

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA



**ASOCIACIÓN ENTRE EL TIPO DE LACTANCIA CON EL PLANO
TERMINAL EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS DE 3 A 5
AÑOS.**

**TESIS PARA OPTAR POR
EL TÍTULO DE CIRUJANO - DENTISTA**

PRESENTADO POR LA:
Bach. Sthefanny Tereza, BURGA QUIÑONES

ASESOR(A):
Peggy Sotomayor Woolcott

Lima - Perú
2019

*Dar gracias a Dios, el creador de todas las cosas; quien me ha dado fortaleza para
continuar en mi formación académica.*

*A mis padres, Soriano y Flor de María que han sido un pilar fundamental para seguir
en este camino, con su amor, sacrificio y esfuerzo hoy doy un paso más.*

*A mi hermano por su apoyo incondicional, aconsejándome y ayudándome a salir
adelante en todo momento.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la fortaleza, sabiduría, y haberme guiado en este recorrido que no fue fácil, nunca permitió rendirme en el camino.

A mi alma mater la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, quien me abrió las puertas de su casa, quien me vio crecer académicamente y me regaló la mejor experiencia de mi vida.

A mis docentes que me nutrieron con sus conocimientos que fueron fundamental para mi carrera profesional.

A la Dra. Peggy Sotomayor Woolcott, asesora de la presente investigación, gracias por su paciencia, consejos y conocimientos brindados para que este estudio se lleve a cabo.

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
N°01 Distribución de participantes según el género sexual.	44
N°02 Distribución de participantes según la edad.	45
N°03 Distribución de participantes según el tipo de lactancia.	46
N°04 Distribución de participantes según el tipo de escalón.	47
N°05 Asociación entre el tipo de lactancia con el plano terminal en pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019.	48
N°06 Asociación entre el tipo de lactancia con el plano terminal mediante prueba de Chi cuadrado (χ^2) y el nivel de significancia (P).	49
N°07 Frecuencia entre el tipo de lactancia con el escalón recto en pacientes odontopediátricos del nido “María Santísima” en el año 2019.	50
N°08 Frecuencia entre el tipo de lactancia con el escalón mesial entre los pacientes odontopediátricos del nido “María Santísima” en el año 2019.	51
N°09 Frecuencia entre el tipo de lactancia con el escalón distal entre los pacientes odontopediátricos del nido “María Santísima” en el Año 2019.	52

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
N°01 Distribución de participantes según el género sexual.	44
N°02 Distribución de participantes según la edad.	45
N°03 Distribución de participantes según el tipo de lactancia.	46
N°04 Distribución de participantes según el tipo de escalón.	47
N°05 Asociación entre el tipo de lactancia con el plano terminal en pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019	49
N°06 Frecuencia entre el tipo de lactancia con el escalón recto en pacientes odontopediátricos del nido “María Santísima” en el año 2019.	50
N°07 Frecuencia entre el tipo de lactancia con el escalón mesial entre los pacientes odontopediátricos del nido “María Santísima” en el año 2019.	51
N°08 Frecuencia entre el tipo de lactancia con el escalón distal entre los pacientes odontopediátricos del nido “María Santísima” en el Año 2019.	52

ÍNDICE

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice de Tablas	iv
Índice de Figuras	v
Índice	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
Introducción	ix

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Teórico	1
1.1.1 Lactancia Materna	1
1.1.2 Dentición Decidua	11
1.2 Investigaciones	17
1.3 Marco Conceptual	22

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema	24
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática.	24
2.1.2 Definición del Problema.	27
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación	27
2.2.1 Finalidad.	27
2.2.2 Objetivo General y Específicos.	28
2.2.3 Delimitación del Estudio.	29
2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio.	30
2.3 Hipótesis y Variables	31
2.3.1 Hipótesis.	31
2.3.2 Variables e Indicadores.	31

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO

3.1 Población y Muestra	33
3.1.1 Población.	33
3.1.2 Muestra.	33
3.2 Diseño a utilizado en el Estudio	34
3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	34
3.3.1 Técnica de Recolección de Datos.	34
3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos.	36
3.4 Procesamiento de Datos	37

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación de los Resultados	38
4.2 Contratación de Hipótesis	47
4.3 Discusión de los Resultados	48

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones	52
5.2 Recomendaciones	53

BIBLIOGRAFÍA	54
---------------------	----

ANEXOS	58
---------------	----

RESUMEN

Introducción: El objetivo de esta investigación fue determinar la asociación entre el tipo de lactancia con los planos terminales en pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo, de corte transversal en niños de 3 a 5 años de ambos sexos, la muestra estuvo constituida por 100 niños que fueron seleccionados bajo los criterios de inclusión y exclusión, para la recolección de datos se utilizó una ficha de observación Ad-Hoc, el cual estuvo conformado por un cuestionario dirigido a la madre y el examen clínico en los niños. **Resultados:** Mediante la prueba de Chi cuadrado para variables cualitativas nos dio un valor de 47.169, con un P-valor ($p < 0.05$), estableciendo la dependencia de las variables, por lo tanto se evidenció que el 47% de niños recibió lactancia materna, los niños que fueron amamantados presentaron escalón mesial en un 37%, seguido de los que recibieron lactancia artificial (biberón) predominó el escalón distal en un 15% de acuerdo a los planos terminales de Baume el que predominó más en los infantes fue el escalón mesial en un 51%. **Conclusiones:** Se determinó que sí existe asociación entre el tipo de lactancia con el plano terminal en los pacientes de 3 a 5 años del nido “María Santísima”.

