



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

**RELACIÓN DEL TIPO DE LACTANCIA CON LA FORMACIÓN DEL ESCALÓN
MOLAR Y ESPACIOS PRIMATES EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS QUE ASISTEN A LAS
INSTITUCIONES EDUCATIVAS MIS PEQUEÑOS PASOS Y MIS PEQUEÑAS
TRAVESURAS SCHOOL. JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO. AREQUIPA-2016.**

Tesis presentada por:
ANA LORENA FIGUEROA PÉREZ
para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista

AREQUIPA – PERÚ

2016

DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen María, porque gracias a ellos tengo vida y me brindaron una hermosa familia.

A mi mamá Claudina, mi compañera de toda la vida, por su amor incondicional y dedicación constante.

A mi papá Samuel, por creer en mí, por su amor y esfuerzo para brindarme esta carrera.

A mis segundos padres Efraín y Dora, por brindarme su amor, tiempo y comprensión desde niña.

A mi tía Adelita, porque siempre estuvo presente en este camino profesional y me brindo su amor.

A mis primos y hermanos Rafael y Milagros, por su cariño, apoyo constante y tiempo depositado en mí.

A mis abuelitos Pastor y Petronila, sé que desde el cielo se sienten orgullosos de su Anitapolar.

A mi primo Efraín, que desde el cielo me cuida, me hubiese gustado compartir estos momentos contigo.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Alas Peruanas, Filial Arequipa, en cuyas aulas logre mi formación profesional.

A los docentes de la Escuela de Estomatología, por los conocimientos brindados que guiaron mi formación profesional.

Dra. María Luz Nieto Muriel, directora de la Escuela de Estomatología, por el apoyo permanente desde el inicio hasta la culminación de esta tesis.

Dra. Sandra Corrales Medina, asesora de la presente investigación, por su amistad, tiempo y dedicación para la realización del presente estudio.

Dr. Xavier Sacca Urday, por su apoyo y disponibilidad para la culminación del presente estudio.

Dr. Delfor Alegre Zuñiga, por su guía académica, amistad y apoyo incondicional.

A los docentes y alumnos de las I.E.I Mis Pequeños Pasos y Mis Pequeños Travesuras School, donde se realizó el presente estudio.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	12
CAPÍTULO I:	
INTRODUCCIÓN.....	13
1. Título.....	14
2. Justificación e importancia.....	14
3. Problema de investigación.....	15
4. Área de conocimiento.....	15
5. Objetivos de investigación.....	15
CAPÍTULO II:	
MARCO TEÓRICO.....	16
1. Marco teórico.....	17
1.1.Lactancia.....	17
1.1.1. Tipos de lactancias.....	17
1.1.2. Lactancia materna exclusiva.....	17
1.1.3. Anatomía de la mama.....	18
1.1.4. Fisiología de la lactancia materna exclusiva.....	19
1.1.5. Mecanismo de la lactancia materna exclusiva.....	20
1.1.6. Posición de la lactancia materna exclusiva.....	20
1.1.7. Técnica de la lactancia materna exclusiva.....	21

1.1.8. Funciones bucales neonatales.....	21
1.1.9. Recomendaciones para la lactancia materna	23
1.1.10. Contraindicaciones de la lactancia materna	23
1.1.11. Dificultades de la lactancia materna	23
1.1.12. Beneficios de la lactancia materna	24
1.1.13. Lactancia artificial	26
1.1.14. Mecanismos de la lactancia artificial.....	26
1.1.15. Posición y técnica de la lactancia artificial	27
1.1.16. Recomendación para la lactancia artificial.....	27
1.1.17. Indicaciones de la lactancia artificial.....	28
1.1.18. Ventajas de la lactancia artificial.....	28
1.1.19. Desventajas de la lactancia artificial	28
1.1.20. Lactancia mixta.....	29
1.1.21. Ventajas de la lactancia mixta.....	29
1.1.22. Desventajas de la lactancia mixta.....	30
2. Legislación de la mujer gestante en el Perú	30
3. Crecimiento y Desarrollo Craneofacial.....	31
3.1.Crecimiento craneofacial prenatal	31
3.2.Mecanismo del crecimiento craneofacial	33
3.3 Crecimiento craneofacial postnatal.....	33
4. Desarrollo de la oclusión.....	36
4.1.Características de la boca del recién nacido	36

4.2. Formación de los Arcos dentarios	37
4.3. Características normales de los arcos deciduos.....	38
4.4. Establecimiento de la oclusión del primer molar permanente según el plano terminal.....	40
5. Antecedentes investigativos.....	41
6. Hipótesis	44
CAPÍTULO III:	
METODOLOGÍA.....	45
1. Ambito de estudio	46
2. Tipo y diseño de investigación	46
3. Unidades de estudio	47
4. Población y muestra.....	47
5. Técnicas y procedimientos.....	49
6. Procedimientos para la recolección de datos.....	50
7. Producción y registro de datos.....	51
8. Técnicas de análisis estadístico.....	51
9. Recursos.....	51
CAPÍTULO IV:	
RESULTADOS Y	
DISCUSIÓN.....	55
Presentación de resultados.....	56
Discusión.....	80
Conclusiones.....	82

Recomendaciones.....	84
Referencias bibliográficas.....	85
Anexos.....	97

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01	Distribución de los niños según institución educativa.....	56
TABLA N° 02	Distribución de los niños según edad.....	58
TABLA N° 03	Distribución de los niños según sexo	60
TABLA N° 04	Tipo de lactancia en los niños	63
TABLA N° 05	Tipo de escalón molar en los niños	65
TABLA N° 06	Espacios primates bilateral en los niños	67
TABLA N° 07	Relación entre el tipo de lactancia y escalón molar derecho en los niños	70
TABLA N° 08	Relación entre el tipo de lactancia y escalón molar izquierdo en los niños	72
TABLA N° 09	Relación entre el tipo de lactancia y espacios primates en el maxilar superior de los niños.....	74
TABLA N° 10	Relación entre el tipo de lactancia y espacios primates en el maxilar inferior de los niños	76

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 01	Distribución de los niños según institución educativa	57
GRÁFICO N° 02	Distribución de los niños según edad	59
GRÁFICO N° 03	Distribución de los niños según sexo	61
GRÁFICO N° 04	Tipo de lactancia en los niños.....	64
GRÁFICO N° 05	Tipo de escalón molar en los niños.....	66
GRÁFICO N° 06	Espacios primates bilateral en los niños	68
GRÁFICO N° 07	Relación entre el tipo de lactancia y escalón molar derecho en los niños	71
GRÁFICO N° 08	Relación entre el tipo de lactancia y escalón molar izquierdo en los niños	73
GRÁFICO N°09	Relación entre el tipo de lactancia y espacios primates en el maxilar superior de los niños	75
GRÁFICO N° 10	Relación entre el tipo de lactancia y espacios primates en el maxilar inferior de los niños.....	77

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

FOTOGRAFIA 01:	107
FOTOGRAFIA 02:	107
FOTOGRAFIA 03:	108
FOTOGRAFIA 04:	108
FOTOGRAFIA 05:	109
FOTOGRAFIA 06:	109

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo, determinar la relación del tipo de lactancia con la formación del escalón molar y espacios primates en niños de 3 a 5 años de edad.

Para su evaluación se examinó a 102 niños, de 3 a 5 años de edad, seleccionados bajo los criterios de inclusión e exclusión, de las Instituciones Educativas: Mis Pequeños Pasos y Mis Pequeñas Travesuras School, en el mes de junio del año 2016.

Para la recolección de datos se utilizó como instrumentos; la entrevista aplicada a las madres de familia, sobre el tipo de lactancia que recibió su niño hasta los seis primeros meses de vida y la ficha de observación clínica, donde se registró el tipo de escalón molar y la presencia o ausencia de los espacios primates tanto en el maxilar superior como inferior de los niños.

Los resultados mostraron que 57.8% de los niños fueron alimentados con lactancia materna exclusiva, 32.4% recibieron lactancia mixta y 9.8% recibieron lactancia artificial. Así mismo se observó que el escalón mesial, fue el más frecuente en un 53.9% en el lado derecho y 56.9% en el lado izquierdo; le sigue el plano terminal recto con 35.3% en el lado derecho y 29.4% en el lado izquierdo; siendo el menos frecuente el escalón distal con un 10.8% en el lado derecho y 13.7% en el lado izquierdo. Según la prueba estadística aplicada se observa que no existen diferencias significativas respecto al tipo de escalón molar entre el lado derecho e izquierdo de los niños.

En tanto se observó que en el maxilar superior, el 84.3% de niños presentaron espacios primates, mientras que en el maxilar inferior en un 59.8% estuvo ausente dicho espacio. Finalmente, se ha demostrado que el tipo de lactancia tiene relación con la formación del escalón molar y espacios primates.

Palabras claves: Lactancia, Escalón molar, Espacios primates.

ABSTRACT

This research aimed to determine the relationship of the type of feeding with molar formation step and primates spaces in children 3 to 5 years old.

For evaluation to 102 children examined, from 3 to 5 years old, selected under the criteria of inclusion and exclusion, Educational Institutions: My Small Steps and My Little Mischief School in June 2016.

For data collection was used as instruments; the interview applied to mothers on the type of feeding your child got through the first six months of life and record of clinical observation, where the type of molar step and the presence or absence of primate spaces was recorded both in the upper jaw and lower of children.

The results showed that 57.8% of children were fed exclusively breastfed, 32.4% received mixed feeding and 9.8% received artificial feeding. It also was noted that the mesial step, was the most frequent in 53.9% on the right side and 56.9% on the left side; followed by the straight terminal plane with 35.3% on the right side and 29.4% on the left side; It is less frequent mesial step with 10.8% on the right side and 13.7% on the left side. According to the statistical test applied shows that there are no significant differences regarding the type of molar step between the right and left side and children.

While it was observed that in the maxilla, 84.3% of children had primates spaces, while in the lower jaw in 59.8% was absent that space. Finally, it has been shown that the type of feeding is related to the formation step and primates molar spaces.

Keywords: Breastfeeding, Steps molar, primates spaces.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1. TÍTULO

Relación del tipo de lactancia con la formación del escalón molar y espacios primates en niños de 3 a 5 años que asisten a las Instituciones Educativas Mis Pequeños Pasos y Mis Pequeñas Travesuras School. José Luis Bustamante y Rivero. Arequipa-2016.

2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La lactancia materna exclusiva, es la primera forma de alimentación del bebe, ya que a través de ella obtiene el valioso calostro, que es una múltiple “vacuna” natural, por el alto contenido de inmunoglobulinas, que lo protege de diversas enfermedades durante los seis primeros meses de vida. La leche materna no solo satisface las necesidades nutricionales de los recién nacidos, sino también brinda abrigo, protección y afecto, además este tipo de lactancia permite el crecimiento y desarrollo óseo de los maxilares para el fortalecimiento de los músculos masticatorios, lo cual ayuda al desarrollo y formación de los arcos dentarios dando como resultado una oclusión decidua correcta a través de una relación intermaxilar adecuada, teniendo en cuenta que la mandíbula en el neonato se encuentra retruida con respecto al maxilar superior. Siendo diferente con la lactancia artificial, que origina desarmonía en el crecimiento y desarrollo óseo de los maxilares, así como el debilitamiento de los músculos masticatorios, ya que los movimientos protrusivos y retrusivos de la mandíbula están ausentes en este, debido a que la tetina del biberón produce que el lactante ingiera la leche sin hacer mayor esfuerzo. La lactancia materna exclusiva, es primordial en los seis primeros meses de vida, porque en este periodo se producirá un mayor crecimiento y desarrollo óseo tanto en sentido transversal, sagital y longitudinal de ambos maxilares para la erupción futura de las piezas dentarias. La presente investigación dará a conocer el tipo de escalón molar y espacios primates que presentaron los niños en relación con los diferentes tipos de lactancia, ya que es de suma utilidad para proyectarse a una de las maloclusiones. Según el Ministerio

de Salud del Perú realizo un estudio epidemiológico en el año 2001-2002, obteniendo como resultado que un 80% presentaron maloclusiones y es considera como la tercera prevalencia, después de la caries dental y enfermedad periodontal.

3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existirá relación entre el tipo de lactancia con la formación del escalón molar y espacios primates en niños de 3 a 5 años que asisten a las Instituciones Educativas Mis Pequeños Pasos y Mis Pequeñas Travesuras School. José Luis Bustamante y Rivero. Arequipa. 2016?

4. ÁREA DE CONOCIMIENTO

- a. Área : Ciencias de la Salud.
- b. Campo : Odontología.
- c. Especialidad : Odontopediatría - Ortodoncia.
- d. Línea : Oclusión.
- e. Tópico : Formación de los arcos dentarios.

5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1. Determinar el tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años.
2. Establecer el tipo de escalón molar en niños de 3 a 5 años.
3. Evaluar la presencia de espacios primates en niños de 3 a 5 años.
4. Relacionar el tipo de lactancia con la formación del escalón molar en niños de 3 a 5 años.
5. Relacionar el tipo de lactancia y espacios primates en niños de 3 a 5 años.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

1. MARCO TEÓRICO

1.1.Lactancia

Según la Real Academia Española, define a la lactancia como un período de la vida de los mamíferos durante el cual se alimentan básicamente de leche especialmente de la que maman de su madre, para ellos es un modo de alimentación basado en la ingesta de leche (60).

1.1.1. Tipos de lactancias

En 1991, la Organización Mundial de la Salud (OMS) precisó los siguientes tipos de alimentación del lactante (30):

Lactancia materna exclusiva

Es la alimentación por leche exclusivamente del seno materno.

Lactancia artificial

Es la alimentación del lactante con fórmulas lácteas a través del biberón.

Lactancia mixta

Es el empleo al mismo tiempo del biberón y del seno materno.

1.1.2. Lactancia materna exclusiva

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como un tipo de alimentación del lactante con leche materna directamente del seno de la madre, sin ningún suplemento sólido o líquido, incluyendo el agua. Es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo saludable de los niños, ya que la leche materna es el único alimento que brinda diversas vitaminas a los niños y a través de esta

lactancia recibe el calostro en los primeros 3 a 4 días después del parto, el cual es un compuesto amarillento, pegajoso y espeso de alta densidad y de poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. Este compuesto es rico en inmunoglobulina (g, a, m) que son factores que intervienen en la defensa contra infecciones, posee leucocitos, linfocitos y neutrófilos los cuales ayudan en la defensa de virus y bacterias (51).

En el 2002 durante la 55ª Asamblea Mundial de Salud conocida como: “Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño” realizada en Ginebra, recomendó que la lactancia materna exclusiva debe realizarse durante los seis primeros meses de vida del recién nacido, y continuar posteriormente con alimentos complementarios, hasta los dos años (52).

En el 2012 el “Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Academia Americana de Pediatría (AAP)”, debido a la superioridad de la leche materna sobre cualquier otro alimento, recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del niño y continuar con el amamantamiento junto con otros alimentos hasta los 2 años o más, mientras madre e hijo lo deseen (2).

1.1.3. Anatomía de la mama

1.1.3.1. Anatomía interna de la mama

La glándula mamaria está constituida por 15 a 25 lóbulos que se encuentran en una posición radial a partir del pezón, separados por tejido conjuntivo y adiposo, cada lóbulo contiene de 10 a 100 alveólos los cuales están rodeados por células mioepiteliales

que se contraen por estímulo de la oxitocina, facilitando la salida de la leche al conducto lactífero, el cual va a llevar la secreción láctea de los alveólos a los senos lactíferos donde se almacena. El niño debe comprimir los senos lactíferos para poder extraer leche (66).

Los tubérculos de Montgomery: se encuentran en el borde de la aréola, están formados por glándulas sebáceas que producen una secreción que lubrica el pezón y protege la piel de la aréola lo cual favorece en el cierre hermético de los labios durante la succión y previene la infección por sus propiedades antibacterianas (66).

