecto a los planos terminal, el 3% presento escalón distal y el 2% escalón mesial exagerado. Se observó también una prevalencia de 32% de mordida abierta seguido de la mordida cruzada anterior (31%). Se concluyó que la ausencia de espacios de desarrollo influye en el apiñamiento de los permanentes. El plano terminal distal y mesial exagerado, determinan la clase molar II y III de Angle en la dentición permanente y finalmente que la mordida abierta y la mordida cruzada anterior son signos que afectan el complejo craneofacial en la dentición decidua y permanente.(16)

**Candido y col. (2010)** realizaron un estudio para evaluar las características normales de oclusión en la dentición decidua en niños de 2 a 5 años de edad en la ciudad de Joao Pessoa Brasil L a muestra estuvo conformada por 350 niños que asistían a consulta al Centro de Referencia de Educación Infantil y se realizó un examen clínico por un examinador calibrado. Se encontró que había mayor prevalencia de arco tipo I (75.7 en el maxilar y 74.8% en la mandíbula), sin asociación entre el tipo de arco, género y edad. La presencia de espacios primates se encontró en un 96.9% en el maxilar y en un 78.6% en la mandíbula. No se encontró diferencia significativa entre el género y los espacios primates en la maxila, pero si en la mandíbula. Se encontró una frecuencia de escalón mesial en un 56.3%, seguida de escalón recto (30.6%) y escalón distal (4.6%). El índice de maloclusiones mostró un 56% de normoclusión, 12.3% presentaron leve desordenes oclusales y el 31.7% presentaron desordenes oclusales de moderado a severo, sin diferencia significativa entre género y edad.(15)

**Mendes A, Valença A, Lima C. (2008)** realizaron un estudio transversal de tipo epidemiológico para determinar prevalencia, asociación de los tipos y duración de la lactancia materna, los hábitos de succión no nutritiva y la

maloclusión en 733 pre-escolares de 3-5 años. Con ayuda de un formulario se observó una asociación entre el tipo de alimentación y hábitos de succión no nutritiva ( $p < 0,001$ ), la verificación de una mayor prevalencia de chupar chupete entre los niños en edad preescolar que amamantaron artificial (66,2 %) y mixto (61,9 %). El hábito de uso del chupete fue influenciado por la duración de la alimentación mixta ( $p < 0,001$ ), aunque esta relación se encuentra porque que aspira el dedo ( $p > 0,05$ ) se demuestra una más que alta prevalencia de overjet grave (15,7 %), overbite grave (16,5 %) y la mordida abierta anterior (51%) en chupar el chupete ( $p < 0,0001$ ). Todavía se encuentran un vínculo entre el dedo hábito de succión con el resalte (11).

**Vilela M, Tornisiello C, Rosenblatt A. (2008)** realizaron un estudio longitudinal para evaluar la relación entre los hábitos de succión no nutritiva, la presencia de mordidas abiertas anteriores y las mordidas cruzadas posteriores y su asociación con la morfología facial en niños de entre los 4 a 6 años de edad asistentes a escuelas públicas en la ciudad de Recife, Brasil. La muestra fue de 287 niños, tanto hombres como mujeres. Los datos se recolectaron mediante entrevistas con las madres o cuidadores y el examen clínico se llevó a cabo por dos examinadores calibrados. Los resultados revelaron una reducción significativa en mordidas abiertas anteriores ( $P < 0,001$ ) y un ligero aumento en la prevalencia de las mordidas cruzadas posteriores. Ambos rasgos oclusales se asociaron con una historia previa de hábitos de succión; una asociación estadísticamente significativa ( $P = 0,02$ ) se encontró entre la morfología facial y una mordida abierta anterior. El tipo facial morfológico más frecuente, evaluada mediante el índice facial morfológico, fue alta ( $\geq 88\text{mm}$ ). (13)

### **Antecedentes nacionales:**

**Hidalgo M. (2015).** Se realizó un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de describir las características de la oclusión decidua de niños de un Centro Poblado de Huancavelica alimentados con lactancia materna y con presencia o no de hábitos de succión no nutritiva. La muestra fue de 45 niños de 3 a 5 años de edad con dentición decidua completa que nunca se alimentaron con biberón, se realizó un examen clínico bucal al niño y un cuestionario a la madre. Se encontró que los niños de la muestra se alimentaron con lactancia materna en un promedio de 19 meses desde su nacimiento, siendo siempre exclusiva hasta los 6 meses, el 56% presentaron hábitos de succión no nutritiva de dedo, juguete o ambos y por un tiempo menor a 2 años. En el plano terminal predominó el escalón mesial (60%) y recto (36%) sin encontrarse presencia de escalón distal, el espacio primate en ambas arcadas se presentó en el 9% de la muestra sin tener relación estadística con los hábitos de succión no nutritivos. De los niños con hábitos de succión no nutritiva, solo el 4% presentó mordida cruzada anterior relacionada al hábito de succión no nutritiva de un juguete; no hubo presencia de mordida abierta anterior ni mordida cruzada posterior. En la muestra los hábitos de succión no nutritiva no presentaron asociación con la oclusión decidua. (4)

**Cuya R, Paredes S.(2014)** En Iquitos elabora la tesis “prevalencia de plano terminal según género en niños de 3 a 6 años en el Centro de Salud Masusa” que tuvo como objetivo establecer la relación entre el tipo de plano terminal y el género en niños de 3 a 6 años de edad en el centro de salud Masusa, 2014, la población estuvo conformada por niños de la localidad urbana marginal de Masusa, que fue 3229 niños. La muestra fue de 357 niños, se utilizó la técnica de muestreo no probalístico por accidente, siendo el diseño no experimental, correlacional y transversal. Los instrumentos fueron la ficha de recolección de datos del plano terminal. Entre los hallazgos más importantes se encontró lo siguiente: La edad más prevalente fue los 5 años con 41.7%, seguido de 4 años con 37.3% y en 3

años con 19.9 %. El sexo femenino fue el más prevalente con el 50.1% seguido por el sexo masculino con 49.9 %. La lactancia materna fue el único tipo de lactancia. El 91.6% no presentó hábitos, el 3.9% presentó el hábito de succión digital, 4,5% presentó otros hábitos. El 63% de no presento caries interproximal, el 16.5% presento 2 lesiones cariosas, 10,1% presento 4 lesiones cariosas, 4.8% presento 6 lesiones cariosas. El arco Baume tipo I fue el más prevalente con el 55,7%, seguido por Baume tipo II con el 44.3%. El tipo de plano terminal en el lado derecho más prevalente fue plano terminal recto con 52.4%, distal con 6,2% y mesial 38,7% y no registra fue de 2,8%. El tipo de plano terminal en el lado izquierdo más sobresaliente fue plano terminal recto con 45,9% , distal con 7,3% y mesial 43,7% y no registra fue de 3,1% .No existe relación entre el tipo de plano terminal derecho y el género ( $p=0,345$ ).No existe relación entre el plano terminal izquierdo y el género ( $p=0,530$ ). Existe relación entre el tipo de plano terminal derecho e izquierdo ( $p=0,000$ ). Existe relación entre el número de caries interproximales y el tipo de arco. El arco dentario Baume tipo I presentó 146 pacientes sin ninguna lesión cariosa interproximal y el Baume tipo II 79 pacientes (2).

**Flores G. (2011)** Realizo una Investigación bibliográfica para determinar la relación entre tipo de lactancia con el crecimiento y desarrollo cráneo facial concluyendo que la lactancia materna es el primer y más importante mecanismo natural de ortopedia funcional de los maxilares. Como consecuencia de los movimientos mandibulares en el ordenamiento producidos durante la lactancia materna tenemos una correcta tonicidad de los músculos masticatorios, posicionamiento anterior de la mandibula, coordinación cóndilo-disco adecuada con una forma correcta de la cavidad articular y fortalecimiento de las estructuras que conforman la atm. La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, presenta una mayor influencia en el crecimiento mandibular que los otros tipos de alimentación. (6)

**Alvarez M, Quiroz K. et al (2011)** en un estudio descriptivo transversal determinaron la influencia de los malos hábitos orales más prevalentes en la oclusión decidua, la muestra fue de 50 infantes que registraban el primer plano de oclusión, la recolección de datos se obtuvo mediante encuesta a los padres y examen clínico para el registro de maloclusiones. Se comprobó que existe una relación positiva del hábito de respiración y 11 succión digital con el paladar profundo. El hábito de succión digital afecta en la profundidad del paladar así como en la relación del plano terminal recto y distal.(8)

**Carrasco M, Villena R et al (2009)** realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar las prácticas de lactancia materna y los hábitos de succión no nutritivos en niños de 0-71 meses de centros poblados del Distrito de Carabaylo, Lima-Perú. La muestra fue de 133 niños en un promedio de 36 meses. El 96,3% recibió lactancia materna, siendo exclusiva en el 80,2% hasta los 6 meses. El uso del chupón se encontró en 9,2% y del biberón en 61,9%. El 47,4% usaban el biberón para dormir de los cuales el 50% contenían azúcar. En el estudio se observó hábitos de lactancia materna favorables y baja prevalencia de hábitos no nutritivos, sin embargo también hubo temprana introducción del azúcar en la dieta de los niños y un uso frecuente e incorrecto del biberón. (1)

**Obregon J. (2008)** realizó un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de conocer la prevalencia de tipo de escalón molar y la presencia de espacios primates en niños con dentición decidua que recibieron lactancia materna y lactancia mixta, para tal fin se estudió una muestra de 114 niños. Los resultados demostraron que los niños que recibieron lactancia materna la relación molar de mayor frecuencia fue el escalón mesial con un 50% y en niños con lactancia mixta el plano terminal recto con 62.9%.