Palabras Claves: Lactancia materna, Tipos de Planos Terminales, Oclusión.

ABSTRACT

Introduction: The objective of this research was to determine the association between the types of breastfeeding with the terminal planes in pediatric patients aged 3 to 5 years of the "María Santísima" nest in the year 2019. **Materials and Methods:** An observational, prospective, cross-sectional study was conducted in children aged 3 to 5 years of both sexes, the sample consisted of 100 that were selected under the inclusion and exclusion criteria, for data collection An Ad-Hoc observation sheet was used, which was made up of a questionnaire addressed to the mother and the clinical examination in children. **Results:** Using the Chi-square test for qualitative variables, it gave us a value of 47,169, with a P-value ($p < 0.05$), establishing the dependence of the variables, therefore it was evidenced that 47% of children received breastfeeding, the children who were breastfed presented a mesial step in 37%, followed by those who received artificial lactation (bottle), the distal step predominated in 15% according to Baume's terminal planes, the one that predominated most in the infants was the step 51% mesial. **Conclusions:** It was determined that if there is an association between the type of breastfeeding with the terminal plane in patients 3 to 5 years of the nest "Holy Mary."

Key Words: Breastfeeding, Types of Terminal Planes, Occlusion.

INTRODUCCIÓN

El recién nacido tiene su primer contacto al mundo exterior con su madre, creando un vínculo inquebrantable, ella le brindará protección, estabilidad emocional y lo primordial lo alimentará. En los primeros meses de vida, la lactancia materna juega un papel importante para el bebé ya que sus beneficios aportarán: nutrientes, proteínas, vitaminas que ayudarán en el crecimiento y desarrollo craneofacial, integral, neurológico, psicológico y reforzando su sistema inmunológico inmaduro. Por eso la OMS y UNICEF promueven la lactancia materna los 6 primeros meses de vida, después de esta etapa se recomienda complementarla con otros alimentos.

Durante el amamantamiento, el bebé comenzará a estimular los músculos faciales y realizar movimientos; para la succión y deglución de la leche materna, este proceso va favorecer el desarrollo y maduración, formando así la oclusión dentaria. Sin embargo, los planos terminales de Baume con respecto a la segunda molar temporal, nos brindará a futuro un pronóstico del proceso de cambio a la dentición permanente, prediciendo si las primeras molares permanentes erupcionarán en normoclusión o clase I de Angle, por ello es importancia conocer la asociación que hay entre la lactancia materna con los planos terminales, dado que la acción de amamantar va estimular el desarrollo orofacial.

Este estudio tuvo como propósito determinar la asociación entre el tipo de lactancia materna con el plano terminal en pacientes odontopediátricos de 3 a 5

años en el nido "María Santísima", que tuvo como finalidad determinar como el tipo de lactancia materna esta relacionado con los tipos de planos terminales.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Teórico

1.1.1 Lactancia Materna

A. Generalidades

Mediante esta función fisiológica, el recién nacido es alimentado a través del seno de su madre, este constituye el primer alimento que recibirá hasta los 2 años de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), afirman que la lactancia materna ayuda en un adecuado desarrollo motor y crecimiento craneofacial.¹

En el 2004 la OMS y UNICEF dieron a conocer en la "Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del niño pequeño", enfocando que este tipo de lactancia es esencial para la supervivencia infantil, ya que esta previene la desnutrición, así como también las enfermedades infecciosas que se puedan presentar.²

La Academia Americana de pediatría y el Ministerio de salud del Perú protegen, promueven y apoyan la lactancia materna informando que debe ser exclusivo los 6 primeros meses y luego debe ser complementaria hasta los 2 años.²

Este proceso fisiológico está empezando a desempeñar un rol importante en la salud pública infantil a nivel nacional e internacional²

B. Beneficios de la Lactancia Materna

Durante el amamantamiento, la boca del bebé será el centro de atención para él, donde establecerá su primer contacto con su madre. Va realizar movimientos intensos de los labios, lengua, la mandíbula también tiene un rol importante, mediante el estímulo que implica la

extracción de la leche del seno, es donde se ejercitará los músculos orofaciales que ayudará en el desarrollo temporomandibular favoreciendo la armonía de la región facial.³