1.1.3.2. Anatomía externa de la mama

Aréola: es una zona circular de piel más oscura que rodea el pezón recubriendo los senos lactíferos, rodeando la aréola se encuentran los tubérculos de Montgomery, cuya secreción va a permitir el reconocimiento del recién nacido a su madre por el olor (66).

Pezón: es una elevación redondeada, formado por tejido eréctil compuesto por fibras musculares lisas, circulares, radiales y longitudinales, se localiza en medio de la aréola y es ahí donde desembocan los senos lactíferos. El pezón actúa como un esfínter, es decir, controla la salida de la leche (66).

1.1.4. Fisiología de la lactancia materna exclusiva

La succión del bebé estimula las terminaciones nerviosas de la aréola y el pezón, las cuales envían información a la hipófisis e inmediatamente esta produce la liberación de la prolactina y posteriormente de la

oxitocina, ambas viajan por el torrente sanguíneo hasta llegar a las glándulas mamarias. La prolactina se libera en la hipófisis anterior y produce la formación de la leche en los alvéolos mamarios, mientras que la oxitocina es liberada por el lóbulo posterior de la hipófisis, contrae la células mioepiteliales que rodea los alveolos mamarios y provoca el reflejo de eyección de la leche (66).

1.1.5. Mecanismo de la lactancia materna exclusiva

En la primera fase, él bebe reconoce el olor de la aréola, gracias a la secreción de las glándulas de Montgomery, lo cual permite que el niño abra la boca e impulse la mandíbula y la lengua hacia delante sobrepasando la encía inferior, ocasionando que los labios estén evertidos, cubriendo toda la areola.

En la segunda fase, con el pezón y la aréola dentro de la boca del niño, la lengua comprime el pezón contra el paladar duro, de tal manera que alcance el punto de succión que esta entre el paladar duro y el paladar blando, al mismo tiempo que la mandíbula realiza movimientos protrusivos y retrusivos, con los que exprime el contenido lácteo almacenado en los senos lactíferos hacia su boca y la lengua adopta una posición acanalada, para recibir la leche y poder deglutirla (57).

1.1.6. Posición de la lactancia materna exclusiva

La madre debe estar en un ambiente tranquilo, sentada con la espalda recta, sujetando al bebe en una posición vertical, ya que en esta, el niño estira el cuello hacia adelante y simultáneamente avanza la mandíbula para agarrar el pezón, lo que facilita la deglución y que la leche no se quede acumulada en la boca del bebe (61), (1).

La cabeza del bebe deberá estar en el ángulo del antebrazo de la madre, al mismo tiempo que la mano de la madre sujetara firmemente la región glútea para que pueda acercar o alejar al niño del seno materno (47).

Con la otra mano la madre tomará el seno materno en forma de C, para que el pezón roce el labio inferior y estimule la succión el cual producirá que él bebe abra la boca y baje la lengua (47).

En esta posición la leche no se queda acumulada en la boca del bebe y producirá un desarrollo adecuado de ambos maxilares (57).

1.1.7. Técnica de la lactancia materna exclusiva

La madre debe ofrecer ambos senos, es decir 5 minutos en un lado y 5 minutos en el otro lado y así simultáneamente hasta el vaciado total del seno materno, la siguiente vez que amamante al bebé, deberá comenzar con el seno que término, ya que influirá en el desarrollo de ambos lados de la cara originando asimetrías faciales, ya que no estimularan el desarrollo de los maxilares, si se coloca una presión que evite el crecimiento en una dirección, otra parte del hueso crecerá (47).

1.1.8. Funciones bucales neonatales

1.1.8.1. Succión

Él bebe desarrolla el reflejo de succión a las 29 semanas de vida intrauterina y madura a las 32 semanas de vida intrauterina (17).

Al cortar el cordón umbilical se suspende el suministro de nutrientes y agua, ocasionando que esta necesidad se intensifique (68).

La succión del seno materno, permite un ejercicio

físicoterapéutico, el cual va permitir que los músculos masticatorios se tonifiquen como: el temporal (retrusión de la mandíbula), el pterigoideo lateral (protrusión de la mandíbula); el milohiideo (deglución). La lengua va estimular al paladar duro y el orbicular de los labios orientará el crecimiento y desarrollo de la región anterior del sistema estomatognático (16), (20), (55), (62), (63).

1.1.8.2. Deglución

La función embriológica deglutoria se define a la sexta semana de vida intrauterina, cuando la lengua ya se ha diferenciado como estructura (6).

La deglución, al inicio se denomina patrón infantil o visceral, es la que existe desde el nacimiento hasta aproximadamente los 2 años de edad y puede llegar a extenderse hasta los 5 años de edad, la cual se da con la lengua entre los rodetes alveolares manteniendo los maxilares separados y la estabilización de la mandíbula por la contracción de la musculatura facial y la lengua. La erupción de los incisivos a los seis meses de vida y el cambio de una dieta líquida semisólida o sólida provocan un cambio en el patrón de deglución. La persistencia de los patrones de deglución infantil se debe a: la succión del pulgar, la alimentación con el biberón, la respiración bucal. (Pinkham, J., 2001) (50).

1.1.8.3. Respiración

El bebé desarrolla la respiración nasal mientras succiona del seno materno la leche (6). Al succionar el seno materno, exige al bebe respirar por la nariz, debido a que este no suelta el pezón durante el amamantamiento (35). Al respirar por la nariz permite que tanto las fosas nasales y el suelo de la bóveda palatina se expandan y se dé un correcto desarrollo transversal del maxilar

superior, para que no esté comprimido y no desarrolle el síndrome de respirador bucal en un futuro (37), (34), (28).

1.1.9. Recomendaciones para la lactancia materna

- No utilizar biberones como complemento alimenticio, porque produce confusiones en él bebe durante el acto de succión del pezón de la madre.
- Que el lactante reciba leche materna, ningún otro alimento ni bebida.
- Que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, sin horario ni ritmo establecido (46),(53).

1.1.10. Contraindicaciones de la lactancia materna

- Madres que consumen drogas como la heroína, cocaína, marihuana y anfetaminas.
- Madres infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y hepatitis C.
- Lesiones cutáneas por herpes simple o sífilis en los pezones.
- Madres que ingieren alcohol y fumen, estos dos factores disminuyen la producción de leche, modifican su sabor y olor.
- El consumo de cafeína de la madre, produce trastornos de sueño e irritabilidad en el lactante.
- Neonatos que presenten galactosemia, es decir intolerancia a la lactosa (57).

1.1.11. Dificultades de la lactancia materna

- Pezones planos o invertidos.

- Grietas y fisuras en el pezón y aréola.
- En casos de mastitis, que se da por una obstrucción de los conductos de la leche causando una invasión bacteriana.
- En casos de hipogalactia, por poca o nula producción de leche (56), (14), (54).

1.1.12. Beneficios de la lactancia materna

1.1.12.1. Para el bebé

- Protege al bebe de infecciones respiratorias, infecciones urinarias, diabetes y la mortalidad infantil, ya que el calostro proporciona la inmunoglobulina A, la cual forma una capa protectora sobre las mucosas (57).
- Previene la obesidad debido a que la leche materna contiene lipasas, que ayudan a digerir las grasas (56).
- Niños que reciben lactancia materna el timo alcanza el doble del tamaño, el cual es de importancia para su sistema inmune (4).
- Los lípidos, se digieren y absorben muy bien a diferencia en aquellos que emplean fórmulas lácteas, que inducen al estreñimiento (56).
- Crea un fuerte vínculo entre madre e hijo, influye sobre el desarrollo afectivo y emocional del niño (56), (14).
- Permite que él bebe pruebe diferentes sabores según la alimentación de la madre. (56)
- Contribuye a un buen desarrollo neurológico por el Ácido Docosahexaenoico (DHA), un ácido graso presente en

grandes cantidades en el cerebro y en la retina, está presente en la leche humana pero no en las fórmulas lácteas comerciales (6).

1.1.12.2. Para la madre

- La succión del pezón produce descargas de oxitocina la cual acelera la involución uterina y previene el sangrado postparto.
- La lactancia materna retrasa la fertilidad, debido a que el cuerpo produce la prolactina que induce la lactancia, mientras más altos son los niveles de prolactina en la sangre, inhibe la ovulación.
- Disminuye la incidencia de cáncer de mama, de ovarios y útero, por la inhibición de la ovulación que se produce durante el amamantamiento.
- Las mujeres que dan de lactar a sus hijos tienen menos riesgo de osteoporosis, porque durante la lactancia aumentan los niveles de calcio en sangre necesarios para la producción de la leche materna.
- Facilita la recuperación del peso de la madre después de la gestación, debido a que él bebe consumen sus reservas de grasas que se transmiten de la madre al bebe en la leche final de cada toma (57).

1.1.12.3. Para el desarrollo dentofacial

- Favorece al maxilar inferior para avanzar de su posición distal con respecto al superior a una posición mesial. Es el llamado primer avance fisiológico de la oclusión. De esta

manera, se evitan retrognatismos mandibulares y se obtiene mejor relación entre el maxilar y la mandíbula.

- Facilita la erupción y alineación de los dientes.
- Con la ejercitación de los músculos masticadores y faciales en el acto de lactar, disminuyen la presencia de maloclusiones dentarias (resalte, apiñamiento, mordida cruzada posterior, mordida abierta, distoclusión, rotaciones dentarias) que afectan la estética y la función dentofacial del niño.
- Evita la adquisición de hábitos bucales deformantes.
- Previene el síndrome del respirador bucal, ya que establece una correcta relación entre las estructuras blandas y duras del aparato estomatognático, permitiendo postura correcta de la lengua y labios en cierre, generando una respiración con patrón nasal. (56)

1.1.13. Lactancia artificial

Consiste en alimentar al bebe con fórmulas lácteas a través del biberón. (56). La principal función de la lactancia artificial es proporcionar un método seguro de alimentar a bebes prematuros (46).

1.1.14. Mecanismos de la lactancia artificial

En un primer momento, la lengua permanece plana y retruída, los rodetes gingivales y la musculatura de los labios no comprimen la tetina, ya que esta no se moldea a la cavidad bucal produciendo que no exista un cierre hermético de los labios ocasionando que éstos se posicionen en forma de O.

En un segundo momento, la mandíbula se encuentra retraída del maxilar y la punta de la lengua se posiciona contra la eminencia alveolar superior para frenar el flujo excesivo de leche, en cada succión. Al estar la mandíbula retruida, la orofarínge está cerrada y no puede respirar por la nariz, por lo que respira por la boca soltando la tetina del biberón.

La lactancia artificial no permite que los músculos maseteros, temporales, pterigoideos, orbicular, mentoniano, no se desarrollen de manera correcta, de forma que estos músculos no tendrán suficiente fuerza para realizar la trituración del alimento durante la masticación (5).

1.1.15. Posición y técnica de la lactancia artificial

Según NAHÁS CORREA (2009), acota que cuando se esté dando biberón, deberá colocar la madre primero de un lado y después del otro lado simulando como dar ambos senos hasta el final del biberón, esto evitara el desarrollo muscular y crecimiento óseo más de un lado de la cara que el otro. La posición del bebe debe ser semejante al de la lactancia materna (47).

1.1.16. Recomendación para la lactancia artificial

- Uso de tetinas ortodónticas, las cuales son cortas y anatómicas y presentan un bulbo que provoca que los labios no sobrepasen esta región.
- El orificio de la tetina, debe ser pequeño para que él bebe haga esfuerzo durante el proceso de succión. Con el biberón en posición vertical, sin apretarlo la leche no debe escurrir solo gotear un promedio de 40 a 50 gotas por minuto.

- El orificio de la tetina, debe quedar volteado hacia arriba entre el paladar duro y paladar blando haciendo que el líquido no corra directamente hacia la parte posterior de la lengua sino que se deslice por su porción central, para que el proceso de la succión sea semejante al del seno materno (47).

1.1.17. Indicaciones de la lactancia artificial

- Mujeres portadoras de enfermedades transmisibles como: VIH, hepatitis C, herpes simple, sífilis, entre otras.
- Uso continuo de la madre de algún medicamento.
- Estrés, depresión debido al cansancio y/o ansiedad de la madre (46).

1.1.18. Ventajas de la lactancia artificial

- La madre obtiene mayor independencia, sobre todo aquellas que trabajan.
- Permite que la madre comparta responsabilidad de alimentar al bebe con el padre.
- La madre no tiene que preocuparse si está tomando algún medicamento (56).

1.1.19. Desventajas de la lactancia artificial

- Los biberones convencionales favorecen a que la boca del bebe abarque la rosca del biberón, lo que puede generar deformidades óseas con el tiempo de uso.

- Cuando el agujero es muy grande del biberón provoca la salida de leche muy excesiva en cada succión disminuyendo el esfuerzo muscular y alterando la deglución, de esta forma él bebe se sentirá lleno antes de quedar satisfecha su necesidad de succión (47).
- El bebé no termina de satisfacer su necesidad de succión con la lactancia artificial y el niño empieza a crear hábitos no nutritivos como el de chuparse el dedo, ponerse objetos extraños en la boca (37), (26).
- Produce deglución atípica, debido al uso de la tetina con el orificio grande, en el momento que el niño frena la salida de leche excesiva crea el hábito de protruir la lengua (50).
- Apertura bucal exagerada (56), (7).
- Pereza masticatoria (56), (7).
- Respiración bucal debido a la falta de coordinación entre la succión, deglución y respiración (65).

1.1.20. Lactancia mixta

Es la combinación de la lactancia materna exclusiva y la lactancia artificial para la alimentación del bebé, en muchos casos necesario para poder lograr una correcta nutrición del bebe prematuro hasta que alcance la maduración del reflejo de succión o debido a la poca o nula producción de leche de la madre (27).

1.1.21. Ventajas de la lactancia mixta

- Permite compartir la tarea de alimentar al bebé entre la mamá y el papá.

- Permite que el padre pueda tener un vínculo más cercano con su bebe.
- Permite a las madres poder incorporarse al trabajo.
- Cuando la cantidad de leche materna que produce la madre no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales del bebé, teniendo que suplementar su alimentación con leche artificial y biberón (27).

1.1.22. Desventajas de la lactancia mixta

- El preparar un biberón es mucho más trabajoso que dar directamente el pecho al niño, ya que hay que esterilizarlo, controlar la cantidad de leche, agua y la temperatura.
- El niño se acostumbra a tomar el biberón y empieza a rechazar el pecho, ya que para él es más cómodo succionar la tetina que el pecho de su madre y esto produce confusiones en él bebe.
- Controlar las cantidades de leche, ya que al recurrir a dos tipos de alimentación, produciría que el niño gane más peso o no tenga la cantidad de alimento que necesita (27).

2. Legislación de la mujer gestante en el Perú

En 1999 se promulgo la ley N° 27240, que precisa los alcances del permiso por lactancia materna, de dar a la madre una hora diaria de permiso, la cual se considerará como efectivamente laborada para todo efecto legal, incluyéndose el goce de la remuneración correspondiente, hasta que el niño o niña cumpla seis meses de vida (39).

Asimismo en el 2006 se promulgo la ley N° 26790, precisa que las mujeres trabajadoras aseguradas, perciban un subsidio por lactancia y por maternidad, que tiene por objeto contribuir al cuidado del recién nacido, otorgando un monto de dinero el cual es entregado a la madre o a la persona o entidad que tuviera a su cargo (40).

Con el fin de promover la lactancia materna en el año 2012 se promulgo la ley N° 29896, que señala la implementación de lactarios en las instituciones del sector público y del sector privado, donde laboren veinte a más mujeres en edad fértil. El lactario es un ambiente especialmente acondicionado y digno para las madres trabajadoras extraigan su leche materna y conservación durante el horario de trabajo (38).

3. Crecimiento y Desarrollo Craneofacial

- Crecimiento

Representa un aumento permanente e irreversible del volumen (72).