En niños que recibieron lactancia mixta la mayor frecuencia de espacios primates superiores fue de 53.8% y en aquellos niños con lactancia



materna fue de 46.2%. La mayor frecuencia de espacios primates inferiores fue en niños con lactancia mixta con un 53.1%.

Con lactancia materna y mixta con resultados similares, el de mayor frecuencia es de 29 y 34 en plano terminal recto, en ambos casos es favorable, más adelante se ira en relación a los primeros molares permanentes a Clase I, esta clase de maloclusión es la menos dañina. (9)

**Mendoza A, Asbún P, et al (2008)** realizaron un estudio caso control de cohorte longitudinal retrospectivo con 500 niños de entre tres y siete años de edad con el objetivo de analizar los efectos de la lactancia materna sobre el desarrollo de las diferentes estructuras que conforman el aparato estomatognático, la información se obtuvo mediante un cuestionario a las madres. Los resultados fueron que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida representa un factor preventivo para el desarrollo de maloclusión, OR de 0.09 con (IC 95% 3.46-5.28), también se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los hábitos de succión no nutritiva y la maloclusión OR 24.57 (IC 95% 2.55 – 3.01) durante los tres primeros años de vida, el hábito de succión no nutritiva más frecuente es la succión digital con un 53%. (12)

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Generalidades de la dentición primaria**

Son pocas las maloclusiones que se producen en la dentición temporal y está claro que ciertas alteraciones sobre dicha dentición influyen en la dentición permanente. En algunos casos estas alteraciones permitirán predecir las necesidades de un tratamiento inmediato posterior al inicio de la dentición mixta futura. (24)

Dentro de un margen normal de variaciones de dientes temporarios que constituyen los arcos primarios de niños, inician la erupción frecuentemente a los 6 meses y terminan a los 3 años de edad (24).

La hemiarcada está compuesta de 5 piezas dentarias; dos incisivos, un canino, dos molares, las cuales están enclavadas en su alveolo verticalmente en forma tal de sus ejes longitudinales son paralelos entre si y perpendiculares al plano oclusal, no presentando curva de Spee. Aspecto que se comprueba colocando un modelo sobre un vidrio plano en la cual todas las piezas contactan. Además tienen escasa intercuspidadación, leve entrecruzamiento vertical (overbite) y leve entrecruzamiento horizontal (overjet) y en muchos casos los dientes primarios presentan un espacio inter dentario generalizado, o bien pueden aparecer en ciertas zona específicas. Baume puso el nombre de espacios primates al comparar los espacios existentes en los niños, con los que existen en los monos. (19)

Existen dos tipos de dentición temporal, según la presencia o no de los espacios interdentes, que están ordenados genéticamente: tipo I, con espacio; tipo II, sin espacio o cerrado. (19)

Estos tipos son características genéticas, pues desde la aparición de los dientes la presencia o falta de espacio ya se manifiesta en forma visible. (20)

Para Baume los siguientes puntos son importantes en el examen de la oclusión temporaria:

a.- Existen dos tipos de arcos dentarios espaciados y no espaciados, las combinaciones de espacios cerrados y abiertos en maxilares en niños no son frecuentes pero pueden existir.

b.- Existen también dos tipos principales de terminaciones distales en la oclusión de las arcadas temporarias. Muy frecuentemente hay un plano terminal tangente recto a las caras distales de las segundas molares deciduas tanto inferiores como superiores y aproximadamente 1/6 de los niños presentan plano terminal en escalón mesial. En muy pocos casos se presentan planos terminales en escalón distal y las diferentes combinaciones de planos terminales con la presencia o ausencia de espacios (19).

c.- Los incisivos temporales generalmente se presentan más verticalmente que los permanentes con poco entrecruzamiento y poca profusión.

d.- La relación canina se mantiene constante durante la dentición temporaria.

e.- Por lo general cuando se han completado los arcos primarios permanecen estable en su tamaño tanto en su sentido sagital como transversal hasta que erupcionan los dientes permanentes. Solo disminuyen de tamaño a causa de caries dentales inter proximales. (19)

Estos arcos son generalmente de forma ovoide y presentan menos variabilidad en su conformación y menos intensidad de crecimiento y desarrollo. A los tres o tres años y medio de edad, el crecimiento de los arcos dentarios permanece invariablemente hasta la próxima fase de cambios de los sectores frontales y la erupción de los molares de los 6 años. (20)

Por ejemplo en el maxilar superior la distancia promedio intercanina y de las segundas molares no varían entre los tres años y medio a cinco años de edad manteniéndose la distancia de 21mm. Y 28mm. Respectivamente. (20)

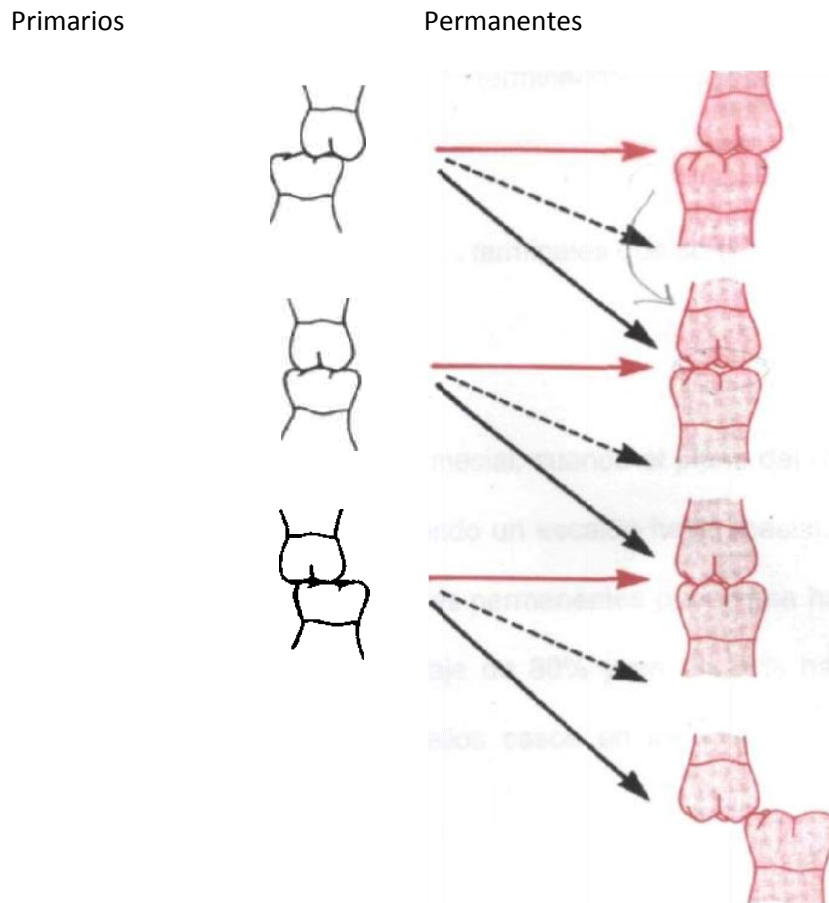
Sin embargo el hueso no permanece inactivo si bien aparentemente se encuentra detenido en el plano horizontal. El crecimiento óseo continúa y su actividad se manifiesta en sentido vertical. Esta actividad interna se evidencia entre los dos años y medio a cinco años y medio de edad. El crecimiento en dicho sentido que Baume comprobó responde a los gérmenes dentarios permanentes de los maxilares que buscan su correcta ubicación. (19)

### **2.2.2. Oclusión en dentición temporal.**

Tomando en cuenta, que las relaciones de los planos terminales, definen tendencias para el establecimiento futuro de la oclusión de los primeros molares permanentes. Se debe pretender buscar sostener los planos verticales y mesial ligero, así como rehabilitar los distal y mesial exagerado, lo antes posible dentro de esta temprana edad y dentro de esta filosofía. (21)

Las relaciones oclusales de la dentición mixta son similares a las de la dentición permanente, pero los términos empleados para su descripción son algo diferentes. Una relación normal entre los molares primarios es la del plano terminal de encajada en figura. El equivalente a la Clase II de Angle en la

dentición primaria es el escalón distal mientras que el escalón mesial corresponde a la Clase I. En la dentición primaria no suele verse un equivalente de la Clase III, debido al patrón normal de crecimiento craneofacial, en el que la mandíbula queda retrasada con respecto al maxilar superior (21).



### 2.2.3. Planos terminales.

Los planos terminales son como su nombre lo indica el plano que se encuentra perpendicular a la cara distal del segundo molar temporal superior e inferior y la colocación del plano terminal distal del molar inferior nos dará el tipo de oclusión que tendrán los primeros molares permanentes.

**Encontramos tres tipos de planos terminales que son:**

**Escalón mesial.**

El plano terminal con escalón mesial, cuando el plano del molar inferior está por delante del superior formando un escalón hacia mesial. En este caso la relación de los primeros molares permanentes puede irse hacia una relación oclusal clase I en un porcentaje de 80% y en un 20% hacia una relación clase III, sobre todo en aquellos casos en los cuales existe información genética de prognatismo. (22)

**Plano terminal recto.**

Es cuando ambos planos están en un mismo nivel formando una línea recta. En este caso un porcentaje del 85% se ira a una relación de los primeros molares permanentes clase I y un porcentaje del 15% se ira a una relación clase II (borde a borde) de los primeros molares permanentes (19).

**Escalón distal.**

El plano terminal con escalón distal, cuando el plano del molar inferior está por detrás del superior formando un escalón hacia distal. En este caso el porcentaje de que la relación de los primeros molares permanentes sea de una clase II es casi del 100% (19).