La amamantación constituye un mecanismo de nutrición brindando anticuerpos especiales que reforzarán el sistema inmunológico del bebé, protegiéndolo de cualquier infección. En esta etapa la madre tendrá algunos beneficios como: prevenir el riesgo de cáncer de mama y ovarios, reduce la depresión pos parta, la anemia e hipertensión en la menopausia.³

C. Componentes de la Leche Materna

Esta proporciona todo el nutriente que todo bebé necesita hasta los primeros 6 meses de edad, los principales componentes son:³

- **Grasas:** Los lípidos representan el 40% y 50% del total de calorías que tiene la leche materna, por ello es el más importante para el desarrollo del sistema neurológico del bebé.³
- **Carbohidratos:** Aquí destaca la lactosa, cuya función principal es aportar energía y combatir las infecciones que se puedan presentar.³
- **Proteínas:** Hay una menor concentración de proteínas en la leche materna en comparación con la leche normal.³
- **Vitaminas y minerales:** Estos intervienen en el funcionamiento renal favoreciendo la capacidad metabólica, tales como: el calcio, hierro, magnesio, sodio y potasio.³

- **Factores bioactivos:** Encontramos a la lipasa que ayudará en el crecimiento, maduración y estimulación de las células de la mucosa del intestino mejorando la digestión y absorción de los nutrientes.³

D. Tipos de Lactancia

Existen tres formas de alimentación al bebé: ⁴

- Lactancia Materna

Proceso fisiológico en donde la madre alimenta a su bebé, es considerado como una forma de recibir proteínas y vitaminas, siendo el sustento más importante de los bebés, constituyendo así en la prevención y promoción de la salud y enfermedades.⁴

- **Proceso de amamantamiento:**

Se realiza mediante dos fases: ⁵

- **Primera fase:** Presión del pezón y la areola.

En esta fase el lactante realiza el movimiento de llevar el maxilar inferior hacia adelante, así como la lengua, después presiona el pezón con ambos labios y así produce un cierre hermético, una vez realizado el movimiento el maxilar inferior desciende y produce un vacío entre la parte posterior de la lengua y el paladar blando.⁵

- **Segunda fase:** succión de la leche

El bebé realizará dos movimientos anteroposteriores con el maxilar inferior tanto protrusivos como retrusivos, donde opondrá el reborde alveolar superior con el inferior, oprimiendo el pezón y así produciendo la salida de la leche; ambos movimientos están sincronizados con la respiración y con la deglución, al momento de realizar tres succiones se llevará a cabo la deglución.⁵

- **Dificultades de la lactancia materna**

Son aquellos factores que imposibilitan a la madre dar de lactar a su hijo, se pueden clasificar en 3 maneras.⁶

- **De origen materno:** tenemos

- En algunas madres, se presenta la amastia que es la ausencia de la glándula mamaria y pezón, también está asociado al síndrome de polard.⁶
- Cuando el pezón de la madre es plano o invertido, impidiendo la salida de la leche.⁶
- Presencia de fisuras o grietas en el pezón, ocasionando el fracaso de la lactancia.⁶
- La mastitis que es la inflamación del tejido mamario.⁶
- Mastitis; invasión de gérmenes en la glándula mamaria.⁶
- La escasa producción de leche, denominado “hipogalactia”.⁶

- **De origen infantil:**

- Asociado a malformaciones congénitas como: Labio leporino, Síndrome de Pierre Robín.⁷

- **De origen ambiental:** está relacionado con la ausencia de la madre en casa por motivos laborales.⁷

- **Lactancia Artificial**

Es un proceso mediante el cual se alimenta al bebé por medio de fórmulas derivadas de la leche, utilizando los biberones y tetinas.⁷

Aquí el bebé succiona el biberón, pero no realiza los movimientos horizontales de la mandíbula.⁷

Hoy en día, debido a la modernización y falta de tiempo, la mayoría de las madres se inclinan por este tipo de lactancia, sin pensar en las futuras consecuencias que puede traer.⁷

En este mecanismo, la lengua realizará presión en la punta contra el biberón hacia el paladar, se observará que el dorso de la lengua estará en una posición más baja, evitando ejercer los movimientos peristálticos que van ayudar en la deglución.⁷

- **Proceso de lactancia artificial**

En este proceso la lengua se encuentra en una posición adelantada y en una postura baja, mientras que los rodetes de ambos maxilares y los músculos no presionan la tetina, es por eso que actualmente las tetinas usadas tradicionalmente son consideradas inadecuadas para el lactante ya que según estudios sólo se realiza 1 movimiento de los 60 que se realizan en el amamantamiento materno, y esto provoca un debilitamiento de los músculos comprometidos orofaciales.⁷

Se manifiestan 2 tipos de succión de la tetina, a continuación, los mencionaremos:⁷