- Desarrollo

Son procesos de cambios cuantitativos y cualitativos que tienen lugar en el organismo humano (21).

3.1. Crecimiento craneofacial prenatal

Periodo embrionario

Inicialmente a la cuarta semana de vida intrauterina se desarrolla la boca primitiva o estomodeo la cual está limitada superiormente por el proceso frontonasal, lateralmente por los procesos maxilares, inferiormente por el proceso mandibular y al fondo la membrana bucofaríngea (72).

Al final de la cuarta semana se desarrollan los arcos faríngeos o branquiales, producido por la migración de las células de la cresta neural a la región de

cabeza y cuello, formando cuatro pares de arcos faríngeos, siendo el arco mandibular o primer arco branquial, el cual contribuye en la formación exterior de la cara, el arco hioideo el que participa en la formación del pabellón de la oreja y junto con el tercer arco forma a piel del cuello.

El componente cartilaginoso del primer arco está constituido por el cartílago de Meckel, que se desarrolla al final del primer mes de vida intrauterina, el cual se extiende en forma de arco desde el oído medio a la región de la sínfisis mandibular; su parte dorsal al osificarse forma los huesecillos del oído medio que es el yunque y el martillo; su parte ventral por osificación membranosa originará una estructura en forma de herradura que más adelante será la mandíbula; este cartílago guía la formación de la mandíbula quedando como vestigio el yunque y el martillo (8), (42).

Desarrollo del paladar primario y secundario

El paladar empieza a desarrollarse a comienzos de la sexta semana de vida intrauterina: el paladar primario, se origina por la fusión de las dos prominencias nasales mediales; el paladar secundario se origina de la fusión de los procesos palatinos laterales que dan lugar al paladar duro y blando y las partes externas de estas forman los labios y las mejillas (8), (42). La fusión de los procesos palatinos con el paladar primario da como resultado un techo palatino plano. La osificación del paladar inicia en la octava semana de gestación (11).

Desarrollo de la lengua

La lengua empieza a desarrollarse al final de la cuarta semana de vida intrauterina, a partir del engrosamiento del mesodermo proveniente de la parte interna de los arcos faríngeos. El proceso de formación embriológica de la lengua finaliza hacia la séptima semana de desarrollo embrionario (11).

3.2. Mecanismo del crecimiento craneofacial

El crecimiento óseo, se da por remodelación del hueso, mediante aposición y reabsorción, por acción de los osteoblastos y osteoclastos, originando un movimiento de crecimiento en una zona de hueso.

Estos dos mecanismos producirán que el hueso se desplace en dirección al crecimiento y originaran un desplazamiento primario, el cual se debe al propio incremento del hueso que producirá contacto con estructuras vecinas y el desplazamiento secundario, es el movimiento de todo un hueso causando el incremento de otros huesos por separado que pueden ser próximos o distantes (10).

3.3 Crecimiento craneofacial postnatal

3.3.1. Base del cráneo

Se da por un crecimiento cartilaginoso a nivel de las sincondrosis (punto de unión entre los huesos de la base craneal). La sincondrosis interesfenoidal divide a la base del cráneo en dos zonas: una anterior y otra posterior, al producirse su cierre después del nacimiento (10), (19). ENLOW (1975), señala que la sincondrosis esenooccipital, es la más importante porque provoca el crecimiento de la base del cráneo posterior y su actividad cesa a los 20 años y la sincondrosis esenoetmoidal, produce el crecimiento de la base del cráneo anterior y su actividad de unión cesa entre los 5 y 20 años; el alargamiento de la base craneal media produce el desplazamiento hacia delante de la fosa craneal anterior como el complejo naso maxilar (73).

3.3.2. Bóveda craneal

El crecimiento del cerebro desplaza los huesos del cerebro hacia afuera. Cada hueso se agrando por crecimiento sutural mediante

aposición ósea, ya que en la vida fetal los huesos planos de la bóveda se encuentran separados por membranas de tejido conjuntivo denso (19).

3.3.3. Complejo Nasomaxilar

BISHARA (2003), señala que el crecimiento cartilaginoso del tabique nasal y las suturas del maxilar superior, desplazan hacia abajo y adelante, el complejo nasomaxilar (8).

Crecimiento transversal

ENLOW (1975), refiere que el sitio importante de crecimiento es la sutura palatina media, la cual permite el ensanchamiento transversal del maxilar superior que se mantiene abierta hasta los 18 años. (19)

Crecimiento sagital

ENLOW (1975), señala que el piso nasal y la bóveda palatina descienden verticalmente, por reabsorción ósea en la superficie superior y aposición ósea en la superficie inferior, ampliando las fosas nasales; esto conlleva a un crecimiento divergente de las apófisis alveolares que se dirigen hacia abajo y afuera (19).

Crecimiento longitudinal

Su crecimiento se da por aposición ósea en la tuberosidad del maxilar superior; produciendo el desplazamiento del maxilar superior hacia adelante y un incremento en la longitud del arco, para albergar a los molares deciduos (19).

3.3.4. Mandíbula

En el neonato el cuerpo de la mandíbula es alargada, el cóndilo como la apófisis coronoides mantienen su forma primitiva, las ramas

verticales del maxilar inferior son cortas, no existe eminencia articular y la sínfisis mandibular está abierta hasta los ocho meses de vida.

Crecimiento condíleo

El cóndilo se activa al desplazar, el maxilar abajo y adelante durante el amamantamiento. Para ENLOW (1975), el cartílago hialino que cubre la cabeza del cóndilo, constituye el centro de crecimiento y una superficie articular para la rama vertical de la mandíbula; el cóndilo crece hacia atrás, arriba y afuera sin perder el contacto con la base craneal, produciendo así el desarrollo posterior de la fosa glenoidea la cual provoca el desplazamiento hacia adelante y abajo de la mandíbula (19).

Crecimiento de la rama ascendente

ENLOW (1975), señala que el borde posterior de la rama es el sitio de mayor crecimiento ya que se produce aposición ósea en él y reabsorción ósea del borde anterior de la rama que contribuye a que la mandíbula se desplace hacia adelante, lo que permite el alargamiento de la base alveolar, para la erupción de los molares deciduos (19), asimismo la expansión de la fosa craneal media, originara el desplazamiento del piso anterior del cráneo, complejo nasomaxilar y la mandíbula (73).

Crecimiento transversal mandibular

ENLOW (1975), señala que el principal sitio de crecimiento es el cartílago medio que permite el desarrollo transversal, que se mantiene abierta hasta los 8 meses en que se suelda definitivamente, en lo que después será la sínfisis mandibular (19).

La forma de alimentación del bebe es de vital importancia, ya que el amamantamiento natural del pecho materno no solo le dará al neonato todos los nutrientes necesarios y transmitirá las defensas de la madre,

sino que será el motor fundamental para el crecimiento de los maxilares (50).

4. Desarrollo de la oclusión

4.1. Características de la boca del recién nacido

- En el momento del nacimiento los procesos alveolares están recubiertos por las almohadillas gingivales, las cuales se segmentan, para indicar el sitio donde aparecerán los dientes (8).
- El arco maxilar tiene forma de herradura, sobrepasa sagital y transversalmente, el arco mandibular que tiene forma de U (11).
- El rodete gingival, en el sector posterior es aplanado y contactan entre sí, produciendo que, los rodetes gingivales en el sector anterior estén separados y la lengua esta protruida en este espacio, posteriormente se cierra con la aparición de los dientes (35).

Micrognatismo maxilar: los maxilares son pequeños para albergar los dientes temporarios hasta los 6 meses de vida, que se producirá un intenso crecimiento tridimensional siendo el crecimiento por unidad de tiempo el máximo que va producir en el desarrollo maxilar a lo largo de la vida y así permitirá la correcta ubicación de los dientes temporarios (12).

Retrognatismo Mandibular: el niño nace con la mandíbula en retracción con respecto al maxilar habiendo una relación distal de la base mandibular con respecto a la base del maxilar superior (12).

Los bebés nacen con retrognatismo mandibular, que mide de 8 a 12 mm, hasta la erupción de los primeros dientes deciduos a los 6 a 12 meses de vida,

donde debe ser anulado este retrognatismo mandibular para el establecimiento de la oclusión correcta de los dientes deciduos (46), (67).

Apiñamiento incisal: existe un apiñamiento el cual semantiene así hasta que crezcan los maxilares que los albergarán. En una placa radiográfica oclusal se observa que hay apiñamiento de los incisivos del recién nacido aun desdentado (12).

Diastemas intermolares: estos diastemas también se observan radiográficamente entre el primer molar y el segundo molar temporal en la fase eruptiva (12).

4.2. Formación de los Arcos dentarios

En los arcos deciduos la secuencia es la siguiente: a los 6 meses de vida, hace erupción el incisivo central inferior, seguido del incisivo central superior, incisivo lateral superior, incisivo lateral inferior, los cuales establecen la guía anterior (65), cuando estos contactan se inician los movimientos de lateralidad de la mandíbula (12).

- A los 16 meses, hace erupción el primer molar inferior, seguido del primer molar superior (12), produciéndose el levantamiento de mordida; el cual disminuye la sobremordida en la región anterior (65).
- A los 20 meses, erupciona el canino inferior, seguidamente el canino superior, estableciendo la guía canina (65).
- A los 30 meses, el segundo molar inferior, después el segundo molar inferior deciduo (12), los cuales determinan la formación del escalón molar (65).

La erupción dentaria se resume en cuatro grandes eventos (12):

- A los cinco meses de vida intrauterina se inicia la mineralización de las coronas.

- En el primer año de edad se termina la formación de todas las coronas.
- A los dos años y medio de edad, se ha terminado la erupción de todos los dientes deciduos.
- A los cuatro años de edad, todas las raíces de los dientes deciduos han terminado su formación.

4.3. Características normales de los arcos deciduos

Incisivos espaciados

Estos espacios se presentan a medida que los dientes aparecen en boca, aproximadamente un 20% de los niños carecen de estos espacio y, cuando esto sucede es un indicio que los dientes permanentes se apiñaran.

Posición vertical de los incisivos

Los incisivos deciduos generalmente hacen erupción en mordida profunda, la sobremordida horizontal, es de 4 mm y la sobremordida vertical es de 1 a 3mm, esta se disminuye a medida que aparecen los molares deciduos y crece la mandíbula.

Espacios primates

Según PROFITT (2014), se denominan así, por la presencia de estos espacios en los monos; localizados por distal de los caninos inferiores y por mesial de los caninos superiores, ambos espacios deberán medir más de 0.5 mm para considerarlos presentes; es importante mencionar que estos espacios no se originan después de la erupción de los dientes y que para algunos autores implican una consideración genética.

La falta de los espacios del primates, está relacionada al micrognatismo transversal del maxilar o a dientes de volumen mayor de lo normal, macrodoncia, los cual origina el contacto proximal de los incisivos temporales, la ausencia de los espacios de primates, son indicios de tener en cuenta en el diagnóstico precoz de anomalías futuras en la dentición permanente, especialmente apiñamiento del sector anterior (59).

Importancia de los espacios primates en la dentición decidua

En la arcada superior, al estar ubicado por distal del incisivo lateral ayuda a atenuar el tamaño al ser aprovechado del lateral permanente

En la arcada inferior, ayuda también a un correcto brote dentario de los dientes permanentes, ya que al encontrarse por distal a los caninos temporales, permiten que las piezas dentarias posteriores migren hacia él, al hacer la erupción el primer molar permanente, permitiendo que este alcance su posición correcta con el establecimiento de una Clase I (10).

Formación del escalón molar

Se denomina escalón molar o plano terminal, a la relación mesiodistal entre la superficie distal del segundo molar primario superior e inferior cuando los dientes deciduos están en oclusión (48).

Según BISHARA SE (1988), los planos terminales pueden relacionarse entre sí de la siguiente manera (9):

- Plano terminal recto
Es cuando las superficies distales de los segundos molares deciduos inferior y superior coinciden en una línea recta.

- Escalón mesial
Es cuando la superficie distal del segundo molar deciduo inferior está por delante de la superficie distal del segundo molar deciduo superior.

- Escalón distal
Es cuando la superficie distal del segundo molar deciduo inferior está por detrás de la superficie distal del segundo molar deciduo superior.

Según BISHARA (2003) y NAKATA (1997), la evaluación de las relaciones de los planos terminales de los segundos molares deciduos es de importancia,

porque los primeros molares permanentes, son guiados por las caras distales de los segundos molares deciduos (8), (48).

En muchas situaciones, escalón molar es asimétrico, lo cual está relacionado a las siguientes etiologías (8):

- Posturas que adopta el niño, en este caso la presión que ejerce la mano en una región determinada del maxilar produce una deformación ocasionando un maxilar asimétrico por el desequilibrio de fuerzas que en esa zona se produce
- Diferencias en la distribución de los espacios primates y fisiológicos influye en la formación de la relación del escalón molar.
- Los hábitos de succión pueden reducir el ancho del maxilar superior y así influenciar el plano terminal primario. Estos efectos dependen de la duración e intensidad del hábito.

4.4. Establecimiento de la oclusión del primer molar permanente según el plano terminal

BISHARA SE (1988), encuentra que el 100% de sujetos con escalón distal en dentición decidua terminaron con una relación molar clase II en dentición permanente, también observa que de los casos con plano terminal recto, el 56% evolucionó a una relación de clase I y un 44% a clase II. Además determina que a mayor grado de escalón mesial, mayor será la probabilidad de presentar una relación molar clase III (9).

- **Plano terminal recto:** origina que los primeros molares permanentes erupcionen en una posición de cúspide a cúspide (48).
- **Escalón mesial:** este escalón conlleva a una relación molar de clase I o clase III (9).
- **Escalón distal:** esta característica origina una erupción de los primeros molares permanentes hacia una clase II (9).

5. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

INTERNACIONALES

Cárdenas Navarrete, Muriel. "RELACIÓN MOLAR MÁS PREVALENTE EN NIÑOS DE 3, 4 Y 5 AÑOS DE LOS JARDINES INFANTILES JUNJI E INTEGRA DE TALCA - CHILE, 2008". (13) Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, en una población de 260 niños de 3 a 5 años, de edad, de los cuales observó que el 86.44% de niños presentaron plano recto bilateral, un 11.44% escalón mesial y el 2.12% escalón distal. Siendo el plano recto bilateral el más prevalente

Gramal Aguilar, Evelyn. "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, QUITO - ECUADOR, 2014". (29) Se realizó un estudio transversal con 203 niños de 3 a 5 años edad, donde observó que el 60.1% de los niños recibió lactancia materna exclusiva y el 39.9% de niños recibieron lactancia mixta. El 55,2% tuvo oclusión normal y 4.9% presentaron maloclusión. Concluyendo que el tipo de lactancia tiene relación con la presencia de maloclusiones.

Leiva Rojas, Daniela. "PREVALENCIA DE RELACIÓN MOLAR EN NIÑOS DE 5 AÑOS DE LOS COLEGIOS MUNICIPALES CON ENSEÑANZA PREESCOLAR DE TALCA - CHILE, 2009". (33) Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, en la cual se evaluó a 402 niños de 5 años de edad, donde se observó que el 52% de los niños presentaron escalón mesial bilateral, un 45% evidenció escalón recto bilateral, y 3% de los niños presento escalón distal bilateral. Concluyendo que el escalón mesial bilateral fue el más prevalente

NACIONALES

Cuya García, Raysa. Paredes Vásquez, Sandy. "PREVALENCIA DE PLANO TERMINAL SEGÚN GÉNERO EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD MASUSA, SAN JUAN, IQUITOS - PERÚ, 2014". (15) Se realizó un estudio transversal, en 357 niños de 3 a 6 años de edad, obteniendo como resultado que la lactancia materna fue el único tipo de lactancia. Así mismo el 52.4% presentaron plano terminal recto en el lado derecho, 38.7% escalón mesial y un 6.2% evidenció escalón distal. De igual forma en el lado izquierdo un 45.9% presentaron plano terminal recto, 43.7% escalón mesial y 7.3% escalón distal. Concluyendo que el plano terminal recto bilateral fue el más prevalente y que existe relación entre el tipo de plano terminal derecho e izquierdo.