**Prevalencia de los planos terminales.**

La mayoría de estudios muestran que es mayor la prevalencia de plano terminal recto y escalón mesial, que el plano terminal de escalón distal. Los estudios muestran que la mayoría de los niños presentan arcos espaciados. (25)

**Baume**, en un estudio comparativo en los modelos de 60 niños, antes y después de la erupción de los molares permanentes, revelo tres clases de ajuste molar normal:

a.- La presencia de un plano terminal con escalón mesial, que permita al primer molar permanente inferior erupcionar directamente en oclusión correcta sin alterar la posición de los dientes vecinos.

b.- La presencia de unos espacios primates inferiores y un plano terminal recto conduce a una oclusión molar correcta tras un desplazamiento temprano de los molares inferiores hacia el espacio primate al erupcionar el primer molar permanente.

c.- La presencia de un plano terminal recto y arcos primarios cerrados que resulta en una relación transitoria de borde a borde en los primeros molares permanentes. Se llegó a una oclusión correcta por un desplazamiento mesial tardío de los molares inferiores después de la pérdida de los segundos molares primarios.

Es necesario resaltar el diagnóstico de los planos terminales para determinar además las maloclusiones, así podemos ver que la clase II es el resultado de un escalón distal exagerado, al igual que la clase III resulta de un exagerado escalón mesial. (19)

#### **2.2.4. La alimentación Infantil.**

La alimentación y nutrición adecuadas durante la infancia y niñez temprana es fundamental para el desarrollo del potencial humano completo de cada niño. Es bien reconocido que el periodo entre el nacimiento y los dos años de edad es una “ventana de tiempo crítica” para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimos (OMS).

Aunque los términos alimentación y nutrición se usan frecuentemente como sinónimos, en realidad corresponden a conceptos distintos. **El objetivo principal de la alimentación es la nutrición**, si bien es evidente que ya desde los primeros meses de vida, incluye también un importante componente social

#### **2.2.4.1. Lactancia materna.**

La lactancia materna aporta al niño mucho más que una óptima alimentación, ya que contiene factores inmunológicos, células antiinflamatorias, factores de crecimiento, enzimas y hormonas, que complementan la capacidad de desarrollo del niño, también favorece la salud de la mujer, fortalece el vínculo madre e hijo y además; durante el amamantamiento se produce la excitación de la musculatura bucal y se movilizan las estructuras del aparato estomatognático del recién nacido , lo cual influye en su crecimiento y desarrollo. (26)

Las principales funciones fisiológicas de la cavidad oral son la respiración, la deglución, la masticación y la fonación, aunque pueda extrañar la respiración como una de las funciones de la boca ya que la principal entrada de la respiración es por la nariz, las necesidades respiratorias son un determinante esencial para la posición de la mandíbula y la lengua , una vez establecida una vía respiratoria la siguiente prioridad del recién nacido es la obtención de leche y su introducción en el aparato digestivo ya que el niño presenta exigencias metabólicas que tiene que suplir con la lactancia y la deglución. (26)

En los primeros segundos de vida del recién nacido, se establece dos funciones principales de sobrevivencia: la respiración y la deglución por lo que aprende a manejar perfectamente la encrucijada aero-digestiva. (26)

El recién nacido presenta algunas características orales que facilitan el amamantamiento, como, depósito de tejido graso en los carrillos, pequeño espacio intraoral, retracción mandibular, no disociación entre movimientos de la lengua y mandíbula. (26)

La lactancia materna refuerza y mantiene el circuito de respiración nasal fisiológico, ya que el niño al mamar respira por la nariz al contar con una perfecta coordinación que le permita respirar, succionar y deglutir rítmicamente sin necesidad de soltar el pezón, la respiración nasal es fundamental para el correcto desarrollo craneofacial, ya que el paso de aire por las fosas nasales es

un estímulo para el desarrollo espacial de dicha fosas, las cuales están íntimamente relacionadas con el desarrollo del maxilar superior. (27)

Es importante señalar que solo el amamantamiento es el que va a repartir los estímulos nerviosos a los centros propioceptivos en labios, lengua, mejillas, músculos, ATM, tan importantes para el buen funcionamiento del sistema estomatognático. (29)

Además del acto del amamantamiento es el único que activa y crea fisiológicamente los circuitos nerviosos que proporcionan las respuestas típicas de crecimiento y desarrollo como son: anteroposterior y transversal de la mandíbula, desarrollo de los pterigoideos y diferenciación de la ATM. (28)

**Merino, E.** destaca que los neonatos, la rama mandibular, el cuerpo y la eminencia mentoniana está incompleta, la estimulación durante el amamantamiento y posteriormente la masticación, llevan a un crecimiento mandibular adecuado, estableciéndose una relación armónica con la maxila (26)

#### **2.2.4.2. Lactancia mixta.**

En ella, el niño recibe, junto al pecho materno, leche de fórmula. La indicación principal para esta modalidad de lactancia es la falta de leche (hipogalactia) materna. Otras veces esta impuesta por razones sociales: madres trabajadoras fuera de casa y que no tienen facilidades para dar toda la toma, etc. (26)

En el caso de los partos múltiples, sobre todo si son tres o más de tres, es una buena ayuda. (26)

La adopción de este tipo de lactancia, ha de estar prescrita y guiada por el pediatra, basándose en algunos hechos, como puede ser la poca ganancia de peso del niño. En ningún caso se debe de comenzar por iniciativa propia. (26)



La lactancia artificial es un acto pasivo durante el cual hay un paso de la leche de manera directa, no produciéndose el reflejo del amamantamiento, interfiriendo en el balance de la musculatura intra y extraoral (26).

La succión de la mamadera no requiere los movimientos de protrusión y retrusión de la mandíbula que son importantes para el correcto crecimiento de la mandíbula. (26)

En la alimentación por biberón, la lengua por efecto de la succión se ubica más bajo dentro del espacio oral funcional, impidiendo su roce fisiológico con el paladar y las presiones laterales necesarias para compensar la presión negativa propia de la succión. El chupón del biberón desplaza la lengua al piso de boca, mantiene la mandíbula en posición distal e impide realizar los movimientos de avance y retroceso mandibular afectando el contacto fisiológico y el adecuado desarrollo craneofacial. Con el biberón la lengua realiza un movimiento de apretar y el intento de interrumpir el flujo abundante de leche del biberón él bebe es forzado a mantener la lengua contra el orificio para evitar que la leche continúe saliendo, esta actividad motora anormal de la lengua es referida como interposición lingual o deglución atípica. (26)

**Piloneta**, enfatiza que solamente la succión del pecho materno promueve la actividad muscular correcta, el biberón propicia un trabajo apenas de los músculos buccinadores y orbicular de los labios, dejando de estimular otros músculos tales como el pterigoideo lateral, pterigoideo medial, masetero, temporal, digástrico, genihioideo y milohioideo (28).

Sin embargo en la lactancia artificial, es decir , con el uso del biberón, el lactante no cierra los labios con tanta fuerza , la acción de la lengua se ve afectada para regular el flujo excesivo de leche y todo esto trae como consecuencia una menor excitación a nivel de la musculatura bucal y no favorecerá el crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático y además favorecería la adquisición de hábitos de succión no nutritiva como son: la succión del dedo pulgar y otros dedos, la succión del chupón, la succión labial y la succión de otros objetos; la presencia de algunos de estos hábitos podría alterar la oclusión en etapas posteriores del desarrollo del niño. (28)

Las consecuencias que tiene la falta de amamantamiento en los niños, es que va a conllevar a una serie de situaciones como la succión y deglución inadecuados que influyen en el desarrollo del sistema estomatognático del recién nacido causando alteraciones en la oclusión. (28)

#### **2.2.4.3. Lactancia artificial.**

Aunque los expertos consideran que la leche materna es la mejor opción nutricional para los bebés, la lactancia materna no siempre es posible. En muchos casos, la decisión de dar el pecho o el biberón al bebé se basa en criterios de comodidad y estilo de vida y en consideraciones médicas específicas (23).

Para aquellas mujeres que no pueden amamantar a sus bebés o que deciden no hacerlo, las leches infantiles son una buena alternativa. Algunas mujeres se sienten culpables por no amamantar a sus bebés. Pero, si usted alimenta a su bebé con una leche artificial comercializada, podrá tener la seguridad de que las necesidades nutricionales del pequeño estarán colmadas. Y podrá establecer un vínculo emocional con su bebé igual de fuerte. Después de todo, independientemente de que lo alimente con leche materna o artificial, las tomas serán un momento de gran conexión e intimidad entre usted y su pequeño (23).

La decisión de amamantar o dar el biberón a su bebé es una decisión muy personal. De todos modos, hay algunas consideraciones que tal vez quiera tener en cuenta antes de decidir qué es mejor para usted y para su recién nacido.

### **2.3. Definición de términos básicos.**

**2.3.1 Escalón Molar.-** Es la oclusión entre los segundos molares temporales se define según la relación entre sus caras distales, las cuales se pueden encontrar en cualquiera de tres situaciones: plano terminal recto, escalón mesial, y escalón distal.

**2.3.2 Plano terminal recto.-** Las caras distales de los dos molares en oclusión están en el mismo plano.

**2.3.3 Escalón Mesial.-** La cara distal del molar inferior se encuentra en posición mesial con relación a la del superior. (Hasta 2mm)

**2.3.4 Escalón Distal.-** La cara distal del molar inferior se encuentra en posición distal con relación a la del superior.

**3.3.5 Alimentación infantil.** La alimentación comprende un conjunto de actos voluntarios y conscientes que van dirigidos a la elección, preparación e ingesta de los alimentos, fenómenos muy relacionados con el medio sociocultural y económico (medio ambiente) y determinan, al menos en gran parte, los hábitos dietéticos y estilos de vida. (OMS)

**3.3.6 Lactancia materna exclusiva.** Consiste en dar al lactante únicamente leche materna, no se le dan otros líquidos ni sólidos ni siquiera agua, exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes. (OMS)

**3.3.7 Alimentación artificial.** Una alternativa para alimentar a tu bebé es la lactancia mixta, es decir, la alimentación tanto con leche materna como con leche artificial.