- **Tipo 1:** representado por el músculo buccinador, ejerciendo una fuerza en la salida de la leche, provocando una tensión y compresión de las arcadas dentarias, produciendo una disminución del maxilar en sentido transversal, originando una elevación del paladar por la falta de espacio para la lengua.⁷
- **Tipo 2:** provocado por la succión con la lengua y paladar blando. Aquí no interviene el músculo buccinador en la succión, quedando hipotenso debido a la presión que realiza la lengua sobre el paladar, formando así: el paladar profundo. Los niños que fueron alimentados por este tipo de lactancia presentarán problemas oclusales, respiración bucal y disfunción de la articulación temporomandibular.^{7,8}

- **Ventajas de la Lactancia Artificial**

- Hay una mayor independencia por parte de la madre, sobre todo para las que trabajan.⁸
- Tanto el padre como la madre pueden realizar este tipo de lactancia, así los dos comparten la responsabilidad de alimentarlo.⁸
- La mamá no tendrá que preocuparse por sí está tomando algún medicamento.⁸

- **Efectos adversos de la lactancia artificial**

Los principales en manifestarse son:⁸

- Presencia de un exagerado aumento bucal.⁸
- Mínima intervención de la estimulación muscular .⁸
- Incentiva a la futura presencia de hábitos nocivos.

- **Lactancia mixta**

Es la combinación entre la lactancia materna y artificial mediante el uso del biberón, también llamado como lactancia complementaria .⁹

Para los especialistas es una de las primeras opciones recomendadas para aquellas madres que tiene problemas para la lactancia materna como:⁹

- La ausencia de leche materna.⁹
- Dificultad para las tomas de leche.⁹

Algunos refieren que la lactancia mixta es considerada como un sistema de alimentación intermedio entre la alimentación natural (de seno materno) y la artificial; que se desencadenó a causa de insuficiente leche de la madre o porque no pudo continuar amamantando por distintas razones.⁹

Técnica

- **Lactancia mixta coincidente**

Es considerada cuando la madre no brindó la suficiente cantidad de leche al bebé por lo que debe sustraer leche adicional de su pecho y complementar la lactancia con esta por medio del biberón. Es decir, el bebé recibe pecho y luego biberón.⁹

- **Lactancia mixta alternante**

Se da cuando el amamantamiento se reemplazó por leche artificial. De este modo el bebé alterna entre una toma de pecho materno y la otra de biberón con leche artificial.⁹

E. Características de la boca del recién nacido.

La alimentación en la etapa inicial del bebé es líquida, dada por el proceso de amamantación. Por consiguiente, la boca del recién nacido va presentar características específicas, las cuales mencionaremos a continuación:⁹

- La forma de los labios será triangular.⁹
- El carrillo del bebé presentará prominencias y vellosidades que serán sensibles.⁹
- En el reborde alveolar del maxilar superior, se observará unas prominencias papilares que durante la lactancia tendrán la función de rodear al pezón.⁹
- En el paladar se observará unos pliegues prominentes, que posteriormente serán las rugas palatinas.⁹
- La mandíbula se encuentra retraída (entre 6 a 12 mm), la que se modificará en pocos días, en relación al maxilar superior.⁹

F. El amamantamiento en el crecimiento orofacial.

Durante el amamantamiento, ocurrirá el primer avance fisiológico de la oclusión, esto quiere decir que se presentará un avance mandibular teniendo una posición de distal a mesial con respecto al maxilar superior. Algunos músculos que intervienen en este proceso son: el pterigoideo externo e interno, temporal, masetero, milohioideo, geniioideo y el digástrico, mientras que el músculo buccinador tendrá una participación mínima.¹⁰

G. Diferencias entre el proceso de alimentación por seno materno y biberón.

El sistema estomatognático durante el proceso de alimentación mediante el amamantamiento. Las cuales mencionaremos a continuación:¹⁰

- **Boca:** en la lactancia materna hay una extensa apertura de esta, cuya función será coger y adaptar el pezón a su boca. Mientras que en la lactancia artificial la extensión de apertura bucal del bebé es mínima, se acomodara a la tetina del biberón.¹⁰
- **Labios:** en la lactancia materna, estos tienden a dilatarse hacia afuera, se encuentran en una posición relajada y van a descansar en el seno para el sellado labial, sin embargo, en la lactancia artificial, los labios se juntan para apretar la tetina.¹⁰
- **Lengua:** durante el amamantamiento, la lengua se acanala alrededor del pezón, colocándose por debajo de esta teniendo movimientos peristálticos de adelante hacia atrás. Mientras que, en la lactancia artificial mediante el biberón, la lengua tendrá una posición hacia arriba y es empujada hacia adelante contra el extremo de la tetina para poder controlar la salida de la leche.¹⁰