Munayco, Américo, Piedra, R. Cortez, M. "LACTANCIA MATERNA ASOCIADA AL CRECIMIENTO MANDIBULAR EN NIÑOS DE 3 AÑOS DE EDAD DEL INSTITUTO ESPECIALIZADO MATERNO PERINATAL, LIMA - PERÚ, 2004". (44) Se realizó un estudio observacional en 64 niños de 3 años de edad de ambos sexos; dando como resultado que el 66% de los niños recibieron lactancia materna y 34% no recibieron lactancia materna. En aquellos niños que recibieron lactancia materna un 62% presentaron escalón mesial y los niños que no tuvieron lactancia materna el 41% presentaron escalón distal, en cuanto a los espacios primates los que tuvieron lactancia materna el 62% presentaron espacios primates y aquellos que no tuvieron lactancia materna un 50% no presento este espacio. Concluyendo que la lactancia materna favorece el crecimiento mandibular en niños

Obregón Peñaranda, Juan. "TIPO DE ESCALÓN MOLAR Y ESPACIOS PRIMATES EN DENTICIÓN DECIDUA EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS QUE RECIBIERON LACTANCIA MATERNA Y MIXTA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA "SAN MARTIN DE PORRAS" EN LA PROVINCIA DE HUARAZ, ANCASH, LIMA - PERÚ, 2008". (49) Se realizó un estudio observacional en 114 niños de 3 a 5 años de edad, obteniendo como resultado que la lactancia materna exclusiva fue la más prevalente; con respecto al escalón molar los niños que recibieron lactancia materna exclusiva el 55% presentaron escalón mesial y los niños que recibieron lactancia mixta un 62.9% presentaron plano terminal recto; así mismo, aquellos niños que recibieron lactancia mixta el 53.8% presentaron espacios primates superiores y en un 42.4% estuvo ausente este espacio en el maxilar inferior y en aquellos que recibieron lactancia materna exclusiva el 46.2% presentaron espacios primates en el maxilar superior y el 57.6% presento ausencia de espacio primates en el maxilar inferior.

Ruiz, C. Ríos, K. Torres, G. "RELACIÓN ENTRE EL PERIODO DE LA LACTANCIA MATERNA Y EL DESARROLLO EL ARCO DENTARIO SUPERIOR DECIDUO EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS DE EDAD, DE LA CLINICA DEL NIÑO Y DEL BEBE DE LA UNIVERSIDAD INCA GARCILAZO DE LA VEGA. PUEBLO LIBRE, LIMA - PERÚ 2013". (64) Se evaluó a 58 niños entre 3 a 6 años de edad, los resultados obtenidos fueron que el 70.7% recibieron lactancia materna exclusiva y un 55.2% recibió lactancia mixta. En tanto en los modelos de estudios realizados a estos niños se encontró que los niños que recibieron lactancia materna exclusiva el 48.3% presentaron espacios primates en el maxilar superior e inferior y aquellos que fueron alimentados con lactancia mixta el 37.9% presentaron espacios primates en ambos maxilares.

LOCALES

Farfán Menéndez, Madeleine. "INFLUENCIA DEL TIPO DE LACTANCIA EN LA FORMACIÓN DEL ESCALÓN MOLAR EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD JORGE CHAVEZ, JULIACA - PERÚ, 2014". (22) Se realizó un estudio prospectivo en 105 niños de 3 a 5 años de edad y los resultados mostraron que 73% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva y el 27% de los niños fueron alimentados con lactancia mixta. Así mismo los niños que recibieron lactancia materna exclusiva el 62.86% presentaron plano terminal recto y aquellos que recibieron lactancia mixta un 21.90% presentaron escalón distal.

Montes de Oca, Susana. "RELACIÓN DEL TIPO DE LACTANCIA CON EL DESARROLLO DE ARCOS DENTARIOS (TIPO I Y II) EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR SANTÍSIMO CRISTO REDENTOR, AREQUIPA – PERÚ, 2014" (41). Se realizó un estudio prospectivo evaluando a 86 niños de 3 a 5 años de edad. Los resultados mostraron que el 54.9% de los niños recibió la lactancia materna, mientras que el 45.1% de los niños recibieron lactancia artificial. La relación que existe entre el tipo de lactancia recibida y el tipo de arco dentario es significativa, dado que la lactancia materna presentó en un 42.9% arco tipo I y la lactancia artificial el 43.5% presentó un arco tipo II.

6. HIPÓTESIS

Dado que la lactancia materna hasta los seis primeros meses de vida contribuye al desarrollo del sistema estomatognático.

Es probable que, los niños que recibieron lactancia materna exclusiva presenten una oclusión decidua bien conformada con escalón molar y además presencia de espacios primates.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

1. AMBITO DE ESTUDIO

El presente trabajo es de tipo no experimental.

2. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo a la temporalidad:

Es **transversal**, porque el recojo de la información se realizó en un solo momento para comprobar la relación del tipo de lactancia con la formación del escalón molar y espacios primates.

De acuerdo al lugar donde se obtendrá los datos:

Es de **campo**, porque se realizó la recolección de datos directamente de los niños a través de la observación clínica intraoral y de las madres mediante la entrevista.

De acuerdo al momento de la recolección de datos:

Es de tipo **prospectivo**, ya que la información obtenida se tomó de las entrevistas realizadas a las madres sobre el tipo de lactancia que recibió el niño los primeros seis meses de vida y se realizó observación clínica de la cavidad oral a los niños.

De acuerdo a la finalidad investigativa:

El presente trabajo es **relacional**, puesto que el interés a estudiar fue la relación del tipo de lactancia con la formación del escalón molar y espacios primates en niños de 3 a 5 años.

3. UNIDADES DE ESTUDIO

Niños de 3 a 5 años de edad de las Instituciones Educativas “Mis pequeños Pasos” y “Mis pequeñas travesuras School”

4. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población objetivo para realizar el presente proyecto de investigación fueron los niños de 3 a 5 años de edad, de dos Instituciones Educativas, cuyos valores se presentan en el siguiente cuadro:

**CUADRO N° 01:
DISTRIBUCION DE LOS NIÑOS POR INSTITUCION EDUCATIVA**

INSTITUCIÓN EDUCATIVA	N° DE ALUMNOS
MIS PEQUEÑOS PASOS	74
MIS PEQUEÑAS TRAVESURAS.	42
TOTAL	116

La población estuvo conformada por 116 niños a los cuales se les aplicó los siguientes criterios:

a. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños entre las edades de 3 años a 5 años matriculados en la I.E.I.
- De ambos sexos.
- Niños que presentan dentición decidua completa.
- Niños con consentimiento firmado.
- Niños sin lesiones cariosas amplias en las zonas de estudio.
- Niños con referencia de lactancia materna.

b. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños que presentan algún tipo de malformación congénita.
- Niños que presenten lesiones cariosas en las zonas de estudio.
- Niños que presenten hábitos no nutritivos como: succión de dedos, succión labial.
- Niños con respiración bucal.
- Niños con deglución atípica.
- Niños con pérdida prematura de molares primarios.
- Niños con pérdida prematura de dientes anteriores primarios.
- Niños que presenten obturaciones proximales defectuosas en las zonas de estudio.
- Niños que presenten piezas permanentes en proceso de erupción o erupcionados.

Finalmente la investigación fue realizada en 102 niños de 3 a 5 años de edad de los cuales 44 corresponden al sexo masculino y 58 al sexo femenino, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

5. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

a. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

CUADRO N° 02: DESCRIPCION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO
Tipo de Lactancia	Lactancia materna. Lactancia mixta. Lactancia artificial.	Cualitativa.	Nominal.	Independiente
Escalón molar.	Escalón mesial. Plano terminal recto. Escalón distal.	Cualitativa.	Nominal.	Dependiente.
Espacios primates.	Presencia. Ausencia.	Cualitativa.	Nominal.	Dependiente.
Sexo	Mujer Hombre	Cualitativa.	Nominal.	Secundaria.
Edad	Años.	Cuantitativa	Razón.	Secundaria.

b. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Técnica

El presente proyecto de investigación se realizó por medio de observación clínica directa, para observar la formación del escalón molar y espacios primates y la entrevista, para establecer el tipo de lactancia en los infantes.

Instrumento

Los instrumentos que se utilizaron para registrar la información fueron:

- Entrevista. (Anexo n°1)
- Ficha de observación clínica. (Anexo n°2)

6. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se solicitó autorización al director de la I.E. Mis pequeños pasos y Mis pequeñas Travesuras School, presentando cartas emitidas por la dirección de la Universidad Alas Peruanas.
- Una vez autorizado se programó una charla para los padres de familia e informarles sobre el trabajo de investigación a realizar, recalcando los objetivos del mismo y del procedimiento.
- Se solicitó la firma del consentimiento informado a los padres de familia. (Anexo n° 3)
- A los padres que accedieron se les aplicó la entrevista formulada para recabar información sobre el tipo de lactancia que recibieron los escolares. (Anexo n°2)
- Luego se programó por turnos para realizar el examen clínico a los escolares para lo cual se habilitó un ambiente adecuado en la I.E. que cuente con buena iluminación y espacio suficiente.
- Considerando los criterios de inclusión y exclusión, se determinó los niños que serían considerados en el trabajo de investigación.

- De acuerdo a la distribución por turnos se realizó el llenado de los datos en la mayoría de los casos proporcionados por los padres y luego, se procedió a realizar el examen clínico minucioso previa higiene bucal. Utilizando separadores se hizo una tracción efectiva de los carrillos para determinar el tipo de escalón y la presencia o no de espacio primate en la arcada superior y arcada inferior. La información se anotó en la ficha de observación clínica. (Anexo nº 2).

7. PRODUCCIÓN Y REGISTRO DE DATOS

La tabulación de datos se llevó a cabo a partir de la confección de una matriz, en una hoja de cálculo Microsoft Excel 2013, desde la cual se procesó la información. La presentación de resultados se realizó a través de la elaboración de tablas simples y doble entrada; así mismo se confeccionó gráficos de barras.

8. TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos se procesaron estadísticamente en dos etapas; en la primera de carácter descriptivo se calcularon frecuencias absolutas (Nº) y relativas (%), dada la naturaleza cualitativa de las variables. En la segunda etapa, con la cual se demostró si existe relación o no entre las variables de interés se aplicó la prueba estadística chi cuadrado, a un nivel de significancia del 95% (0.05).

Es importante mencionar que todo el proceso estadístico se llevó a cabo con la ayuda del programa EPI-INFO versión 6.0.

9. RECURSOS

a. HUMANOS

- Investigadora : Bach. Ana Lorena Figueroa Pérez.
- Asesor Técnico : Dra. Sandra Corrales Medina.
- Asesor Metodológico : Dr. Xavier Sacca Urday.
- Asesor Redacción : Dra. María Luz Nieto Muriel.

b. FINANCIEROS

La investigación fue totalmente financiada por la investigadora.

c. MATERIALES

- Guantes, barbijo, gorro, campo de trabajo.
- Algodón, pinzas de algodón.
- Abrebocas bilateral transparente de niño.
- Abreboca lateral transparente de niño.
- Computadora.
- Materiales de escritorio.
- Cámara fotográfica digital

d. INSTITUCIONALES

- Universidad Alas Peruanas.
- I.E. Mis Pequeños Pasos.
- I.E. Mis Pequeñas Travesuras School.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES

TABLA N° 01

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA

Institución Educativa	N°	%
Mis Pequeños Pasos	54	52.9
Mis Pequeñas Travesuras School	48	47.1
Total	102	100.0

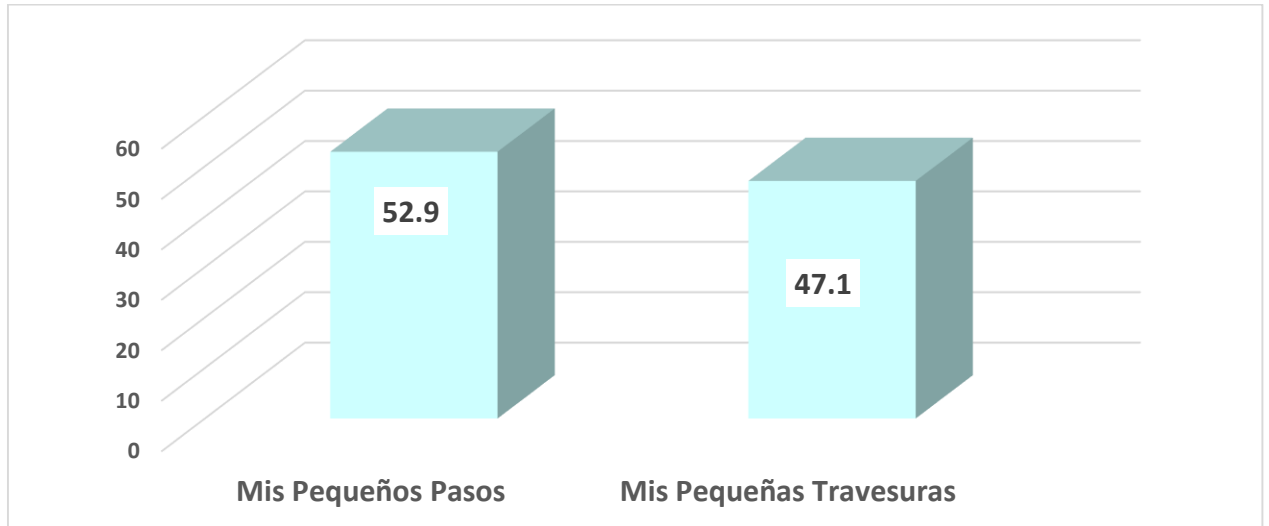
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que los niños motivo de estudio pertenecen a la Institución Educativa “Mis Pequeños Pasos” (52.9%), en tanto el resto lo constituyeron aquellos que asisten a la I.E. “Mis Pequeñas Travesuras School” (47.1%).

GRÁFICO N° 01

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 02

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN EDAD

Edad	N°	%
3 años	40	39.2
4 años	30	29.4
5 años	32	31.4
Total	102	100.0

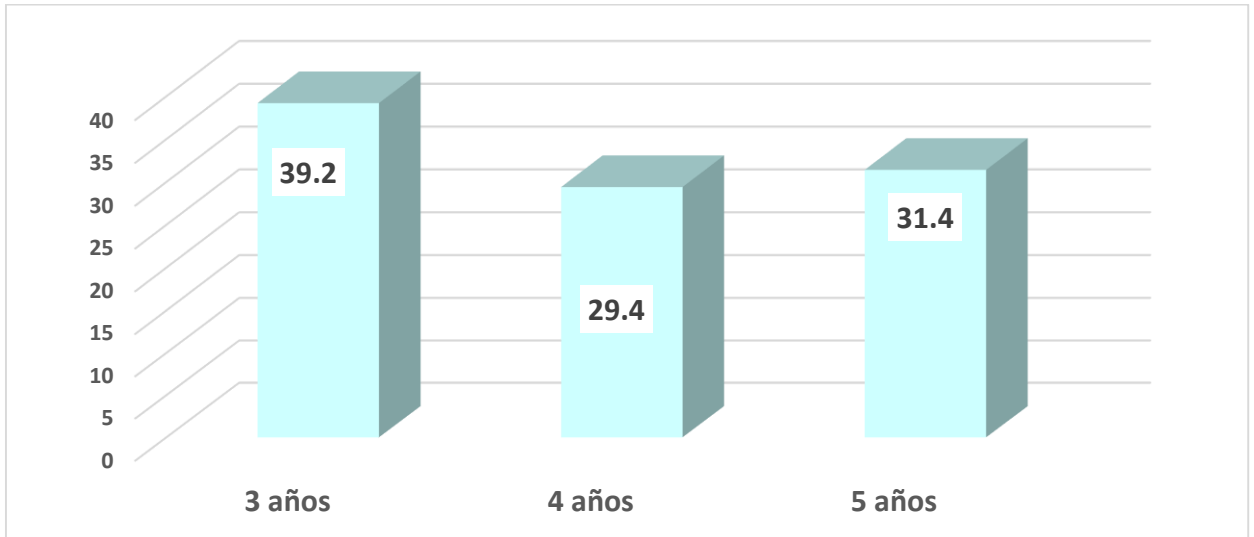
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla refiere la distribución de los niños motivo de estudio considerando la edad. Se puede observar que (39.2%) corresponde a niños de 3 años, mientras que el (29.4%) de 4 años y (31.4%) de 5 años.