**3.3.8 Alimentación mixta.** Cuando el bebé recibe primero la toma de leche materna primero y a continuación la leche artificial, y ocurre en situaciones en las que la madre no produce suficiente cantidad de leche.

### CAPÍTULO III

#### PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de esta investigación realizada mediante el examen clínico intraoral en 96 niños y aplicar el cuestionario a los padres de familia, teniendo como objetivo general determinar la relación del plano terminal con el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, en los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

Estos resultados se presentan mediante cuadros y gráficos estadísticos.

#### CUADRO N° 1

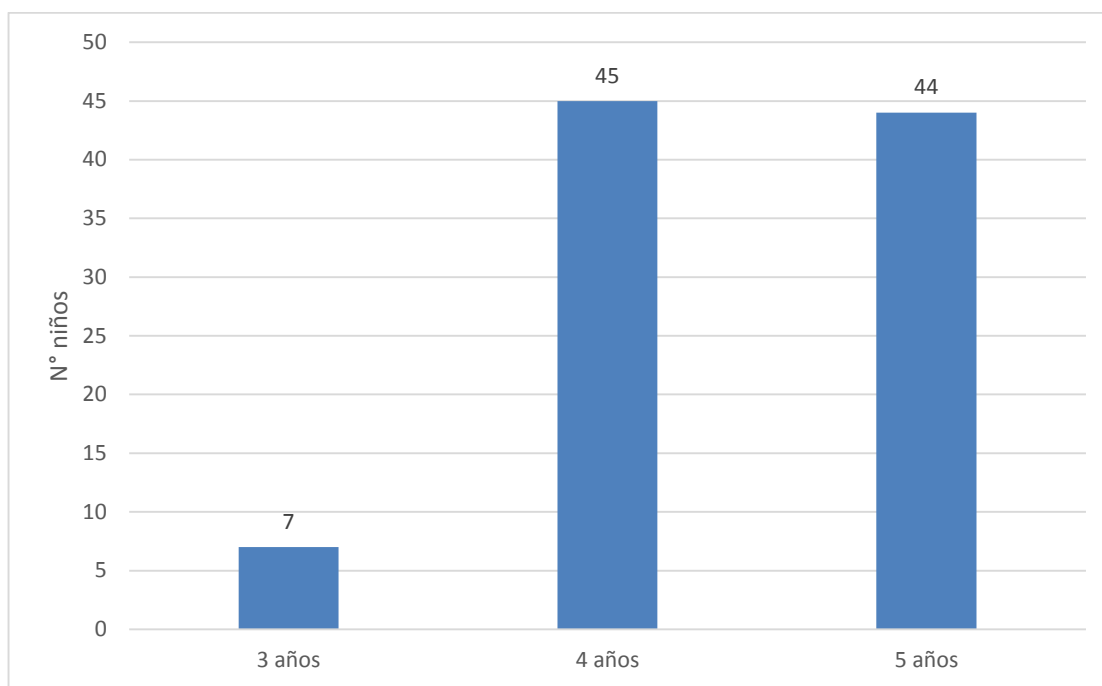
**Frecuencia de distribución de niños de 3 a 5 años por edad, de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.**

<b>Edad</b>	<b>N°</b>	<b>F%</b>	<b>FA%</b>
3 años	7	7%	7%
4 años	45	47%	54%
5 años	44	46%	100%
<b>Total</b>	<b>96</b>	100%	

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

### GRÁFICO N° 1

**Frecuencia de distribución de niños de 3 a 5 años por edad, de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.**



En el **Cuadro N° 1 y Gráfico N° 1**. Se presentan los resultados sobre distribución de niños de 3 a 5 años por edad, de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016. Dicha institución educativa cuenta con 120 niños matriculados, de los cuales con los criterios de selección se tiene 96 niños seleccionados. De los 96 niños examinados intraoralmente, se distribuye de la siguiente manera: 45 niños son de 4 años de edad que representa el 47%, seguido de 44 niños de 5 años de edad que representa el 46%, y finalmente sólo 7 niños de 3 años de edad que representa el 7%.

## CUADRO N° 2

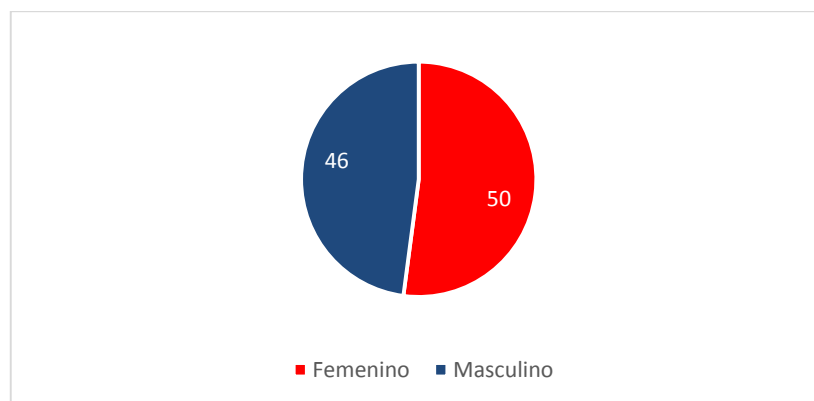
Frecuencia de distribución de niños de 3 a 5 años por género, de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

Género	N°	F%
Femenino	50	52%
Masculino	46	48%
Total	96	100%

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

## GRÁFICO N° 2

Frecuencia de distribución de niños de 3 a 5 años por género, de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.



En el **Cuadro N° 2** y **Gráfico N° 2**. Se presentan los resultados sobre distribución de niños de 3 a 5 años por género, de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016. De los 96 niños examinados intraoralmente, se distribuye de la siguiente manera: 50 niños son de género femenino que representa el 52%, a diferencia de 46 niños del género masculino que representa el 48%, existiendo solo una diferencia de 4% de diferencia entre ambos géneros.

### CUADRO N° 3

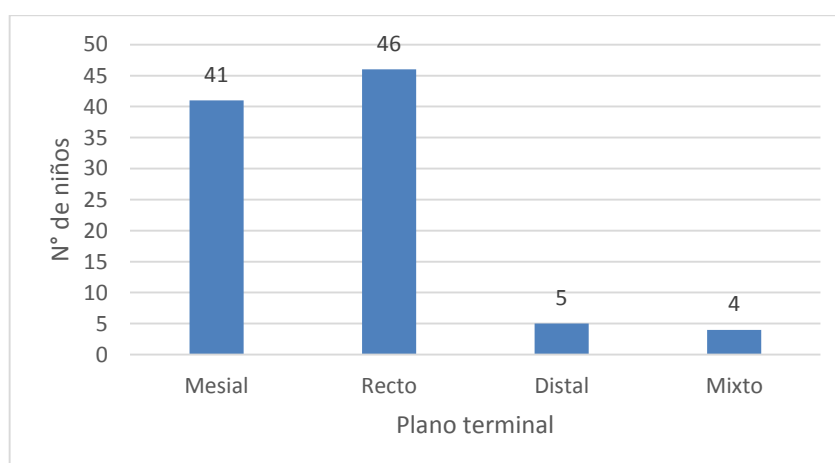
**Frecuencia de distribución de niños de 3 a 5 años por plano terminal, de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.**

Plano terminal	N°	F%
Escalón Mesial	41	43%
Plano terminal recto	46	48%
Escalón Distal	5	5%
Mixto	4	4%
Total	96	100%

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

### GRÁFICO N° 3

**Frecuencia de distribución de niños de 3 a 5 años por plano terminal, de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.**



En el **Cuadro N° 3 y Gráfico N° 3**. Se presentan los resultados sobre distribución de niños de 3 a 5 años por plano terminal, de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016. De los 96 niños examinados intraoralmente los planos terminales de ambos lados derecha e izquierda, se encontró 46 niños con plano terminal recto que representa el 48%, seguido 41 niños con escalón mesial que representa el 43%, luego 5 niños con escalón distal que representa el 5%, finalmente 4 niños con plano terminal mixto entre recto y mesial en uno de los lados que representa el 4%.

#### CUADRO N° 4

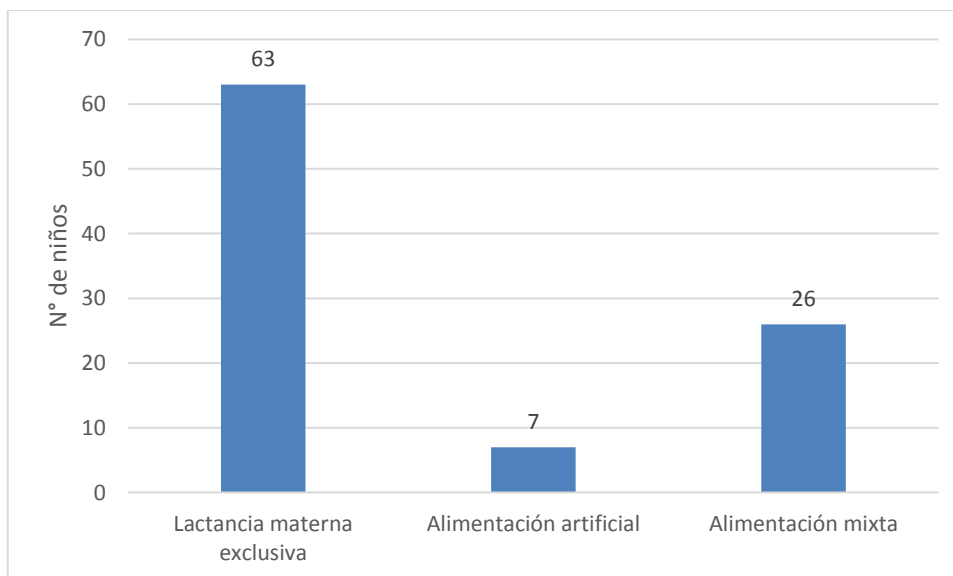
Frecuencia de distribución de niños de 3 a 5 años por tipo de alimentación, de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

Tipo de alimentación	N°	F%
Lactancia materna exclusiva	63	66%
Alimentación artificial	7	7%
Alimentación mixta	26	27%
Total	96	100%

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

#### GRÁFICO N° 4

Frecuencia de distribución de niños de 3 a 5 años por tipo de alimentación, de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.