- **Acción mandibular:** en la lactancia materna es extensiva, en cambio en la artificial tiene una acción mínima.¹⁰
- **Patrón de la respiración:** en la lactancia, la expiración es corta y la espiración es larga, mientras que en la lactancia artificial ocurre todo lo contrario.¹⁰
- **Tiempo:** en la lactancia materna el amamantamiento es de 30 minutos a más en cambio en biberón, el tiempo es corto de 10 a 15 minutos.¹⁰
- **Dirección del movimiento:** presenta movimientos horizontales hacia adentro y afuera, mientras que en la artificial son movimientos verticales hacia arriba y abajo.¹⁰

H. Beneficios de la lactancia materna en la salud bucodental.

- Las grasas que se encuentran en la leche materna van a producir una mejor absorción de calcio y flúor.¹¹
- Se mantiene el ph en boca y hay aumento salival.¹¹
- Incentiva a que el niño no presente malos hábitos a futuro, que podrían causar alteraciones en la oclusión y estética.¹¹
- Los nutrientes que aporta la lactancia reforzará el sistema inmunológico evitando alergias e infecciones que pueda tener el bebé.¹¹
- Hay una posición ideal de la lengua que facilitará en el equilibrio de los dientes.¹¹

- En la lactancia, los músculos tendrán la función de ayudar en el desarrollo de los maxilares, facilitando la erupción dentaria.¹¹
- El movimiento mandibular será mayor durante la lactancia evitando retrognatismos mandibulares, obteniéndose mejor relación entre los maxilares.¹¹

I. Relación entre la lactancia materna y artificial con el desarrollo dentomaxilar.

La lactancia materna es importante durante los primeros años de vida porque se dará el crecimiento y desarrollo craneofacial, así como también contribuirá en la estimulación de los músculos orales y faciales, favoreciendo la formación de los arcos dentario.¹²

La mandíbula del recién nacido está en una posición retraída de 1cm, formándose un espacio en donde se alojará la lengua, sin embargo, con la lactancia en las primeras semanas, este avanza 1 a 1.5mm, luego aumenta de 4.6mm en cuatro meses, finalmente a los 6 y 8 meses llega a su posición correcta, por lo tanto, formará la guía anterior.¹²

Sin embargo, en la lactancia artificial mediante el uso del biberón, podría generar una “micrognatia” que es la falta de crecimiento en la parte anteroposterior de la mandíbula, para estos casos se debe ejercitar e estimular la apertura de la boca lo más temprano posible con la ayuda de aparatos removibles o fijos .¹³

El doctor Luis Reinaldo de Figueiredo recomienda que para los bebés de 6 meses deberán tomar en práctica la posición ortostática, que consiste en sentar al bebé sobre la pierna de su madre mirando hacia el seno, este proceso ayudará en el desarrollo de la mandíbula, mientras que a los bebés que usaron biberón deben colocarle un “Dunn”, este aparato o dispositivo va actuar como un tope para el maxilar superior facilitando, facilitando el adelantamiento mandibular.¹⁴

Por lo tanto, el amamantamiento va ser el encargado de la maduración de los músculos de la masticación y movimiento mandibular como el avance y retroceso, cosa que no ocurrirá en la lactancia por biberón.¹⁴

Algunos de las alteraciones que se puede presentar en los niños que recibieron lactancia por biberón son: dientes anterosuperiores vestibularizados, respiración bucal, mucosa reseca y mordida abierta.¹⁴

1.1.1. Dentición Decidua

A. Desarrollo de la dentición decidua.

El sistema estomatonágtico está formado por estructuras óseas y dientes; este desarrollo se da mediante un proceso dinámico en donde participan todas estas estructuras.¹⁵

Esta dentición cuenta con 20 dientes, iniciando su erupción a los 6 meses de edad, donde los primeros en salir serán los incisivos centrales inferiores, terminando su erupción con la salida de las segundas molares superiores a los 3 años.¹⁵

La formación de los dientes temporales se desarrollará en la séptima semana intrauterina, terminando al primer año de vida, por lo tanto, se establecerá desde los 24 hasta los 36 meses.¹⁶

En el recién nacido, se observará que los procesos alveolares tendrán forma de almohadillas gingivales en las encías de consistencia firme semejante a la boca desdentada de un adulto.^{17,18}

B. Erupción dentaria.

Definida como movimiento dentario desde su lugar de formación hasta lograr el nivel oclusal, sin embargo, el proceso alveolar, maxilar y los dientes estarán en constante movimiento ya sea vertical, transversal y distal a consecuencia del crecimiento de estas estructuras.¹⁹

Los dientes comienzan a emerger a partir de los seis meses de edad y termina a los 30 meses de vida, dando por culminada la dentición decidua.^{19,20}