GRÁFICO N° 02

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN EDAD



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 03

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN SEXO

Sexo	N°	%
Masculino	44	43.1
Femenino	58	56.9
Total	102	100.0

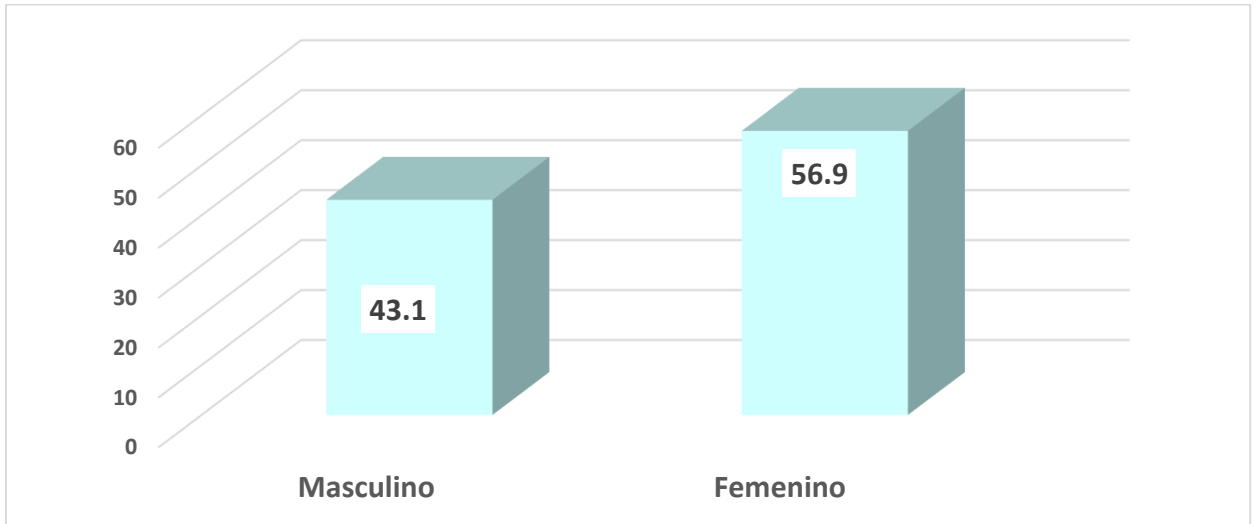
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra la distribución por sexo de los niños motivo de investigación, siendo la mayoría de ellos (56.9%) del sexo femenino y del sexo masculino (43.1%).

GRÁFICO N° 03

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN SEXO



Fuente: Matriz de datos

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES PRINCIPALES

TABLA N° 04

TIPO DE LACTANCIA EN LOS NIÑOS

Tipo de Lactancia	N°	%
Materna Exclusiva	59	57.8
Mixta	33	32.4
Artificial	10	9.8
Total	102	100.0

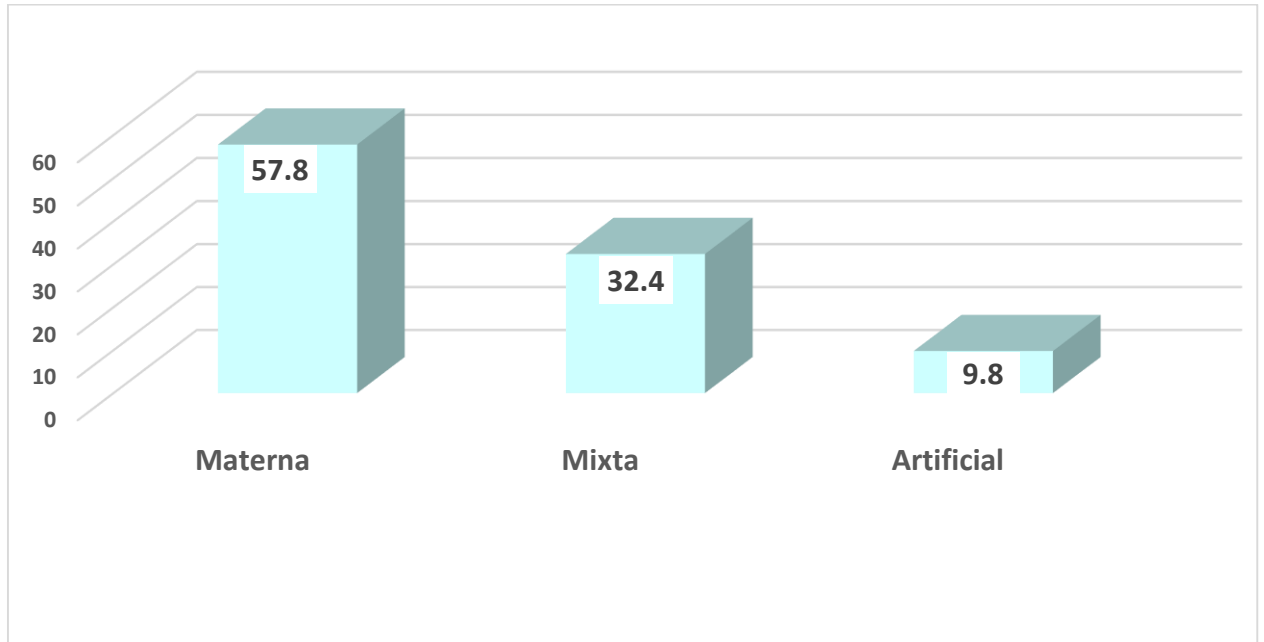
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN

En la presente tabla podemos apreciar que los niños motivo de investigación, (57.8%) fueron alimentados con lactancia materna exclusiva; (32.4%) recibieron lactancia mixta; mientras que (9.8%) fue alimentado con lactancia artificial.

GRÁFICO N° 04

TIPO DE LACTANCIA EN LOS NIÑOS



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 05

TIPO DE ESCALÓN MOLAR EN LOS NIÑOS

Tipo de escalón molar	Lado			
	Derecho		Izquierdo	
	N	%	N	%
Escalón mesial	55	53.9	58	56.9
Plano terminal recto	36	35.3	30	29.4
Escalón distal	11	10.8	14	13.7
Total	102	100.0	102	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.629 (P ≥ 0.05) N.S.

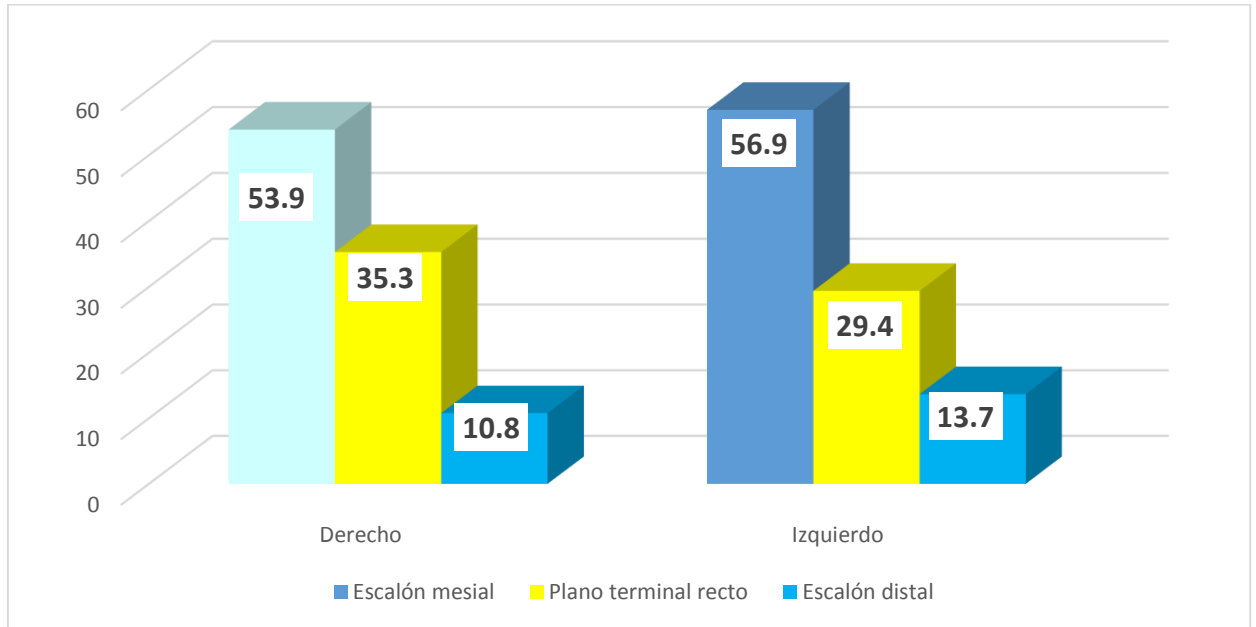
INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla encontramos el tipo de escalón molar, siendo el escalón mesial, fue el más frecuente en un 53.9% en el lado derecho y 56.9% en el lado izquierdo; le sigue el plano terminal recto con 35.3% en el lado derecho y 29.4% en el lado izquierdo; siendo el menos frecuente el escalón mesial con un 10.8% en el lado derecho y 13.7% en el lado izquierdo.

Según la prueba estadística aplicada se observa que no existen diferencias significativas respecto al tipo de escalón molar entre el lado derecho e izquierdo de los niños.

GRÁFICO N° 05

TIPO DE ESCALON MOLAR EN LOS NIÑOS



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 06

ESPACIOS PRIMATES BILATERAL EN LOS NIÑOS

Espacios Primates	Maxilar			
	Superior		Inferior	
	N	%	N	%
Ausente	16	15.7	61	59.8
Presente	86	84.3	41	40.2
Total	102	100.0	102	100.0

Fuente: Matriz de datos

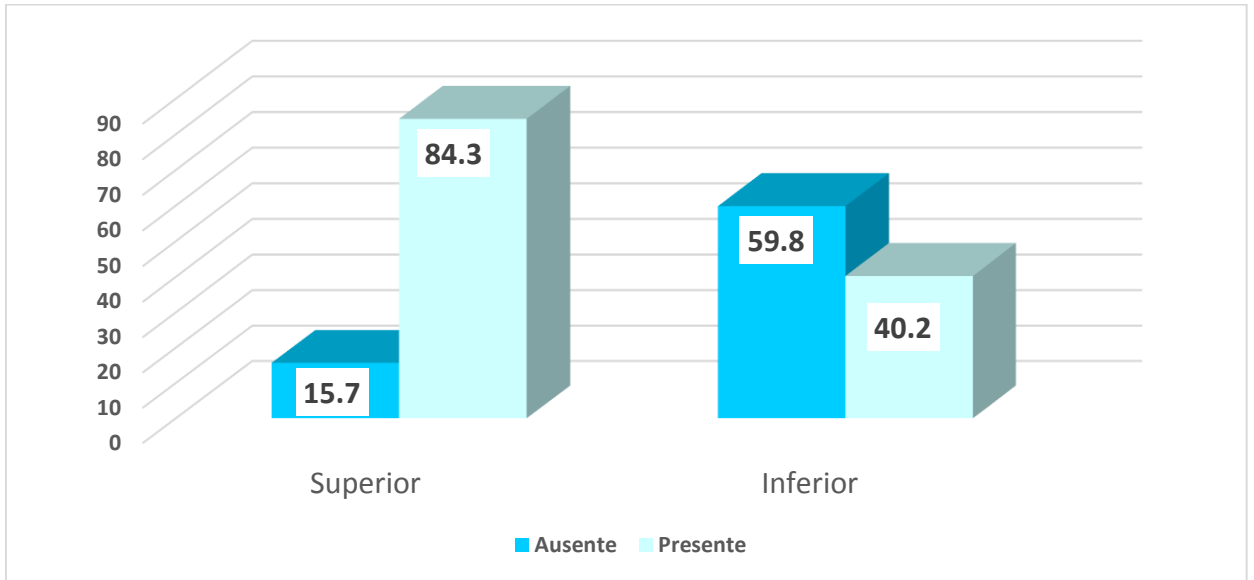
INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos observar que en el maxilar superior, en ambos lados derecho e izquierdo (84.3%) presentaron espacio primate bilateral, mientras que en el maxilar inferior, al igual que el lado derecho e izquierdo (40.2%) estuvo presente este espacio.

Según la prueba estadística, existen diferencias significativas entre ambos maxilares, ya que en el maxilar superior estuvo presente en mayor porcentaje que el inferior.

GRÁFICO N° 06

ESPACIOS PRIMATES EN LOS NIÑOS



Fuente: Matriz de datos

RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES PRINCIPALES

TABLA N° 07

RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE LACTANCIA Y ESCALÓN MOLAR DERECHO EN LOS NIÑOS

Tipo de Lactancia	Escalón Molar: Derecho						Total	
	Escalón mesial		Plano terminal recto		Escalón distal		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Materna	44	74.6	15	25.4	0	0.0	59	100.0
Mixta	11	33.3	20	60.6	2	6.1	33	100.0
Artificial	0	0.0	1	10.0	9	90.0	10	100.0
Total	55	53.9	36	35.3	11	10.8	102	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.000 (P < 0.005) S.S.

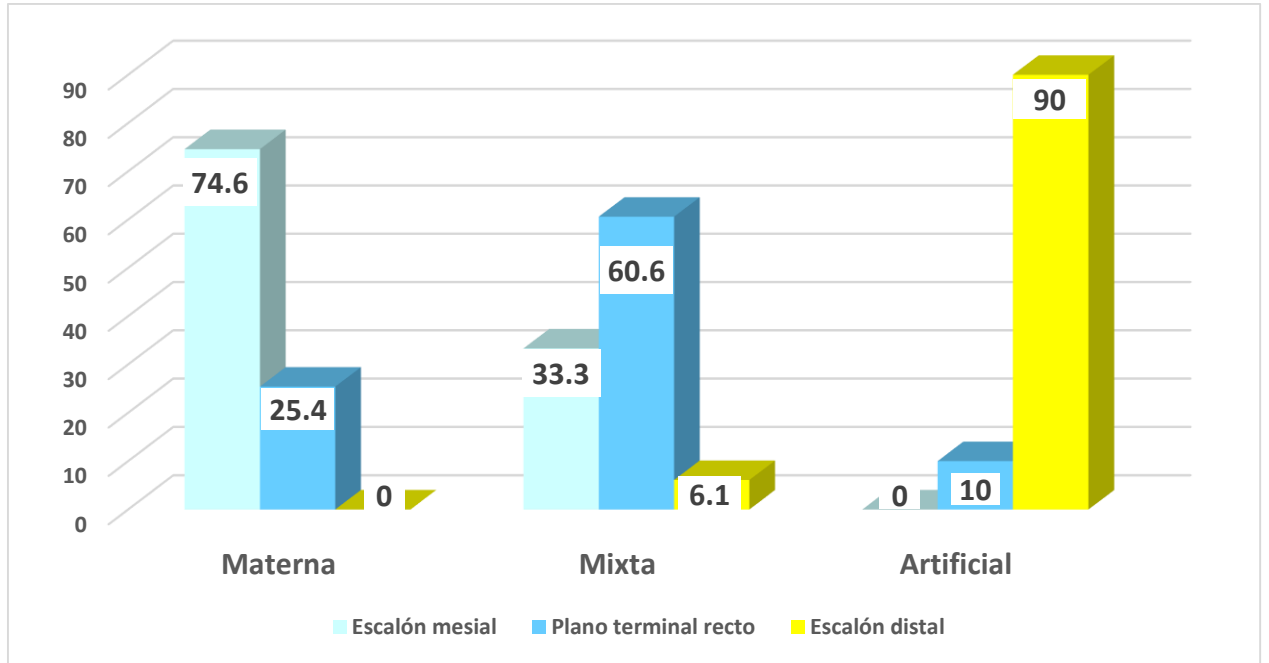
INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que los niños que recibieron lactancia materna, (74.6%) presentaron escalón mesial; en tanto, los niños alimentados con lactancia mixta (60.6%) evidenciaron plano terminal recto y finalmente los niños que recibieron lactancia artificial (90.0%) presentaron escalón distal.