En el **Cuadro N° 4** y **Gráfico N° 4**. Se presentan los resultados sobre distribución de niños de 3 a 5 años por tipo de alimentación, de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016. De los 96 niños examinados intraoralmente se encuestó a cada padre y/o madre de familia sobre el tipo de alimentación que recibió durante sus 6 primeros meses de vida su hijo o hija, donde los padres manifestaron que 63 niños tuvieron una alimentación con lactancia materna exclusiva que representa el 66%, seguido de 26 niños con alimentación mixta que representa el 27%, y solo 7 niños con alimentación artificial que representa el 7%.



### CUADRO N° 5

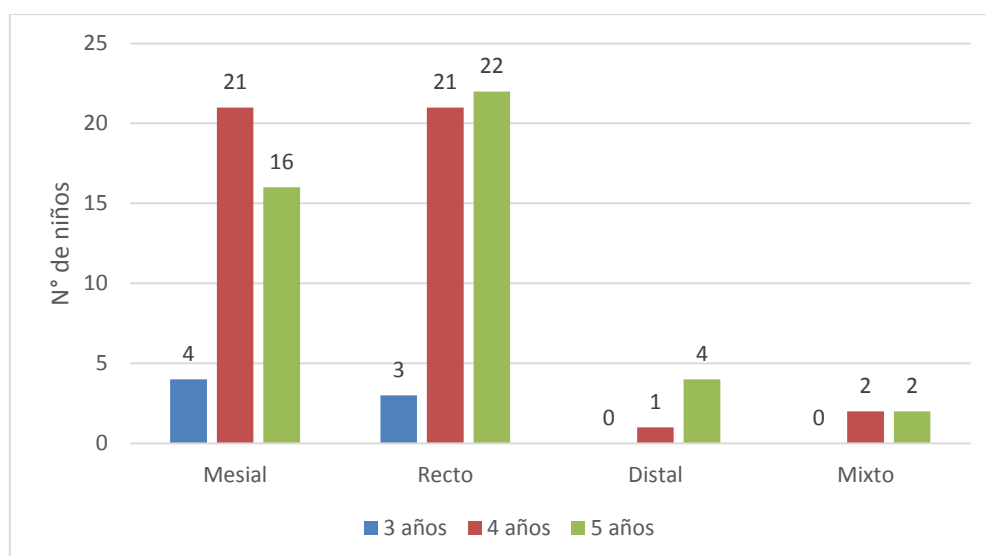
**Distribución del plano terminal por edad de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.**

Edad	Plano terminal								Total
	E. Mesial		Recto		E. Distal		Mixto		
	N°	F%	N°	F%	N°	F%	N°	F%	
<b>3 años</b>	4	4%	3	3%	0	0%	0	0%	<b>7</b>
<b>4 años</b>	21	22%	21	22%	1	1%	2	2%	<b>45</b>
<b>5 años</b>	16	17%	22	23%	4	4%	2	2%	<b>44</b>
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>43%</b>	<b>46</b>	<b>48%</b>	<b>5</b>	<b>5%</b>	<b>4</b>	<b>4%</b>	<b>96</b>

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

### GRÁFICO N° 5

**Distribución del plano terminal por edad de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.**



En el **Cuadro N° 5 y Gráfico N° 5**. Se presentan los resultados sobre distribución de los planos terminales por edad de los niños de 3 a 5 años, de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016. De los 96 niños examinados intraoralmente se encontró 22 niños de 5 años con plano terminal recto que representa el 23%, seguido de 21 niños de 4 años con plano terminal recto y escalón mesial cada uno que representan el 22%, 16 niños de 5 años con escalón mesial, que representa el 17% luego los otros planos terminales en los tres grupos etáreos en menor cantidad y porcentaje.

### CUADRO N° 6

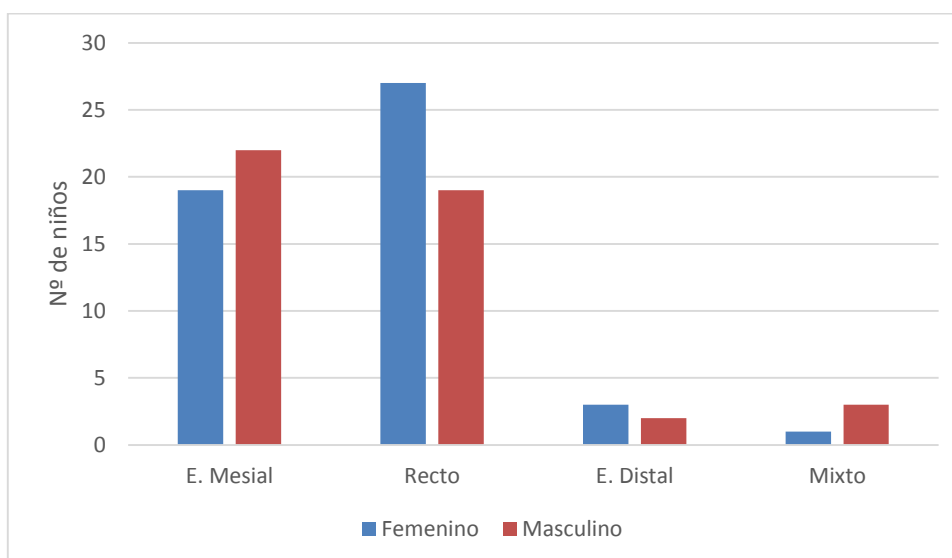
**Distribución del plano terminal por género de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.**

	Plano terminal								
	E. Mesial		Recto		E. Distal		Mixto		Total
Género	N°	F%	N°	F%	N°	F%	N°	F%	
Femenino	19	20%	27	28%	3	3%	1	1%	50
Masculino	22	23%	19	20%	2	2%	3	3%	46
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>43%</b>	<b>46</b>	<b>48%</b>	<b>5</b>	<b>5%</b>	<b>4</b>	<b>4%</b>	<b>96</b>

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

### GRÁFICO N° 6

**Distribución del plano terminal por género de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.**



En el **Cuadro N° 6 y Gráfico N° 6**. Se presentan los resultados sobre distribución de los planos terminales por género de los niños de 3 a 5 años, de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016. De los 96 niños examinados intraoralmente se encontró 27 niñas con plano terminal recto que representa el 28%, seguido de 22 niños con escalón mesial que representa el 23% y con 19 niñas con escalón mesial y 19 niños plano terminal recto que representa el 20% cada uno, luego los otros planos terminales distal y mixto en menor cantidad y porcentaje.

### CUADRO N° 7

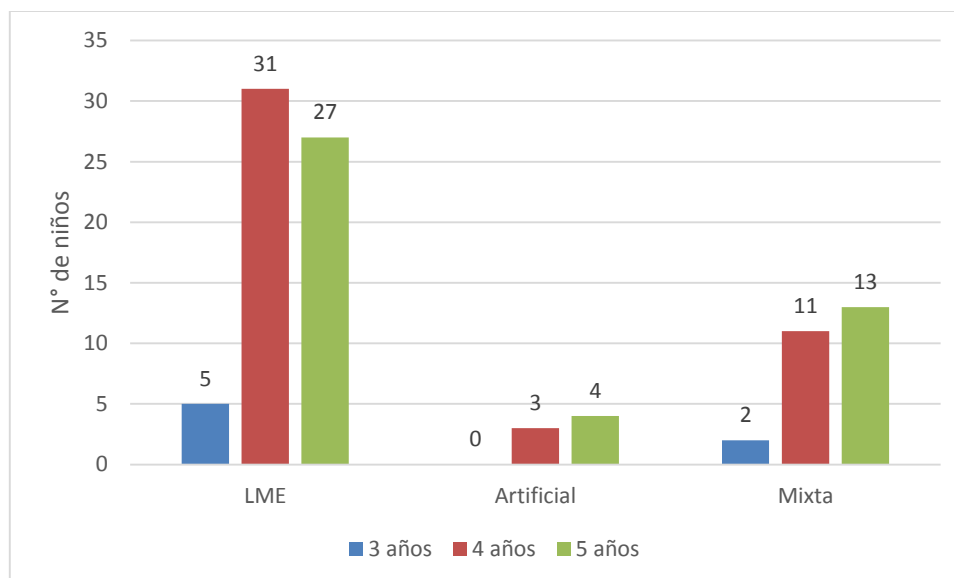
**Distribución del tipo de alimentación por edad de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.**

Edad	Tipo de alimentación						Total
	LME		Artificial		Mixta		
	N°	F%	N°	F%	N°	F%	
3 años	5	5%	0	0%	2	2%	7
4 años	31	32%	3	3%	11	11%	45
5 años	27	28%	4	4%	13	14%	44
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>66%</b>	<b>7</b>	<b>7%</b>	<b>26</b>	<b>27%</b>	<b>96</b>

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

### GRÁFICO N° 7

**Distribución del tipo de alimentación por edad de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.**



En el **Cuadro N° 7 y Gráfico N° 7**. Se presentan los resultados sobre distribución del tipo de alimentación por edad en los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016. De los 96 niños examinados intraoralmente también se encuestó a cada padre y/o madre de familia sobre el tipo de alimentación que recibió durante sus 6 primeros meses de vida sus hijos, donde los padres manifestaron que 31 niños de 4 años de edad tuvieron una Lactancia materna exclusiva representando un 32%, seguido de 27 niños de 5 años de edad con lactancia materna exclusiva que representando un 28%, 13 niños de 5 años de edad con alimentación mixta que representado el 14%, y así sucesivamente niños en menor cantidad con tipos de alimentación a diferentes edades.