C. Cronología de la erupción dentaria primaria.

- Maxilar superior
 - 8 -10 meses: incisivos centrales superiores.²⁰
 - 10-12 meses: incisivos laterales superiores.²⁰
 - 18-24 meses: caninos superiores.²⁰
 - 12-15 meses: primeros molares superiores.²⁰
 - 24-36 meses: segundos molares superiores.²⁰

- Maxilar inferior
 - 6 – 8 meses: incisivos centrales inferiores.²⁰
 - 10-12 meses: incisivos laterales inferiores.²⁰
 - 18-24 meses: caninos inferiores.²⁰
 - 10-15 meses: primeros molares inferiores.²⁰
 - 24-36 meses: segundos molares inferiores.²⁰

D. Fases de la erupción primaria.

- **Fase pre eruptivo:** En esta etapa la corona ya se encuentra calcificada y empieza a salir a la superficie de la boca. Por lo tanto, culminará con la formación de la raíz dentaria.²¹

Los movimientos que se desarrollaran es esta etapa, son necesarios para que los gérmenes tomen una posición dentro del maxilar, que a futuro favorecerá a la erupción dentaria.²¹

- **Fase eruptiva pre funcional:** Aquí los dientes ya se encuentran en boca en contacto con las demás piezas, está relacionada con los estadios 7 y 8 de Nolla.²¹

En el estadio 7 ocurrirá los siguientes cambios:²²

- Se formará la raíz debido a la prolongación de la vaina de Hertwing, en la zona apical aparecerá el diafragma epitelial.²²
- Formación del anillo de proliferación pulpar.²²
- Inicia el desarrollo del tabique alveolar y fibras periodontales.²²
- La presencia de depósito de cemento en las paredes laterales.²²

En el estadio 8 ocurrirá los siguientes cambios:²²

- Formación del canal epitelial debido al aumento de los polimorfonucleares y monocitos.²²
 - La aparición de la hendidura gingival.²²
- **Fase eruptiva funcional:** El diente entra en oclusión con su antagonista, la raíz está en su etapa final de formación correspondiente al estadio 9 y 10 de Nolla.²²

E. Características morfológicas de la dentición temporal.

Como lo mencionamos anteriormente la dentición temporal o decidua empieza a partir de los 6 meses de vida con la aparición del incisivo central inferior hasta los 6 años que aparece el primer molar permanente, esta dentición va presentar algunas características normales, que mencionaremos a continuación.²³

- Los arcos dentarios primarios tendrán una forma semicircular.²³
- Esta dentición consta de 20 dientes.²³
- De acuerdo al tamaño y forma, los incisivos y caninos serán pequeños a comparación de los permantes.²³
- Las segundas molares inferiores presentarán un ancho mesio distal.²³

- Es normal la presencia de diastemas en la dentición decidua a nivel de los incisivos, denominado como espacios de crecimiento.²³

F. Desarrollo de los arcos dentarios.

El tamaño y forma de los arcos dentarios, en su fase inicial será dado el esqueleto cartilaginoso de los maxilares. Al nacer estos no tienen el tamaño suficiente para albergar a los incisivos temporales, por ello la lengua juega un papel de mayor importancia, porque será el encargado de moldear y formar a los arcos, por lo tanto, tendrán una forma ovoidea.²⁴

Al nacer, los arcos no son lo suficientemente anchos para contener los incisivos deciduos. En los estadios tempranos del desarrollo, la lengua parece importante en la conformación de los arcos, porque la dentición decidua es moldeada alrededor de ellos. Un alto porcentaje de los arcos deciduos son ovoides y muestran menos variabilidad en su conformación que los arcos permanentes.²⁴

El mayor índice de crecimiento inicia entre el nacimiento hasta los 3 años de edad, posteriormente entre los 4 y 10 años, disminuye el crecimiento.²⁵

- Tipos de arcos por Baume

En 1950 Baume, debido a la presencia y ausencia de los espacios dentarios, se clasifican en 2 tipos:²⁵

- **Tipo I:** Cuando existen espacios interdientales.²⁵
- **Tipo II:** Cuando no existen espacios interdientales.²⁵

G. La oclusión en dentición primaria.

Es definida como el proceso más dinámico de toda la cavidad oral, en donde las piezas dentarias primarias tanto maxilares como

mandibulares, tendrán contacto durante la función masticatoria y fonación²⁶

En la dentición primaria o decidua, la oclusión debe ser ideal, ya que de esta dependerá la dentición permanente. Se mostrarán algunas variaciones en su forma, tamaño y posición.²⁶

Las principales características que se manifiestan en la oclusión de esta dentición son 3: los planos terminales, el espaciamiento de los incisivos y espacios primates.²⁶

Por lo tanto, la oclusión normal se define como la dinámica mandibular o de las relaciones del sistema estomatognático preservando la salud de estas estructuras.²⁶

En la dentición primaria son pocas las llamadas oclusiones anormales, pero, las importancias de estas derivan en la influencia que poseen en la dentición próxima: la permanente.²⁶