Según la prueba estadística, existe relación significativa entre ambas variables, es decir, el tipo de lactancia condiciona la formación del escalón del escalón molar

GRÁFICO N° 07

RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE LACTANCIA Y ESCALÓN MOLAR DERECHO EN LOS NIÑOS



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 08

RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE LACTANCIA Y ESCALÓN MOLAR IZQUIERDO EN LOS NIÑOS

Tipo de Lactancia	Escalón Molar: Izquierdo						Total	
	Escalón mesial		Plano terminal recto		Escalón distal		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Materna	45	76.3	14	23.7	0	0.0	59	100.0
Mixta	13	39.4	16	48.5	4	12.1	33	100.0
Artificial	0	0.0	0	0.0	10	100.0	10	100.0
Total	58	56.9	30	29.4	14	13.7	102	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.000 (P < 0.005)

S.S.

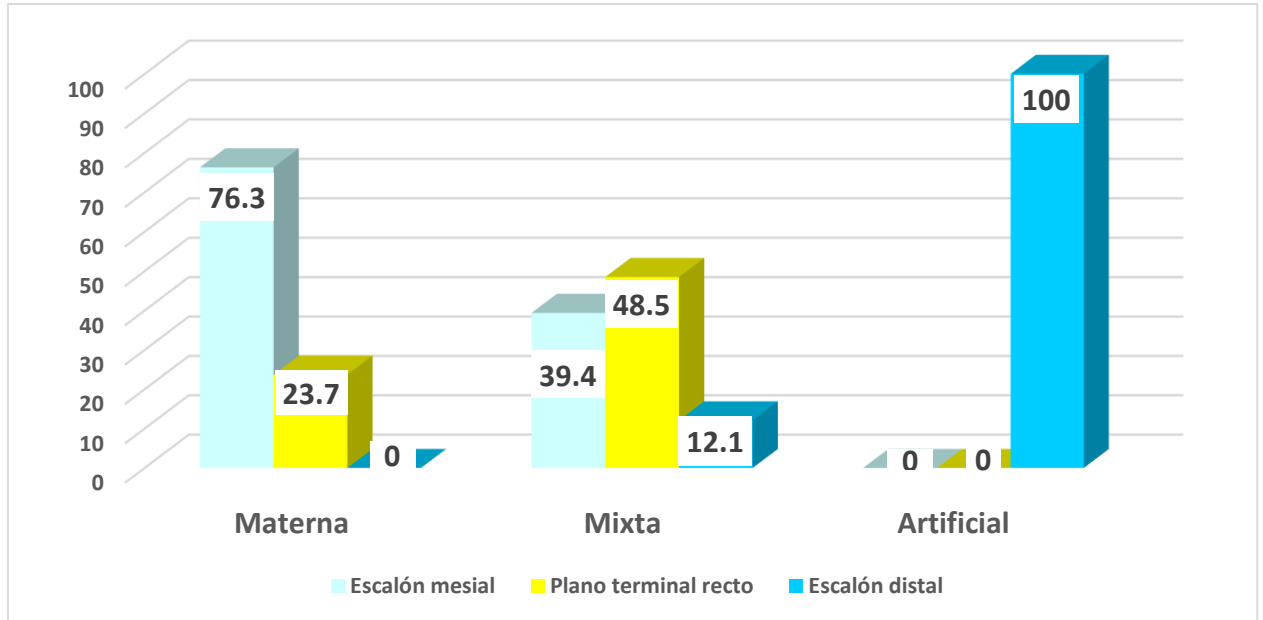
INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla, se puede apreciar que los niños que recibieron lactancia materna, (76.3%) presentaron escalón mesial. En tanto, los niños alimentados con lactancia mixta, (48.5%) evidenciaron plano terminal recto, finalmente, los niños que recibieron lactancia artificial, (100.0%) presentaron escalón distal.

Según la prueba estadística, existe relación significativa entre ambas variables, es decir, el tipo de lactancia condiciona la formación del escalón molar.

GRÁFICO N° 08

RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE LACTANCIA Y ESCALÓN MOLAR IZQUIERDO EN LOS NIÑOS



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 09

RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE LACTANCIA Y ESPACIOS PRIMATES EN EL MAXILAR SUPERIOR DE LOS NIÑOS

Tipo de Lactancia	Espacio Primate en el Maxilar Superior				Total	
	Ausente		Presente		N°	%
	N°	%	N°	%		
Materna	0	0.0	59	100.0	59	100.0
Mixta	8	24.2	25	75.8	33	100.0
Artificial	8	80.0	2	20.0	10	100.0
Total	16	15.7	86	84.3	102	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.000 (P < 0.005)

S.S.

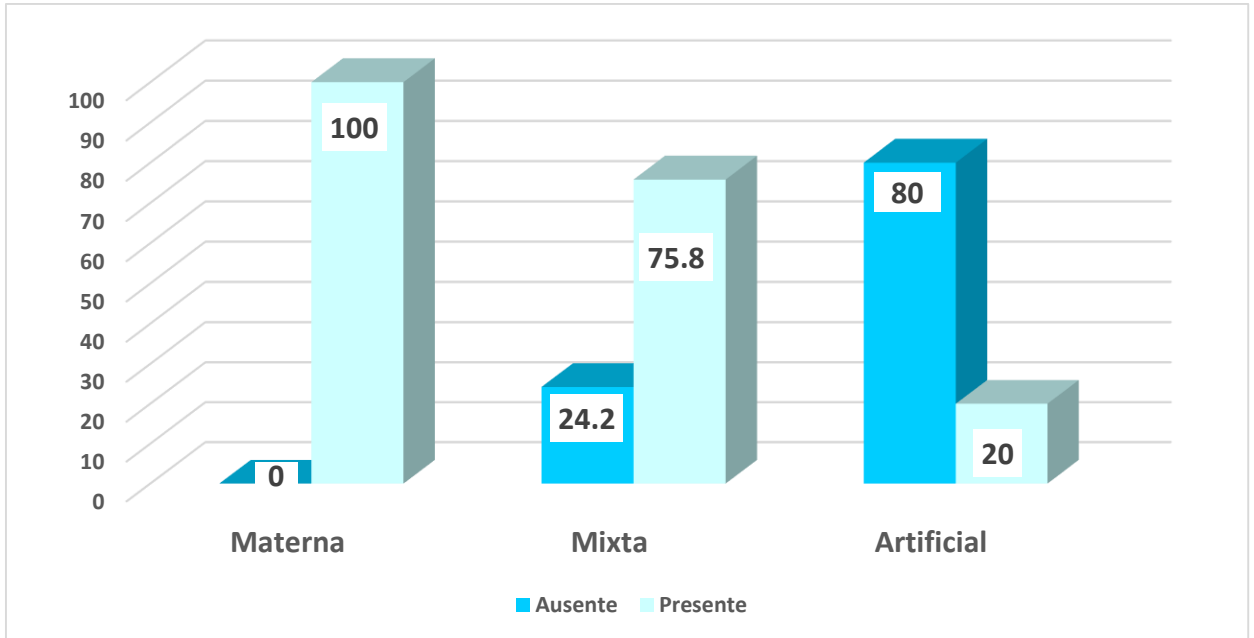
INTERPRETACIÓN:

En la tabla podemos apreciar que los niños alimentados con lactancia materna, (100.0%), como los que recibieron lactancia mixta (75.8%), presentaron espacios primates en el maxilar superior; mientras que los niños alimentados únicamente con lactancia artificial (20.0%), evidenciaron dicho espacio.

Según la prueba estadística muestra una relación altamente significativa entre ambas variables ($p < 0,005$), observándose que los tipos de lactancia condicionan la presencia de espacios primates en el maxilar superior.

GRÁFICO N° 09

RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE LACTANCIA Y ESPACIOS PRIMATES EN EL MAXILAR SUPERIOR DE LOS NIÑOS



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 10

**RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE LACTANCIA Y ESPACIOS PRIMATES EN EL
MAXILAR INFERIOR DE LOS NIÑOS**

Tipo de Lactancia	Espacio Primate en el Maxilar Inferior				Total	
	Ausente		Presente		N°	%
	N°	%	N°	%		
Materna	28	47.5	31	52.5	59	100.0
Mixta	23	69.7	10	30.3	33	100.0
Artificial	10	100.0	0	0.0	10	100.0
Total	61	59.8	41	40.2	102	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.003 (P < 0.005)

S.S.

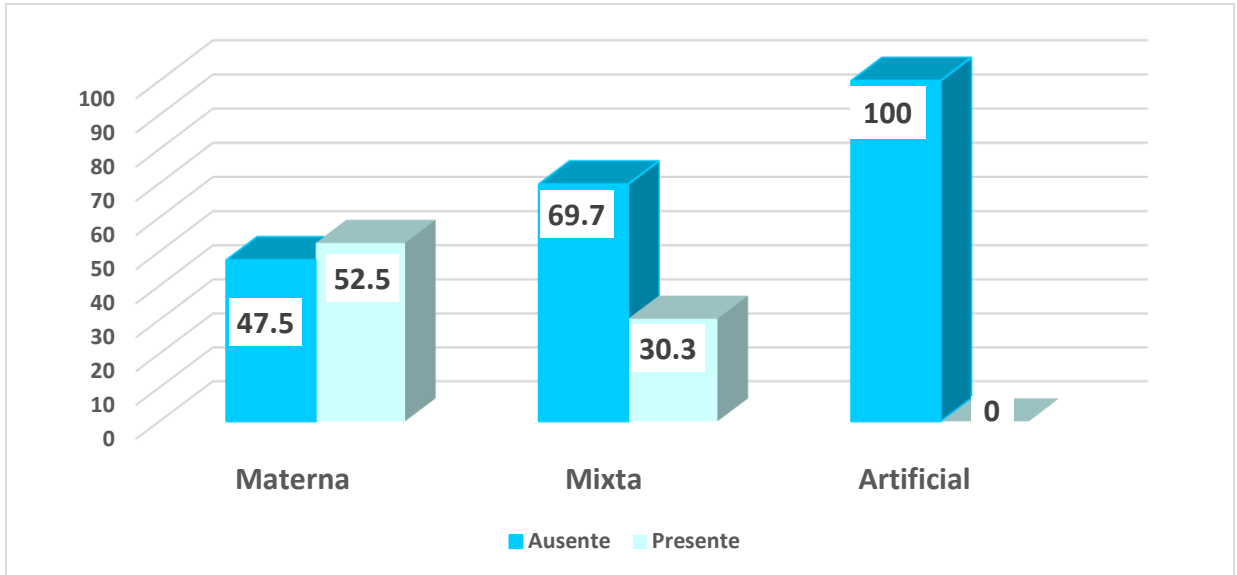
INTERPRETACIÓN

En la presente tabla podemos apreciar que la mayoría de niños que recibieron lactancia materna, (52.5%) presentaron espacios primates en el maxilar inferior; mientras que los niños que fueron alimentados con lactancia mixta (30.3%) estuvo presente este espacio y aquellos que recibieron lactancia artificial (100.0%), no evidenciaron el espacio primate.

Según la prueba estadística, existe relación altamente significativa entre ambas variables, determinándose que el tipo de lactancia condiciona la presencia de espacios primates en el maxilar inferior.

GRÁFICO N° 10

RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE LACTANCIA Y ESPACIOS PRIMATES EN EL MAXILAR INFERIOR DE LOS NIÑOS



Fuente: Matriz de datos

2. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación del tipo de lactancia con la formación del escalón molar y espacios primates. Obteniendo como resultados con respecto al tipo de lactancia, que (57.8%) presentaron lactancia materna, seguido de la lactancia mixta (32%); mientras que (9.8%) fue alimentado con lactancia artificial, resultados similares a los referidos por: Ruiz C, en su estudio sobre la relación entre el periodo de la lactancia materna y el desarrollo el arco dentario superior deciduo en el 2013, donde obtuvo que (70.7%) recibieron lactancia materna exclusiva y (55.2%) recibió lactancia mixta (64); Farfán Madeleine, en su estudio sobre la influencia del tipo de lactancia en la formación del escalón molar en el 2014, encontró que (73%) recibieron lactancia materna exclusiva y (27%) lactancia mixta (22).

Respecto al tipo del escalón molar el presente estudio obtuvo como resultados que el escalón mesial, fue el más frecuente en un 53.9% en el lado derecho y 56.9% en el lado izquierdo; le sigue el plano terminal recto con 35.3% en el lado derecho y 29.4% en el lado izquierdo; siendo el menos frecuente el escalón mesial con un 10.8% en el lado derecho y 13.7% en el lado izquierdo. Valoramos la presencia de asimetría cuando el plano distal era diferente en ambos lados de las arcadas dentarias.; resultado que coincide con el de Cuya Raysa y Paredes Sandy, quienes realizaron un estudio sobre la prevalencia de plano terminal en niños de 3 a 6 años en el 2014, donde encontraron que en el lado derecho (52.4%) presentaron plano terminal recto, (38.7%) escalón mesial y (6.2%) escalón distal. De igual forma en el lado izquierdo (45.9%) presentaron plano terminal recto, (43.7%) escalón mesial y (7.3%) escalón distal (15).

Al relacionar el tipo de lactancia con la formación del escalón molar, los resultados del presente estudio mostraron que los niños que recibieron lactancia materna, (74.6%) presentaron escalón mesial; los niños alimentados con lactancia mixta, (60.6%) evidenciaron plano terminal recto y finalmente los que recibieron lactancia artificial, (90.0%) presentaron escalón distal; estos resultados coinciden con los obtenidos por; Munayco Américo, quien en su estudio sobre lactancia materna asociada al crecimiento mandibular en el 2004, determinó que aquellos niños que recibieron lactancia materna, (62%) presentaron escalón mesial y los niños que no tuvieron

lactancia materna, (41%) presentaron escalón distal (44); Obregón Juan, quien realizó un estudio sobre el tipo de escalón molar y espacios primates en niños que recibieron lactancia materna y mixta, en el 2008, observo que los niños que recibieron lactancia materna exclusiva, (55%) presentaron escalón mesial y los niños que recibieron lactancia mixta, (62.9%) presentaron plano terminal recto (49). Sin embargo, el presente estudio difiere de los resultados obtenidos por Farfán Madeleine, en su estudio realizado sobre la influencia del tipo de lactancia en la formación del escalón molar en el 2014, cuyos resultados mostraron que los niños que recibieron lactancia materna exclusiva, (62.86%) presentaron plano terminal recto y aquellos que recibieron lactancia mixta, (21.90%) presentaron escalón distal (22).

Respecto a la presencia de los espacios primates, en el presente estudio se observó que en el maxilar superior, tanto en el lado derecho e izquierdo (84.3%) presentaron espacios primates bilaterales, mientras que en el maxilar inferior (40.2%) no evidencio dichos espacios; resultados que difieren a los obtenidos por Obregón Juan, quien realizó un estudio sobre el tipo de escalón molar y espacios primates en niños que recibieron lactancia materna y mixta, en el 2008, donde observo que (57.78%) presentaron espacios primates en el maxilar superior y (63.7%) no evidenció dichos espacios en el maxilar inferior (49).