### CUADRO N° 8

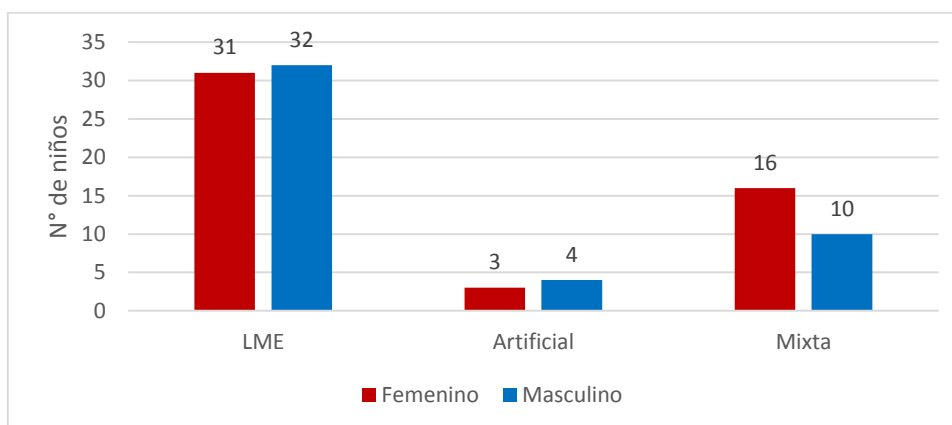
**Distribución del tipo de alimentación por género de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.**

	Tipo de alimentación						Total
	LME		Artificial		Mixta		
Genero	N°	F%	N°	F%	N°	F%	
Femenino	31	32%	3	3%	16	17%	50
Masculino	32	33%	4	4%	10	10%	46
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>66%</b>	<b>7</b>	<b>7%</b>	<b>26</b>	<b>27%</b>	<b>96</b>

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

### GRÁFICO N° 8

**Distribución del tipo de alimentación por género de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.**



En el **Cuadro N° 8 y Gráfico N° 8**. Se presentan los resultados sobre distribución del tipo de alimentación por género en los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016. De los 96 niños examinados intraoralmente, también se encuestó a cada padre y/o madre de familia sobre el tipo de alimentación que recibió durante sus 6 primeros meses de vida sus hijos, donde los padres manifestaron que 32 niños tuvieron una alimentación con lactancia materna exclusiva que representa el 33%, seguido de 31 niñas una alimentación con lactancia materna exclusiva que representa el 32%, 16 niñas con alimentación mixta que representa el 17%, 10 niños con alimentación mixta que representa el 10%, y sólo 4 niños y 3 niñas con alimentación artificial que representa el 4% y 3% respectivamente.

### CUADRO N° 9

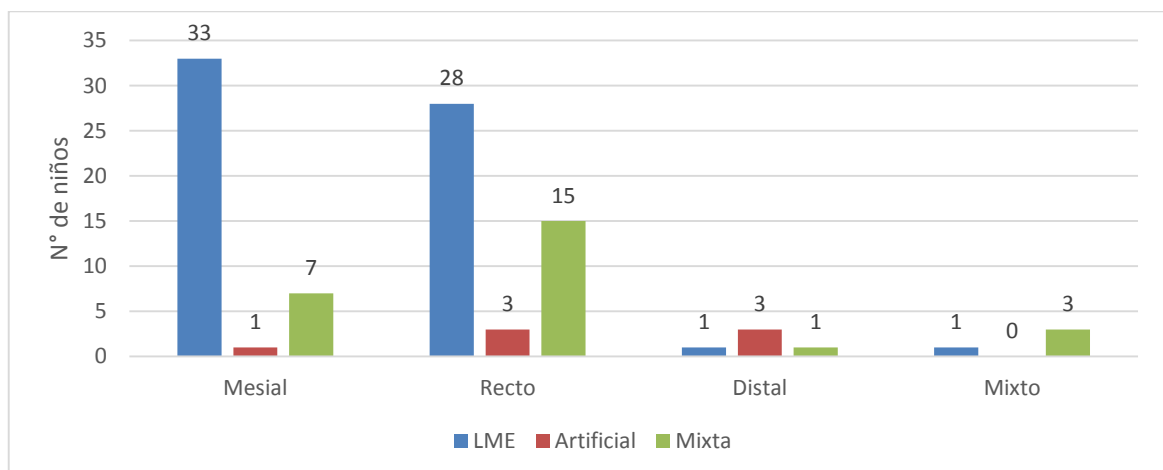
**Relación entre el plano terminal con el tipo de alimentación en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.**

Tipo de alimentación	Plano terminal								
	E. Mesial		Recto		E. Distal		Mixto		Total
	N°	F%	N°	F%	N°	F%	N°	F%	
LME	33	35%	28	29%	1	1%	1	1%	63
Artificial	1	1%	3	3%	3	3%	0	0%	7
Mixta	7	7%	15	16%	1	1%	3	3%	26
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>43%</b>	<b>46</b>	<b>48%</b>	<b>5</b>	<b>5%</b>	<b>4</b>	<b>4%</b>	<b>96</b>

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

### GRÁFICO N° 9

**Relación entre el plano terminal con el tipo de alimentación en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.**



En el **Cuadro N° 9 y Gráfico N° 9**. Se presentan los resultados sobre relación entre el plano terminal y el tipo de alimentación en los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016. De los 96 niños examinados intraoralmente y habiendo encuestado a cada padre y/o madre de familia sobre el tipo de alimentación que recibió durante sus 6 primeros meses de vida, se llegó al siguiente resultado de 33 niños que tuvieron lactancia materna exclusiva tienen escalón mesial que representa el 34%, seguido de 28 niños que tuvieron lactancia materna exclusiva tienen plano terminal recto que representa el 29%, 15 niños tuvieron alimentación mixta tienen plano terminal recto que representa el 16% y niños en menor cantidad y porcentaje con los tres tipos de alimentación y en los planos terminales.

### CUADRO N° 10

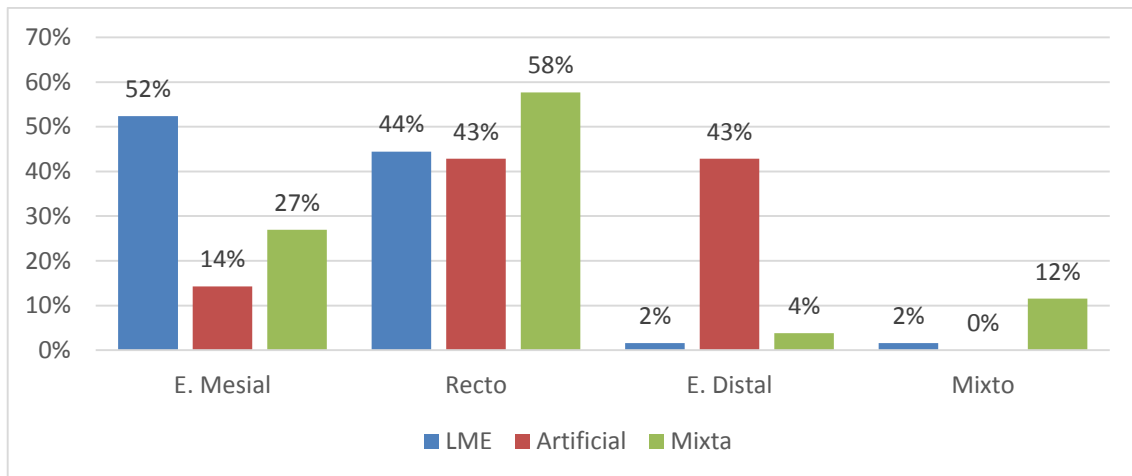
**Relación entre el plano terminal en función a la alimentación en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.**

PLANO TERMINAL	TIPO DE ALIMENTACIÓN						
	LME		A. ARTIFICIAL		A MIXTA		TOTAL
	N°	F%	N°	F%	N°	F%	N°
E. Mesial	33	52%	1	14%	7	27%	41
Recto	28	44%	3	43%	15	58%	46
E. Distal	1	2%	3	43%	1	4%	5
Mixto	1	2%	0	0%	3	12%	4
Total	63	100%	7	100%	26	100%	96

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

### GRÁFICO N° 10

**Relación entre el plano terminal en función a la alimentación en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.**



En el **Cuadro N° 10 y Gráfico N° 10**. Se presentan los resultados sobre relación entre el plano terminal y el tipo de alimentación en los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016. De los 96 niños examinados intraoralmente y habiendo encuestado a cada padre y/o madre de familia sobre el tipo de alimentación que recibió durante sus 6 primeros meses de vida, se llegó al siguiente resultado: Del 100% de niños que tuvieron lactancia materna exclusiva el 52% tienen escalón mesial, seguido del 44% que tienen escalón recto, del 100% de niños que tuvieron alimentación mixta el 58% tienen plano terminal recto y el 27% tiene escalón mesial.