H. Planos terminales.

Es definida como la relación mesiodistal entre las superficies distales de las segundas molares deciduas tanto superior como inferior, cuando sus superficies contactan en relación céntrica. Estos planos se van a ubicar perpendicularmente a la cara distal de la segunda molar decidua tanto superior como inferior y la ubicación del plano distal de la molar inferior que a futuro dará paso a la oclusión. El plano terminal guiará a la oclusión y a los primeros molares permanentes, ya que se encuentran ubicados a distal de las segundas molares deciduas.²⁷

- Tipos de planos terminales

Estos determinan la futura oclusión en la dentición permanente.²⁷

- Escalón mesial: la superficie distal de la segunda molar decidua inferior se encuentre por delante de la superficie distal de la segunda molar decidua superior. Según Martínez J, el 80% puede inclinarse a la clase I y el 20% a clase III.²⁷

- Escalón recto: la superficie distal de la segunda molar decidua superior está en el mismo plano vertical que la superficie distal de la segunda molar decidua inferior. El 85 % se puede inclinarse hacia una clase I y el 15% hacia clase II.²⁷
- Escalón distal: la superficie distal de la segunda molar decidua inferior está por detrás de la superficie distal de la segunda molar decidua superior. En un 100% se va hacia una clase II.²⁷

El plano terminal recto va permitir que la erupción de los primeros molares permanentes sea en una posición de cúspide a cúspide.²⁷

El plano terminal mesial permite que los primeros molares permanentes erupcionen directamente en Clase I y el plano terminal distal da lugar a que los molares erupcionen en Clase II, en algunas ocasiones puede inclinarse a clase III.²⁷

- **Clase canina.**

- clase I: cuando el vértice de la cúspide del canino temporal superior está en el mismo plano vertical que la superficie distal del canino inferior temporal estando en oclusión céntrica.²⁷
- Clase II: se presenta cuando el vértice de la cúspide del canino temporal superior está más anterior que la superficie distal del canino temporal inferior estando en oclusión céntrica.²⁷
- Clase III: se presenta cuando el vértice de la cúspide del canino temporal superior está más posterior que la superficie distal del canino temporal inferior estando en oclusión céntrica.²⁷

1.2. Investigaciones

Requena, A. (2014); realizó una investigación de tipo prospectivo, descriptivo, transversal, y su objetivo principal fue evaluar si la lactancia materna influye en el desarrollo de la oclusión de los dientes temporales. Este estudio se llevó a cabo mediante la evaluación de 117 niños entre las edades de 3 a 5 años, aplicando un cuestionario a los padres, sobre los hábitos de alimentación durante los primeros meses de vida y un examen bucal a los niños. Concluyendo que Los niños que tuvieron lactancia materna presentaron mayor número de características que favorecen una oclusión ideal en la dentición temporal, en comparación de los niños que tuvieron lactancia mixta y lactancia artificial.⁸

Agarwal, SS. Y cols, (2016); realizaron una investigación de tipo retrospectivo transversal que fue diseñado para evaluar las relaciones entre la lactancia materna, duración, hábitos de succión no nutritivos, perfil facial convexo, dentición no espaciada, y distoclusión en la dentición decidua. Materiales y métodos: obtuvieron una muestra de 415 niños (228 varones, 187 mujeres) de 4 a 6 años de edad de una población indígena mixta fue examinado clínicamente por dos ortodoncistas. La duración de la lactancia materna y los hábitos de succión no nutritivos fue obtenida mediante un cuestionario escrito que fue respondido por los padres. Resultados: la prueba de Chi-cuadrado no indicó ningún resultado significativo o asociación entre la duración de la lactancia materna, facial convexo, perfil, y distoclusión. La asociación estadísticamente significativa se observó entre la duración de la lactancia materna y dentición no espaciada, también entre la duración de la lactancia y hábitos de succión no nutritivos. Los hábitos de succión no nutritivos tuvieron una Asociación estadísticamente significativa con distoclusión y perfil convexo (odds ratio 7.04 y 4.03 respectivamente). Los hábitos de succión no tuvieron una asociación estadísticamente significativa con la dentición no espaciada. Conclusión: los niños amamantados ≤ 6 meses tuvieron casi dos veces mayor probabilidad de desarrollar hábitos de succión y dentición sin espacio, respectivamente, que los niños que tenían lactancia materna ≥ 6 meses de duración.