Al relacionar el tipo de lactancia con la presencia de los espacios primates, los resultados del presente estudio mostraron que los niños alimentados con lactancia materna (100.0%), como los que recibieron lactancia mixta (75.8%), presentaron espacios primates en el maxilar superior; en tanto en el maxilar inferior los niños que recibieron lactancia materna (52.5%) y los niños que fueron alimentados con lactancia mixta (30.3%) estuvo presente dichos espacios; estos resultados coinciden con lo obtenido por Ruiz C, en su estudio sobre la relación entre el periodo de la lactancia materna y el desarrollo el arco dentario superior deciduo, en el 2013, encontró que aquellos recibieron lactancia materna exclusiva (48.3%) presentaron espacios primates en el maxilar superior e inferior y aquellos que fueron alimentados con lactancia mixta (37.9%) presentaron espacios primates en ambos maxilares (64).

CONCLUSIONES

PRIMERA:

El tipo de lactancia que recibieron los niños de 3 a 5 años hasta los seis meses de vida fue la materna (57.8%), (32.4%) recibieron lactancia mixta, mientras que solo (9.8%) fue alimentado con lactancia artificial.

SEGUNDA:

El escalón mesial fue el más frecuente en ambos lados derecho e izquierdo, con (53.9%) y (56.9%) respectivamente, seguido por el plano terminal recto con (35.3%) en el derecho y (29.4%) en el izquierdo mientras que el escalón distal obtuvo (10.8%) en el lado derecho y (13.7%) para el izquierdo. Al aplicar la prueba estadística se observa que no existen diferencias significativas respecto al tipo de escalón molar entre el lado derecho e izquierdo de los niños.

TERCERA:

Con respecto a la presencia del espacio primate en ambos lados derecho e izquierdo, (84.3%) presentaron espacios primates en el maxilar superior, mientras que en el maxilar inferior, tan solo (40.2%) evidencio dicho espacio tanto en el lado derecho e izquierdo.

CUARTA:

Considerando la relación entre el tipo de lactancia con la formación del escalón molar, existe relación significativa entre ambas variables, dado que la lactancia materna condiciona la formación del escalón mesial (75.4%), la lactancia mixta al plano terminal recto (54.5%) y la lactancia artificial lo hace con el escalón distal (95%).

QUINTA:

Considerando la relación entre el tipo de lactancia y la presencia de espacios primates, existe relación significativa entre ambas variables, puesto que la lactancia materna y mixta condiciona la presencia de espacios primates en en el maxilar superior, con (100.0%) y (75.8%) respectivamente; mientras que en el maxilar inferior, la lactancia mixta y artificial con (69.7%) y (100.0%) no evidenciaron este espacio.

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Se sugiere realizar estudios longitudinales donde se relacione el tipo de escalón molar con la formación de la llave molar.

SEGUNDA:

Se recomienda realizar un estudio para evaluar la conducta del espacio primate en la erupción dentaria según el plano terminal en la dentición temporal en los infantes.

TERCERA:

Se sugiere que los trabajadores de salud, en especial a los odontólogos, realicen charlas informativas para sensibilizar a las mujeres embarazadas y darles a conocer la importancia de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida de sus bebés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACKERMANN, F. Le Mecanisme des Machoires. Paris: Masson, 1953.pp.43-5. Citado en: NAHÁS M. Santos. Odontopediatria en la primera infancia. 1era edi. Santos; 2010. pp. 38-59, 211.
2. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2005. [cited 2016 jul 3]; [about 5 screen]. Available from: <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;115/2/496>.
3. ANGLE EH: Treatment of malocclusion of the teeth, 7ma ed, Philadelphia, 1907, SS White ental Manufacturing. Citado en: CANUT J. Ortodoncia clínica y terapéutica.2da ed. Barcelona-España. Masson; 2000. pp.43-103.
4. Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: Guía para profesionales, 2004. pp. 88. [Citado: 22 de julio del 2016]; Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf.
5. BARBERIA L. Atlas de Odontología Infantil. 1era ed. Ripano; 2005. pp. 107-109.
6. BENÍTEZ, L. Estudio de la lactancia materna como un factor determinante para prevenir las anomalías dentomaxilofaciales. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria.2009. . [citado: 25 de junio del 2016]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art20.asp>.
7. BEHRMAN R. "Manual de Pediatría de Nelson". Ed. Interamericana Mc Graw -Hill. México. 1995. Citado en:[PAREDES, K. Lactancia en el infante: materna, artificial

y sus implicancias odontológicas. Odontología Pediátrica vol.7 n°.2 Julio-Diciembre 2008.]

8. BISHARA S. Ortodoncia. 1era ed. McGraw-Hill interamericana; 2003. pp.12-60.
9. BISHARA SE et al: Changes in the molar relationship between the primary and permanent dentitions a longitudinal study, Am J Orthod Dentofacial Orthop 93(1):19-28, 1988.
10. BOJ J. CATALA M. GARCIA C. MENDOZA A. Odontopediatria. 1era ed.Barcelona-España. Masson; 2005. pp. 37-77.
11. BORDONI, N. Escobar A. Castillo R. Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. 1era ed. Buenos Aires. Médica Panamericana; 2010. pp. 3-45.
12. CANUT J. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2da ed. Barcelona-España editorial Masson. 2000. pp.43-103.
13. CÁRDENAS M. Relación molar más prevalente en niños de 3, 4 y 5 años de los jardines infantiles Junji e Integra de Talca, 2008. [Tesis]. Universidad de Talca-Chile.
14. CASADO DE FRIAS. Lactancia natural. Ed. Artes gráficas gala. Madrid; Ministerio de Sanidad y Consumo España.1996. Citado en: [PAREDES, K. Lactancia en el infante: materna, artificial y sus implicancias odontológicas. Odontología Pediátrica vol.7 n°.2 Julio- Diciembre 2008.]

15. CUYA S. Prevalencia de plano terminal según género en niños de 3 a 6 años en el Centro de Salud Masusa. [Tesis]. Universidad Peruana del Oriente, Perú, 2014.
16. DOUGLAS.C.R. Tratado de fisiología aplicada as ciencias. Sao Paulo: Robe, 1994, pp.833-51; 887-90. Citado en: [NAHÁS M. Santos. Odontopediatria en la primera infancia. 1era ed. Santos; 2010. pp.38-59, 211.]
17. ESCOBAR F. Odontología Pediátrica. 2da ed. Caracas-Venezuela. Actualidades Medico Odontológicas Latinoamérica; 2004. p. 383.
18. ESPICHÁN C. Influencia de la lactancia materna y artificial en el crecimiento mandibular en neonatos. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Odontología. [Tesis]. Lima-Perú, 2008.
19. ENLOW DH: Manual de crecimiento facial. E. B. Saunders, Filadelfia, 1975.
20. ENLOW, D.H. Maturacao da neuromusculatura orofacial. Crecimiento facial, Trad. Por Silvia Fuerte Bakor. 3 ed. Sao Paulo: Artes Medicas; 1993, p.260-71. Citado en: [NAHÁS M. Santos. Odontopediatria en la primera infancia. 1era ed. Santos; 2010. pp.38-59; p.211.]
21. ENLOW D., AGUILA J. Crecimiento craneofacial, 1era ed. Barcelona-España. Editorial Aguiram; 1993.
22. FARFÁN M. Influencia del tipo de lactancia en la formación del escalón molar en niños de 3 a 5 años del Centro de salud Jorge Chávez. Juliaca 2014. [Tesis]. Universidad Católica Santa María- Arequipa-Perú.

23. FERELLE W. A, Issac M. Odontología para Bebe. Odontopediatria do Nascimento 3 años.: Ed. Artes Médicas. Londrina - Brasil 1996. Citado en: [PAREDES, K. Lactancia en el infante: materna, artificial y sus implicancias odontológicas. Odontología Pediátrica vol.7 n°.2 Julio- Diciembre 2008.]
24. FIGUEIREDO L. Odontología para él bebe. Ed. AMOLCA. Brasil; 2000.
25. FLORES G. Relación entre tipo de lactancia y crecimiento y desarrollo craneofacial. [Tesis]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima – Perú, 2011.
26. FREUD S. Tres ensayos para una teoría sexual. En: Obras completas Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. [Citado en: MATA, E. Lactancia materna; su importancia en la prevención de las maloclusiones, Gaceta Dental 221: 132-139, Madrid, Ene 2011.]
27. GIL, A. Tratado de nutrición. Médica Panamericana. Madrid; 2010. p.216.
28. GRABER, Rakosi, Petrovic. Ortopedia dentofacial con aparatos funcionales.2ª ed. Madrid: Harcourt-Brace, 1998. [Citado en: MATA, E. Lactancia materna; su importancia en la prevención de las maloclusiones, Gaceta Dental 221: 132-139, Madrid, Ene 2011.]
29. GRAMAL P. 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]. Universidad Central del Ecuador, 2014.
30. GUY P. Tratamientos ortodónticos precoces. Quintessence; 2008 p. 136

31. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of a consensus meeting. Washington. 2007. [cited 2016 ag 22]; [about 5 screen]. Available from: Disponible en: http://www.who.int/child-adolescent-health/documents/pdfs/iycf_indicators_for_peer_review.pdf.
32. KOCH M. Poulsen. Rasmussen. Odontopediatria enfoque clínico. Médica Panamericana; 1994. pp.2-31.
33. LEIVA Rojas, Daniela Alejanda. Prevalencia de relación molar en niños de 5 años de los colegios municipales con enseñanza preescolar de Talca, 2009. [Tesis]. Universidad de Talca- Chile.
34. LÓPEZ, Y, Araluce, Arias y Del _Valle, O. Lactancia materna en la prevención de las anomalías dentofaciales.: Rev. Cubana de Ortodoncia, 1999. 14 (1) 32-8. [Citado en: MATA, E. Lactancia materna; su importancia en la prevención de las maloclusiones, Gaceta Dental 221: 132-139, Madrid, Ene 2011.]
35. LÓPEZ M. Manual de Odontopediatria. McGraw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V. pp. 94-101.
36. LOWRY, M.; Lillis, D.F. Infant feeding practices. Ir Med J, v.86, n.1, p.13-14, Jan.1993. [Citado en: NAHÁS M. Santos. Odontopediatria en la primera infancia. 1era ed. Santos; 2010. pp.38-59, 211.]
37. MATA, E. Lactancia materna; su importancia en la prevención de las maloclusiones, Gaceta Dental 221: 132-139, Madrid, 2011. [Citado: 10 de agosto del 2016].

Disponible en: <http://www.gacetadental.com/2011/09/lactancia-materna-su-importancia-en-la-prevencion-de-las-maloclusiones-25558/>.

38. MIMP. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables.2012. Ley n° 29896. [Citado: 20 de julio del 2016]. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diff/proyecto-ds-lactarios/Exp_Motivos_DS_LACTARIOS.pdf.
39. MIMP. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. 1999. Ley n° 27403. [Citado: 10 de agosto del 2016]. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diff/normatnacional_matconconciliacion_activlaboral_y_vidafamiliar/polit_flexibilidadlaboral/4_Ley_27403.pdf .
40. MINTRA. Ministerio de Trabajo y Promoción del empleo.2006. Ley n° 26790. [Citado: 10 de agosto del 2016]. Disponible en: http://www.mintra.gob.pe/contenidos/archivos/prodlab/legislacion/LEY_28791_SA.pdf .
41. MONTES, S. Relación del tipo de lactancia con el desarrollo de arcos dentarios (tipo I y II) en niños de 3 a 5 años del Centro Educativo Particular Santísimo Cristo Redentor. Arequipa–2014. [Tesis]. Universidad Alas Peruanas-Arequipa-Perú.
42. MOORE KL, Persaud TVN: The developing human: clinically oriented embryology, 6ta edition, Philadelphia, 1998, WB. [Citado en: BISHARA S. Ortodoncia. 1era ed. McGraw-Hill interamericana; 2003. pp.12-60.]
43. MOORE. L. Keith. Embriología Clínica. 2da ed. México. Interamericana; 1979. p.317. [Citado en: BISHARA SE et al: Changes in the molar relationship betwwen

the primary and permanent dentitions a longituinal study, Am J Orthod Dentofacial Orthop 93(1):19-28, 1988.]

44. MUNAYCO, A. PIEDRA, R. CORTEZ, M. Lactancia materna asociada a crecimiento mandibular en niños de 3 años de edad. Instituto Especializado Materno Perinatal. Lima- Perú, 2004. Revista Kiru, Universidad San Martin de Porres. Vol.2 n°1-2005.
45. MUSOKE, R.N. Breastfeeding promotion: feeding the low birth weght infant.Int. J. Gynecol. Obstet, 1990; v.31: p.57-59. [Citado en: NAHÁS M. Santos. Odontopediatria en la primera infancia. 1era ed. Santos. 2010. pp.38-59, 211.]
46. NAHÁS M. Santos. Odontopediatria en la primera infancia. 1era ed. Santos; 2010. pp.38-59, p.211.
47. NAHÁS M., Schmitt R., Kim S.M. Salud bucal del bebe al adolescente. Santos; 2009. pp. 15-143.
48. NAKATA, M. Stephen. Guía Oclusal en Odontopediatria. 2da ed. Actualidades Medico Odontológicas Latinoamérica, C.A; 1997. pp.9-16.
49. 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 2008. [Tesis]. Universidad Alas Peruanas. Lima-Perú.
50. OHIANIAN M. Fundamentos y Principios de la Ortopedia Dento-Maxilo-Facial.1era ed. Actualidades Medico Odontológicas Latinoamérica, C. A; 2000. pp.15- 80.

51. OMS, UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1989. [Citado: 22 de julio del 2016]. Disponible en: http://www.ihan.es/publicaciones/folletos/Presentaci%C3%B3n_libro.pdf.
52. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002. [Citado: 22 de julio del 2016]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf.
53. OMS. Lactancia materna exclusiva. [Citado: 22 de julio del 2016]. Disponible en: www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/.
54. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Nutrition Infantil. Washington D.C. E.U.A. 1989. [Citado en: PAREDES, K. Lactancia en el infante: materna, artificial y sus implicancias odontológicas. Odontología Pediátrica vol.7 n°.2 Julio-Diciembre 2008.]
55. OXTABY M.J. human immunodeficiency virus and other viruses in human milk: placing the issues in broader perspective. *Pediatrics Dis J*, v7, p.825-35,1988. [Citado en: NAHÁS M. Santos. Odontopediatria en la primera infancia. 1era ed. Santos; 2010.pp.38-59,211.]
56. PAREDES, K. Lactancia en el infante: materna, artificial y sus implicancias odontológicas. *Odontología Pediátrica* vol.7 n°.2 Julio- Diciembre 2008. [Citado : 05 de agosto del 2016]. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v7n2/a3.pdf>.

57. PÉREZ A. Donoso E. Obstetricia. 2da edición. Santiago- Chile. Publicaciones técnicas Mediterráneo; 1992. pp. 722-735.
58. PILONIETA, G y Torres, E. Implicaciones de la lactancia materna en Odontopediatria.: UNAB Julio, 2003. 3; pp.13-18. [Citado en: MATA, E. Lactancia materna; su importancia en la prevención de las maloclusiones, Gaceta Dental 221: 132-139, Madrid, Ene 2011.]
59. PROFFIT W. Ortodoncia Contemporánea. 3era ed. Madrid- España. Mosby. pp. 35-77.
60. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. [Citado: 17 de agosto del 2016] Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=MIXKq2y>.
61. ROBIN, P. apud Torres. Biología de la boca estructura y función. Buenos Aires: Panamericana; 1973. pp. 448-518. [Citado en: NAHÁS M. Santos. Odontopediatria en la primera infancia. 1era ed. Santos; 2010.pp.38-59,211.
62. ROCABADO, M.S. Cabeza y Cuello- Tratamiento Articular. Buenos Aires: Intermedica; 1979. pp.1-35. [Citado en: NAHÁS M. Santos. Odontopediatria en la primera infancia. 1era ed. Santos; 2010.pp. 38-59,211.]
63. ROSSI, N.J. Ortopedia funcional integrada a ortodontia fixa. Sao Paulo: Pancast, 1988. [Citado en: NAHÁS M. Santos. Odontopediatria en la primera infancia. 1era ed. Santos; 2010. p.38-59; p.211.]