**CUADRO N° 11**

**Contrastación de la relación del plano terminal con el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016, empleando la prueba de Chi cuadrado.**

Tipo de alimentación	Plano terminal								gl	X <sup>2</sup>
	E. Mesial		Recto		E. Distal		Mixto			
	(Fo-Fe)	X2	(Fo-Fe)	X2	(Fo-Fe)	X2	(Fo-Fe)	X2		
<b>LME</b>	3-26.91	1.38	28-30.19	0.15	1-3.28	1.58	1-2.63	1.01	6	31.29
<b>Artificial</b>	1-2.99	1.32	3-3.35	0.04	3-0.36	19.36	0-0.92	0.92		
<b>Mixta</b>	7-11.10	1.51	14-12.46	0.52	1-1.35	0.09	3-1.08	3.41		

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

En el Cuadro N° 11 Se observa la contrastación la relación del plano terminal con el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016, empleando la prueba de Chi cuadrado, para determinar Este valor debemos compararlo con el percentil de la distribución X2 con  $(4-1)(3-1)= 6$  grado de libertad, con un nivel de confianza de  $95\%(0.05)=11.07$ .

Por lo tanto como el valor del estadístico (31.29) es superior al valor crítico (11.07), concluimos que debemos rechazar la hipótesis nula y por lo tanto asumir que existe relación entre el plano terminal con el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.

## DISCUSION

**Gramal E. 2014 - Ecuador.** en su estudio encontró que el 100% recibió lactancia materna en algún periodo y que el 60.1% tuvo lactancia materna exclusiva, la relación de maloclusiones con el tipo de lactancia tuvo significancia estadística, coincidiendo con nuestro trabajo de investigación lactancia materna exclusiva fue un 66%.

**Bhat y col. 2012 - India.** Se encontró plano terminal recto en 67.9% de los niños, este iba cambiando a escalón mesial a medida que los niños crecían. Coincidimos con nuestro trabajo de investigación que el plano terminal recto fue en un 48% seguido del escalón mesial 43%.

**Ramírez y col. 2011 – México.** En su estudio obtuvo que de los 61 niños, solo el 12% tenían las características de la oclusión primaria, el 67% presentó más de una alteración. Con respecto a los planos terminal, el 3% presento escalón distal y el 2% escalón mesial exagerado. El plano terminal distal y mesial exagerado, determinan la clase molar II y III de Angle en la dentición permanente y finalmente que la mordida abierta y la mordida cruzada anterior son signos que afectan el complejo craneofacial en la dentición decidua y permanente. No coincidimos con los resultados, el escalón mesial fue en 43% pero coincidimos con el escalón distal que fue en 5%.

**Hidalgo M. 2015 – Lima Perú,** Encontró que los niños que se alimentaron con lactancia materna en un promedio de 19 meses desde su nacimiento, siendo siempre exclusiva hasta los 6 meses, En el plano terminal predominó el escalón mesial (60%) y recto (36%) sin encontrarse presencia de escalón distal, Coincidimos con los resultados de nuestro trabajo de investigación con la



diferencia que nosotros encontramos plano terminal recto 48%, seguido del escalón mesial 43% y luego del distal 5% y el tipo de alimentación fue lactancia materna exclusiva hasta los seis meses en un 66%.

**Cuya R, Paredes S. 2014 – Iquitos Perú. Cuya R, Paredes S. (2014)** Entre los hallazgos más importantes se encontró lo siguiente: La edad más prevalente fue los 5 años con 41.7%, seguido de 4 años con 37.3% y en 3 años con 19.9 %. El sexo femenino fue el más prevalente con el 50.1% seguido por el sexo masculino con 49.9 %. La lactancia materna fue el único tipo de lactancia. El tipo de plano terminal en el lado derecho más prevalente fue plano terminal recto con 52.4%, distal con 6,2% y mesial 38,7% y no registra fue de 2,8%. El tipo de plano terminal en el lado izquierdo más sobresaliente fue plano terminal recto con 45,9% , distal con 7,3% y mesial 43,7% y no registra fue de 3,1% . Coincidimos con los resultados del trabajo de investigación ya que se encontró 46 niños con plano terminal recto que representa el 48%, seguido 41 niños con escalón mesial que representa el 43%, luego 5 niños con escalón distal que representa el 5%, finalmente 4 niños con plano terminal mixto entre recto y mesial en uno de los lados que representa el 4%.

**Obregón J. 2008 Lima Perú,** demostró que los niños que recibieron lactancia materna exclusiva la relación molar de mayor frecuencia fue el escalón mesial con un 50% y en niños con lactancia mixta el de mayor frecuencia fue el plano terminal recto con 62.9%. Coincidimos con el resultado de este trabajo ya que el Coincidiendo con el resultado de este trabajo ya que el 52% de niños que recibieron lactancia materna exclusiva tienen escalón mesial, y en niños con lactancia mixta el de mayor frecuencia fue el plano terminal recto con 58%.

## CONCLUSIONES

La Institución Educativa Inicial N<sup>o</sup> 392 Iris Del Pino Ayacucho cuenta con 120 niños matriculados, de los cuales con los criterios de selección se tomó como muestra 96 niños, que se examinaron intraoralmente para determinar el tipo de plano terminal y se desarrolló el cuestionario con los padres de familia sobre el tipo de alimentación que recibió su hijo durante los primeros seis meses de vida, llegando a los siguientes resultados:

Sobre el plano terminal por edad, tenemos niños de 3 años con escalón mesial en un 4% seguido del plano terminal recto con 3%, para los niños de 4 años encontramos que el escalón mesial y el plano terminal recto son los más frecuentes con un 22% ambos, finalmente para los niños de 5 años el plano terminal recto es de mayor presencia con 23% seguido de escalón mesial con 17% dejando los otros planos terminales con porcentajes mínimos.

Sobre el plano terminal por género, para el femenino tenemos el de mayor frecuencia es el plano terminal recto con 28% seguido por el escalón mesial con 20% quedando los otros planos terminales con menos porcentaje. En el género masculino el de mayor frecuencia fue el escalón mesial con el 23% seguido por escalón recto 20% y los demás planos terminales con menos frecuencia.

Sobre el tipo de alimentación por edad, en niños de 3 años tenemos LME con 5% y escalón mesial en 2%. en niños de 4 años tenemos 34% de LME seguido de alimentación mixta en 11% y solamente en 3% alimentación artificial. en niños de 5 años el 28% fue LME seguido del 14% alimentación mixta y 4% alimentación artificial

Sobre el tipo de alimentación por género, las niñas, presentaron LME en 32% seguido por la alimentación mixta en 17% y solamente en un 3% alimentación

artificial. Los niños el de mayor frecuencia fue LME 33% seguido por alimentación mixta en 10% y solamente 4% alimentación artificial.

Del 100% de niños que tuvieron lactancia materna exclusiva el 52% tienen escalón mesial, seguido del 44% que tienen escalón recto, del 100% de niños que tuvieron alimentación mixta el 58% tienen plano terminal recto y el 27% tiene escalón mesial.

Con la contrastación de la relación del plano terminal con el tipo de alimentación con 6 grado de libertad y un nivel de confianza de 95%(0.05) el valor estadístico (31.29) es superior al valor crítico (11.07), concluimos rechazando la hipótesis nula y por lo tanto asumir que existe relación entre el plano terminal con el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, en niños de 3 a 5 años de la I. E. I. N° 392 Iris del Pino Ayacucho 2016.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar un estudio de tipo longitudinal, caso control, teniendo como base los resultados de esta investigación incluyendo también otras variables como hábitos no nutritivos.
- Se recomienda a los padres de familia dar lactancia materna exclusiva hasta los primeros 6 meses de vida debido a la importancia para un adecuado desarrollo de las estructuras faciales.
- Los resultados de este trabajo de investigación socializar detalladamente y dar a conocer la importancia de la relación de la alimentación durante los seis primeros meses con el plano terminal y las consecuencias posteriores en la oclusión y relación de los maxilares. a la directora, docentes y padres de familia, de los niños de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho.
- A la Dirección Regional de Salud Ayacucho y la Red de Servicios de Salud Huamanga, para impulsar y fortalecer los servicios de odontopediatría en los establecimientos de salud de su ámbito de acuerdo a las categorías existentes y capacitar al capital humano.
- Socializar el resultado de este trabajo de investigación con los docentes y estudiantes de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de nuestra Universidad y poner en práctica los protocolos establecidos para una atención integral del paciente pediátrico en las Clínicas Estomatológicas Pediátrica I y II de nuestra Universidad Alas Peruanas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. **Carrasco y col.** Lactancia materna y hábitos de succión nutritivos y no nutritivos en niños de 0-71 meses de comunidades urbano marginales del cono norte de Lima. Rev Estomatol Herediana. 2009; 19(2):83-90.
2. **Cuya R, Paredes S.** Prevalencia de plano terminal según género en niños de 3 a 6 años en el centro de salud masusa, [tesis] para optar el Título de Cirujano Dentista Iquitos Universidad Peruana del Oriente 2014.
3. **Rondon R, Zambrano G, Guerra M.** Relación entre el periodo de lactancia materna y maloclusiones. Revista de Odontopediatria Latinoamericana. 2012; 2(2): 9-16.
4. **Hidalgo I.** Lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva en relación a la oclusión decidua de niños de un centro poblado de Huancavelica. [tesis].Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos facultad de Odontología; 2015.
5. **Vergara R, y Col.** Influencia de la lactancia materna sobre la aparición de maloclusiones en escolares de 5 a 6 años. Medisan 2014; 18(8): 1091-1098.
6. **Flores G.** Relación entre tipo de lactancia y crecimiento y desarrollo craneofacial en Investigación bibliográfica. Universidad Cayetano Heredia; Lima.2011.
7. **Gramal AE.** Estudio de la relación entre lactancia y presencia de maloclusiones en preescolares de 3-5 años de edad de la parroquia Miguel Egas Cabezas del Cantón Otavalo [Tesis]. Quito: Universidad Central del Ecuador. Facultad de Odontología; 2014.
8. **Alvarez M, y col.** Estudio piloto: Influencia de los hábitos orales en el desarrollo de maloclusiones en infantes. Odontol. Sanmarquina 2011; 14(2): 13-16.
9. **Obregón J.** Tipo de escalón molar y espacios primates en dentición decidua en niños de 3 a 5 años que recibieron lactancia materna y mixta en la provincia de Huaraz, Ancash. [ tesis ].Lima : Universidad Alas Peruanas Facultad de ciencias de la salud escuela profesional de estomatología;2008.