64. RUIZ, C. RÍOS, K. TORRES, G. Relación entre el periodo de la lactancia materna y el desarrollo el arco dentario superior deciduo. *Odontología Pediátrica*, vol. 13 N°1 Enero-Junio 2014. pp.7-16. [Citado: 15 de julio del 2016]. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v13n1/a2.pdf>.
65. SANO, S. Cuaderno de Odontopediatria. Ortodoncia en la dentición decidua, Diagnostico, Plan de Tratamiento y Control. Amolca; 2004. pp.19-23.
66. SCHWARCZ R. Fescina R., Duverges C. Libro de Obstetricia. 6ta ed. Ateneo; 2005. pp.515-517.
67. SCHWARZ, A.M. Lehrgang der Gebibregelung. Wien: Verlay Urbamund. Schwarsenberg. 1961. Band 1. [Citado en: NAHÁS M. Santos. *Odontopediatria en la primera infancia*. 1era ed. Santos; 2010. pp. 38-59,211.]
68. SCHELLHORN, C. Lactancia Materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud. Ministerio de Salud, Comisión Nacional de Lactancia Materna, UNICEF. Santiago de Chile. 1997. pp. 79-82. [Consultado: 02 de julio del 2016].Disponible en:http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2009/11/manual_lactancia_materna.pdf.
69. SHALLOW, H.E.D. Cup-feeding an alternative method (Letter). *Midwives Chronicle and nursing notes*, 107: 292, 1994. [Cited en: NAHÁS M. Santos. *Odontopediatria en la primera infancia*. 1era ed. Santos. 2010. pp.38-59,211.]
70. SCHULTE, B. Cigarette smoke and development of infants throughout the first year of life: influence of passive smoking and nursing on cotinine levels in breast milk and infants urine. *Acta Pediatr*, v.81, n.6/7, pp.550-557, Jun/Jul 1992. [Citado en:

NAHÁS M. Santos. Odontopediatria en la primera infancia. 1era ed. Santos; 2010. pp.38-59,211.]

71. VALDEZ D, GONZALES M, MANSO. Prevalencia de diastemas en la dentición temporal en niños de 2 a 5 años de los municipios plaza y playa en los círculos infantiles en la ciudad de la Habana-Cuba en 1999. Revista Cubana Ortodoncia 1999; 14 (1):22-6. ISCM-H Facultad de Estomatología. Clínica E. Siboney.

72. VELLINI F. Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica. Artes Medicas Latinoamérica; 2002. pp. 5-47.

73. VILLAVICENCIO J. Fernández M. Magaña L. Ortopedia Dentofacial: una visión multidisciplinaria. Tomo I. 1era ed. Artes Medicas; 2002. pp. 21-38.

ANEXOS

**ANEXO N°1:
ENTREVISTA**

Colegio :
Nombre del Niño :
Edad :
Sexo :

1. ¿Qué tipo de lactancia recibió su niño hasta los seis meses de vida?

Lactancia materna ()
Lactancia mixta (Materna y biberón) ()
Lactancia artificial (biberón) ()

ANEXO N° 2
FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA

Colegio :
Nombre del niño :
Edad :

Tipo de escalón molar

LADO DERECHO

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

LADO IZQUIERDO

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

Espacios primates

LADO DERECHO

Presencia

Maxilar superior ()
Maxilar inferior ()

LADO IZQUIERDO

Ausencia

()
()

**ANEXO N° 3:
MATRIZ DE DATOS**

N°	SEXO	EDAD	Tipo de escalón molar derecho	Tipo de escalón molar izquierdo	Espacio primate maxilar superior lado derecho	Espacio primate maxilar superior lado izquierdo	Espacio primate maxilar inferior lado derecho	Espacio primate maxilar inferior lado izquierdo	TIPO DE LACTANCIA	DURACION DE LA LACTANCIA	COLEGIO
1	F	4	2	2	1	1	1	1	1	6	A
2	F	4	1	2	1	1	0	0	2	6	A
3	F	4	1	1	1	1	1	1	1	6	A
4	M	4	2	2	1	1	1	1	1	6	A
5	F	4	1	1	1	1	1	1	1	6	A
6	F	4	1	1	1	1	1	1	1	6	A
7	F	4	3	3	0	0	0	0	3	6	A
8	F	4	2	3	1	1	0	0	2	6	A
9	M	4	2	1	1	1	0	0	1	6	A
10	M	4	1	2	1	1	0	0	2	6	A
11	F	4	2	2	1	1	1	1	1	6	A
12	M	4	1	1	1	1	1	1	1	6	A
13	M	4	1	2	1	1	0	0	2	6	A
14	M	4	1	1	1	1	1	1	1	6	A
15	F	3	1	2	1	1	0	0	2	6	A
16	F	3	1	1	1	1	0	0	1	6	A
17	M	3	1	1	1	1	0	0	1	6	A
18	F	3	1	1	1	1	1	1	1	6	A
19	M	3	2	2	1	1	0	0	1	6	A
20	F	3	1	1	1	1	0	0	1	6	A
21	F	3	2	2	1	1	0	0	1	6	A
22	F	3	2	1	1	1	1	1	2	6	A
23	M	3	2	2	1	1	0	0	1	6	A
24	F	3	3	3	0	0	0	0	3	6	A

N°	SEX O	EDA D	Tipo de escalón molar derecho	Tipo de escalón molar izquierd o	Espacio primate maxilar superior lado derecho	Espacio primate maxilar superior lado izquierd o	Espacio primate maxilar inferior lado derecho	Espacio primate maxilar inferior lado izquierd o	TIPO DE LACTAN CIA	DURACIO N DE LA LACTAN CIA	COLEGI O
25	F	3	1	1	1	1	1	1	1	6	A
26	F	3	3	3	1	1	0	0	3	6	A
27	M	3	3	3	0	0	0	0	3	6	A
28	F	3	1	1	1	1	0	0	1	6	A
29	F	3	1	1	1	1	0	0	1	6	A
30	M	3	2	1	1	1	1	1	2	6	A
31	F	3	1	1	1	1	1	1	1	6	A
32	F	3	1	1	1	1	1	1	1	6	A
33	M	3	1	1	1	1	0	0	1	6	A
34	F	3	1	1	1	1	0	0	1	6	A
35	F	3	1	1	1	1	0	0	1	6	A
36	F	3	1	2	1	1	1	1	2	6	A
37	F	3	2	2	1	1	1	1	1	6	A
38	M	3	1	1	1	1	1	1	1	6	A
39	M	3	3	3	1	1	1	1	2	6	A
40	F	5	1	2	0	0	0	0	2	6	A
41	F	5	2	1	1	1	1	1	2	6	A
42	M	5	2	2	1	1	1	1	2	6	A
43	M	5	1	1	1	1	1	1	1	6	A
44	M	5	1	1	1	1	0	0	1	6	A
45	M	5	2	1	1	1	1	1	2	6	A
46	F	5	2	2	1	1	1	1	1	6	A
47	M	5	1	1	1	1	0	0	1	6	A
48	F	5	3	3	1	1	1	1	2	6	A
49	M	5	2	2	0	0	1	1	2	6	A
50	F	5	1	1	1	1	0	0	1	6	A
51	M	5	1	1	1	1	1	1	1	6	A

N°	SEX O	EDA D	Tipo de escalón molar derecho	Tipo de escalón molar izquierd o	Espacio primate maxilar superior lado derecho	Espacio primate maxilar superior lado izquierd o	Espacio primate maxilar inferior lado derecho	Espacio primate maxilar inferior lado izquierd o	TIPO DE LACTAN CIA	DURACIO N DE LA LACTAN CIA	COLEGI O
52	M	5	2	1	1	1	0	0	2	6	A
53	F	5	1	1	1	1	0	0	1	6	A
54	M	5	2	1	1	1	0	0	2	6	A
55	M	5	2	2	1	1	1	1	1	6	B
56	F	5	1	1	1	1	0	0	1	6	B
57	M	5	2	1	1	1	0	0	2	6	B
58	M	5	1	1	1	1	1	1	1	6	B
59	M	5	1	1	1	1	1	1	1	6	B
60	M	5	1	1	1	1	0	0	1	6	B
61	F	3	2	2	1	1	1	1	1	6	B
62	F	3	1	1	1	1	0	0	1	6	B
63	F	3	1	1	1	1	1	1	1	6	B
64	M	3	2	1	1	1	0	0	2	6	B
65	F	3	2	1	1	1	0	0	2	6	B
66	F	3	1	1	1	1	0	0	1	6	B
67	F	3	2	2	0	0	0	0	2	6	B
68	M	3	2	1	1	1	0	0	2	6	B
69	F	4	1	1	0	0	0	0	2	6	B
70	F	4	1	1	1	1	1	1	1	6	B
71	M	4	3	3	0	0	0	0	3	6	B
72	M	4	1	1	1	1	0	0	1	6	B
73	M	4	2	2	0	0	0	0	2	6	B
74	M	4	1	2	0	0	0	0	2	6	B
75	M	4	1	2	0	0	0	0	2	6	B
76	M	4	1	1	1	1	1	1	1	6	B
77	F	4	1	1	1	1	1	1	1	6	B
78	F	4	3	3	0	0	0	0	3	6	B

N°	SEX O	EDA D	Tipo de escalón molar derecho	Tipo de escalón molar izquierd o	Espacio primate maxilar superior lado derecho	Espacio primate maxilar superior lado izquierd o	Espacio primate maxilar inferior lado derecho	Espacio primate maxilar inferior lado izquierd o	TIPO DE LACTAN CIA	DURACIO N DE LA LACTAN CIA	COLEGI O
79	M	4	1	1	1	1	1	1	1	6	B
80	F	5	2	2	1	1	0	0	2	6	B
81	M	5	1	1	1	1	1	1	1	6	B
82	M	5	2	2	1	1	1	1	1	6	B
83	M	5	3	3	0	0	0	0	3	6	B
84	F	5	1	3	1	1	0	0	2	6	B
85	F	5	2	3	0	0	0	0	3	6	B
86	M	5	2	2	1	1	0	0	2	6	B
87	F	5	1	1	1	1	0	0	1	6	B
88	F	5	1	1	1	1	1	1	1	6	B
89	M	5	2	2	1	1	1	1	1	6	B
90	F	5	2	1	1	1	0	0	2	6	B
91	F	3	1	2	1	1	0	0	2	6	B
92	F	3	1	1	1	1	0	0	1	6	B
93	F	3	1	1	1	1	0	0	1	6	B
94	F	3	1	1	1	1	0	0	1	6	B
95	M	3	2	2	0	0	0	0	2	6	B
96	F	3	1	1	1	1	0	0	1	6	B
97	F	3	2	2	1	1	0	0	1	6	B
98	F	4	2	1	1	1	1	1	2	6	B
99	M	4	2	2	1	1	0	0	1	6	B
100	F	4	3	3	0	0	0	0	3	6	B
101	F	4	1	1	1	1	1	1	1	6	B
102	F	4	3	3	1	1	0	0	3	6	B

LEYENDA

Escalon molar derecho/ izquierdo	Espacios primates superior/inferior	Tipo de lactancia	Colegios					
1. ESCALON MESIAL	0 . AUSENTE	1. EXCLUSIVA	A. I.E.I. MIS PEQUEÑOS PASOS					
2. PLANO TERMINAL RECTO	1. PRESENTE	2. MIXTA	B. I.E.I MIS PEQUEÑAS TRAVESURAS SCHOOL					
3. ESCALON DISTAL		3. ARTIFICIAL						

ANEXO N° 4:
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado con DNI N° _____ padre, madre y/o apoderado del niño(a) _____, de la Institución Educativa, _____ autorizo a la Srta. Ana Lorena Figueroa Pérez , Bachiller en Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Filial Arequipa; para que mi menor hijo participe en el trabajo de investigación: **“RELACIÓN DEL TIPO DE LACTANCIA CON LA FORMACIÓN DEL ESCALÓN MOLAR Y ESPACIOS PRIMATES EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS QUE ASISTEN A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS MIS PEQUEÑOS PASOS Y MIS PEQUEÑAS TRAVESURAS SCHOOL.JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO. AREQUIPA-2016.”**

Se le realizará un examen bucal a mi menor hijo y a mí se me interrogará sobre su tipo y duración de lactancia materna el cual será realizado en las instalaciones del Centro Educativo. Los datos obtenidos serán de carácter confidencial y únicamente utilizados con finalidad científica.

Fecha : _____ de junio del 2016.

Firma : _____

ANEXO N° 5:
DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA MIS PEQUEÑOS PASOS

R.AD.0673-2009
C.M. 1455542



CONSTANCIA

La que suscribe, Directora encargada de la Institución Educativa Inicial Particular "Mis Pequeños Pasos", ubicada en la calle Héctor García N° 206 Cerro Juli, Distrito de J. L. Bustamante y Rivero, UGEL AREQUIPA SUR.

HACE CONSTAR:

Que la señorita ANA LORENA FIGUEROA PEREZ, identificada con D.N.I. 44170436, Bachiller en Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Filial Arequipa, ha realizado el proyecto de investigación "RELACION DEL TIPO DE LACTANCIA CON LA FORMACION DEL ESCALON MOLAR Y ESPACIOS PRIMATES EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS" en nuestra institución.

Se expide la presente a solicitud de la interesada para los fines que vea por conveniente.

Arequipa, junio del 2016



Raquel Juárez Rodríguez
Raquel Juárez Rodríguez
DIRECTORA

CALLE HÉCTOR GARCIA # 206 CERRO JULI, J.L.BUSTAMANTE Y RIVERO – Telf. # 981914092



MIS PEQUEÑAS TRAVESURAS SCHOOL

Los niños son el recurso más importante del mundo y la mejor esperanza para el futuro

"Año de la consolidación del Mar de Grau"

La Directora del Centro Educativo Particular "Mis Pequeñas Travesuras School", deja constancia que:

La persona ANA LORENA FIGUEROA PEREZ, identificada con DNI 44170436 Bahiller de Estomatología de la Universidad Privada Alas Peruanas Filial Arequipa, ha efectuado el Proyecto de Investigación "RELACION DEL TIPO DE LACTANCIA CON LA FORMACION DEL ESCALON MOLAR Y ESPACIOS PRIMATES DE 3 A 5 AÑOS".

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado para fines pertinentes.



Arequipa 28 de Junio del 2016

Asociación Virgen del Carmen A-13 Cerro July
José Luis Bustamante y Rivero
Teléfono:(054) 427108

ANEXO N° 6:
SECUENCIA FOTOGRÁFICA



FOTOGRAFIA 01:
INSTITUCIÓN EDUCATIVA “ MIS PEQUEÑOS PASOS”



FOTOGRAFIA 02:
INSTITUCIÓN EDUCATIVA “MIS PEQUEÑAS TRAVESURAS SCHOOL”



**FOTOGRAFIA 03:
ESCALÓN MESIAL LADO DERECHO**



**FOTOGRAFIA 04:
ESCALÓN MESIAL LADO IZQUIERDO**



**FOTOGRAFIA 05:
PRESENCIA DE ESPACIOS PRIMATES EN EL MAXILAR SUPERIOR**



**FOTOGRAFIA 06:
PRESENCIA DE ESPACIOS PRIMATES EN EL MAXILAR INFERIOR**