10. **Requena A.** La influencia de la lactancia materna en la oclusión en la dentición temporal. México 2014
11. **Mendes A, Valença A, De Lima C.** Associação entre aleitamento, hábitos de sucção não-nutritivos e maloclusões em crianças de 3 a 5 años. Cienc Odontol Bras. 2008; 11(1): 67-75.
12. **Mendoza A, y col.** Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental. Rev Soc Bol Ped. 2008; 47(1): 3-7.
13. **Vilela HM, Tornisiello KC,** Rosenblatt A. Non-nutritive sucking habits, dental malocclusions, and facial morphology in Brazilian children: a longitudinal study. Eur J Orthod. Brasil : 2008; 30: 580-585.
14. **Fuguet B. y col.** Influencia de la lactancia materna en la prevención de hábitos bucales deformantes. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 Sept-Oct [citado: Oct 2016]; 36(5).
15. **Candido I, y col.** Características de la Oclusion Decidua en niños de 2 a 5 años de edad de Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2010; 10(1):15-22
16. **Ramírez J, y col.** Características y alteraciones de la oclusión en la dentición primaria en preescolares de 3 a 6 años en Tabasco, México. Odontol Pediatr 2011; 10 (1): 6-12
17. **Bhat S, y col.** Characteristics of Primary Dentition Occlusion in Preschool Children: An Epidemiological Study. Int J Clin Pediatr Dent 2012; 5(2): 93-7.
18. **Murray, J. et al.** Thre prevalence and progression of proximal caries in the deciduous dentition in British children. Br. Den. J 145, 6, 161-164 1978.
19. **Baume, L.** Physiological teeth migration and its significance fer the development of occlusion. Dent. Res. 29, 123-132,331-348,440-447 1950.
20. **Moorees, C.** the dentition of the growing child. Cambridge, Mass HarvardUniversity Preso 29, 8.12.1959.
21. **MC. Donald, R y Avery D.** Odontología para el niño y el Adolescente. U.S.A. Ed. Mundi . 1983.
22. **Crossman, W.** Ortopedia funcional de los Maxilares. Buenos Aires: Editorial Mundi (1982).
23. **Katz, S.** Odontología preventiva en acción. Buenos Aires: Editorial Panamericana 1982.

24. **Baume, L.** Development and Diagnostic aspects of the primary dentition. J. Dent. Res, 29, 349-365 1950.
25. **Proffit, W.** Ortodoncia Contemporánea. España. Harcourt.
26. **Merino, E.** Lactancia materna y su relación con las anomalías dentofaciales. Acta Odontológica venezolana. Vol. 41.Nº 02.32).- Brisque .2001.
27. **Fiartins, D;** Araujo, J & Issler, H. Destete precoz: Implicaciones para el desarrollo motor-oral. Journal pediatria (Rio J.) Vol 19.Nº01. Enero/febrero 2003.
28. **Piloneta, G. & Torres, E.** Influencia de la lactancia materna en odontopediatria. Med. UNAB 2003. Vol. 6 Nº 17. Agosto 2003.
29. **Palmer, B.** La influencia del amamantamiento en el desarrollo de la cavidad oral. Journal Hum. Lactancia. Vol.14, Nº02 1998.

# **ANEXOS**



## MATRIZ DE CONSISTENCIA

**“RELACIÓN DEL PLANO TERMINAL CON EL TIPO DE ALIMENTACIÓN EN SU PRIMER SEMESTRE DE VIDA, EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL N° 392 IRIS DEL PINO AYACUCHO 2016”**

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
<b>PROBLEMA PRINCIPAL</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>HIPÓTESIS GENERAL</b>	<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>	
¿Existe relación del plano terminal y el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016?	Determinar la relación del plano terminal con el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016	<p><b>Hi.</b> Si existe relación del plano terminal con el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.</p> <p><b>Ho.</b> No existe relación del plano terminal con el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa N° 392 Inicial Iris Del Pino Ayacucho 2016.</p>	- Plano terminal	<p><b>TIPO:</b> Aplicada.</p> <p><b>NIVEL:</b> Descriptivo correlacional</p> <p><b>MÉTODO:</b> Clínico Observacional Interrogatorio</p> <p><b>DISEÑO:</b> No Experimental Transversal retrospectivo</p>
<b>PROBLEMAS SECUNDARIOS:</b>	<b>OBJETIVO ESPECIFICOS</b>	<b>HIPÓTESIS ESPECIFICOS</b>	<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	
<b>Ps1.</b> ¿Cuál es el plano terminal según edad , en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa	<b>Oe1.</b> Determinar el plano terminal según edad, en niños de 3 a 5 años de la		Tipo de Alimentación	<b>POBLACIÓN</b>

<p>Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016?.</p> <p><b>Ps2.</b> ¿Cuál es el plano terminal según el género, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016?.</p> <p><b>Ps3.</b> ¿Cuál es el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida según edad, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016?</p> <p><b>Ps3.</b> ¿Cuál es el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida según género, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016?.</p>	<p>Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.</p> <p><b>Oe2.</b> Determinar el plano terminal según género, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.</p> <p><b>Oe3.</b> Determinar el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida según edad, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.</p> <p><b>Oe4.</b> Determinar el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida según género, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016.</p>		<p>Durante el primer semestre de vida.</p> <p><b>V</b> <b>Intervinientes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad</li> <li>- Sexo</li> </ul>	<p>120 niños de 3 a 5 años matriculados en la Institución Educativa Inicial N° 392 en el año 2016</p> <p><b>MUESTRA</b></p> <p>96 niños que cumplen los criterios De inclusión y exclusión.</p> <p>El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple finito.</p>
---	---	--	---	--

## FICHA TECNICA DE INVESTIGACIÓN

**N° de ficha .....**

Apellidos y Nombres: .....

Edad: ..... Fecha de Nacimiento:.....

Sexo: .....

### ANALISIS DE LA OCLUSION:

#### RELACION MOLAR

PLANO TERMINAL	DERECHA	IZQUIERDA
ESCALON MESIAL		
PLANO TERMINAL RECTO		
DISTAL		

**TIPO DE ALIMENTACION DURANTE LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA: Debe ser respondido por los padres de familia.**

**(Marque con una X)**

Lactancia materna exclusiva. ( )

Lactancia artificial. ( )

Lactancia mixta. ( )

*Muchas gracias por su participación.*

**CRONOGRAMA:**

Actividad	SETIEMBRE 2016				OCTUBRE 2016				NOVIEMBRE 2016				DICIEMBRE 2016				ENERO 2017
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S3
Revisión de marco teórico	■	■															
Revisión de método			■	■													
Adquisición de materiales				■													
Presentación de proyecto					■	■											
Recolección de datos							■	■	■								
Análisis de muestras									■	■							
Análisis estadístico											■	■					
Preparación de tablas y gráficos													■	■			
Preparación de informe final															■	■	
Sustentación																	■

## PRESUPUESTO

RUBRO	CANTIDAD	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	SUBTOTAL	TOTAL RUBRO
<b>SERVICIOS</b>					
Asesor estadístico				800.00	1 000.00
Costos Administrativos				140.00	
Fotocopias	400	Copia	0.10	40.00	
Otros imprevistos				20.00	
<b>BIENES</b>					
Guantes de examen	100	Unidad	0.20	20.00	537.00
Mascarillas descartable	100	Unidad	0.40	40.00	
Espejos bucales	12	Unidad	8.00	96.00	
Tarjeta SD	1	Unidad	25.00	25.00	
Tinta negra p/impresora	2	Unidad	60.00	120.00	
Tinta color p/impresora	1	Unidad	82.00	82.00	
Hojas Bond A4	2	Millar	17.00	34.00	
Material de escritorio				120.00	
<b>TOTAL</b>					<b>1 537.00</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento hace constar el permiso que otorgo en mi condición de Padre o Tutor de.....de ..... años de edad para que participe en el trabajo de investigación “Relación del plano terminal y tipo de alimentación en su primer semestre de vida, en niños de 3 a 5 años del Institución Educativo Inicial N° 392 Iris Del Pino, Ayacucho 2016”, que realizará la bachiller **Lourdes BERROCAL LLOCCLLA** de la Escuela Profesional de Estomatología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas.

Doy autorización para que a mi menor hijo (a) se le realice un examen bucal de sus dientes. Esta prueba no significará ningún desembolso económico para mi familia, Se me informa además, que ninguna de estas actividades pondrá en riesgo la salud y el bienestar de mi menor hijo (a).

Luego del examen bucal se colocara flúor acidulado al 1.23% o neutro según requiera, después de la revisión se le informará el diagnóstico de su hijo (a) el su estado de salud bucal, que será de utilidad para su odontopediatría tratante.

.....

Firma y nombre completo del padre o apoderado

DNI N° .....

**Evidencias Fotográficas**

Fotografía Nª 01: Preparacion de materiales.



Fotografía Nª : 02 Informando a los niños el procedimiento



Fotografia Nª 03: Examen clinico intraoral del plano terminal.





Fotografia Nª 04:Examen intraoral, lado derecho.



Fotografia Nª 05:Examen intraoral, lado Izquierdo.