También se puede hipotetizar que los hábitos de succión no nutritivos pueden actuar como una variable dominante en la relación entre la duración de la lactancia, perfil facial convexo y distoclusión en dentición decidua.⁵

Berrocal, L. (2016); realizó un estudio descriptivo correlacional, observacional de corte transversal, su objetivo fue determinar la relación del plano terminal con el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016. La muestra estuvo constituida por 120 niños matriculados, 96 niños cumplieron los criterios de selección por planos terminales de las molares temporales de ambos lados derecha e izquierda, 46 niños con plano terminal recto (48%), seguido 41 niños con escalón mesial (43%), luego 5 niños con escalón distal (5%), finalmente 4 niños con plano terminal mixto entre mesial y recto (4%). Tipo de alimentación, 63 niños tuvieron una alimentación con lactancia materna exclusiva (66%), seguido de 26 niños con alimentación mixta (27%), y solo 7 niños con alimentación artificial (7%) Tipo de plano terminal por edad, se encontró 22 niños de 5 años con plano terminal recto (23%), seguido de 21 niños de 4 años con plano terminal recto y escalón mesial cada uno (22%), 16 niños de 5 años con escalón mesial (17%) luego los otros planos terminales en los tres grupos etáreos en menor cantidad y porcentaje. Plano terminal por género, 27 niñas con plano terminal recto (28%), seguido de 22 niños con escalón mesial (23%) y 19 niñas con escalón mesial y 19 niños plano terminal recto que representan un (20%) cada uno, luego los otros planos terminales mixto y distal en menor cantidad y porcentaje. Tipo de alimentación por edad, 31 niños de 4 años de edad tuvieron una lactancia materna exclusiva (32%), seguido de 27 niños de 5 años de edad con lactancia materna exclusiva (28%), 13 niños de 5 años de edad con alimentación mixta (14%), y así sucesivamente niños en menor cantidad con tipos de alimentación a diferentes edades. Tipo de alimentación por género, 32 niños tuvieron una alimentación con lactancia materna exclusiva (33%), seguido de 31 niñas una alimentación con lactancia materna exclusiva (32%), 16 niñas

con alimentación mixta (17%), 10 niños con alimentación mixta (10%), y sólo 4 niños y 3 niñas con alimentación artificial (4%) y (3%) respectivamente. Sobre la relación entre el plano terminal y el tipo de alimentación del 100% de niños que tuvieron lactancia materna exclusiva el 52% tienen escalón mesial, seguido del 44% que tienen escalón recto, del 100% de niños que tuvieron alimentación mixta el 58% tienen plano terminal recto y el 27% tiene escalón mesial. Se concluyó aceptando la relación entre el plano terminal con el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris Del Pino Ayacucho 2016, contrastación con ($gl=6$) y un nivel de confianza de 95% (0.05) El valor estadístico (31.29) es superior al valor crítico (11.07).⁷

Torres, PZ. (2017); realizó un estudio de tipo transversal, prospectivo y analítico. Su objetivo fue determinar la relación entre tipo de lactancia y plano terminal de 5 años edad. El examinador fue calibrado en la medida del plano terminal por un especialista en ortodoncia, para luego medir el plano terminal a los 52 niños de 5 años atendidos en el hospital regional de la sanidad de policías del Perú. El tipo de lactancia fue un dato proporcionado por los padres., esta información fue registrada en una ficha de recolección de datos. Se encontró que los niños que recibieron lactancia exclusiva mostraron un plano terminal de tipo escalón recto siendo el de mayor frecuencia con un 71,4%. Por lo tanto, podemos decir que la lactancia materna exclusiva presenta una mayor influencia en el crecimiento mandibular que los otros tipos de alimentación.⁶

Adanaqué, MA. (2017); realizó un estudio de tipo descriptivo trasversal, con la finalidad de evaluar la prevalencia de los planos terminales en preescolares de la Institución Educativa Inicial 021 Los Ficus I – Piura, 2017. La muestra estuvo conformada por 184 alumnos de la Institución Educativa Inicial N° 021 de 2 a 5 años de edad, se procedió a la evaluación mediante la observación clínica con un baja lenguas y luz

artificial. Se encontró que en el sexo masculino el plano más frecuente fue el escalón mesial con un 59.2%, en tanto el sexo femenino el plano terminal recto fue el más frecuente con un 50%. Se concluyó que tomando en cuenta los tres planos terminales encontramos que la prevalencia del escalón mesial es de 50.3%, el plano terminal recto es de 43.8% y el escalón distal es de 6%. El estudio da cuenta que el escalón distal y el plano terminal, es más frecuente en la zona izquierda y la presencia del escalón mesial es más alta en la zona derecha.⁹

Gamarra, N. (2018); realizó un estudio tipo observacional, correlacional, cuantitativo de corte transversal, su objetivo fue Determinar la relación que existe entre la lactancia materna y los planos terminales de Baume, en niños de 3 a 5 años, de la I.E.I. Revolucionaria Santa Rosa, Cusco – 2018. La muestra estuvo constituida por 127 infantes, Para la recolección de información, se utilizó un cuestionario para las madres y el examen clínico directo en los infantes. Resultados: Se registró que el 80% de los niños fueron amamantados con leche materna exclusiva, por otro lado, el plano terminal de Baume más frecuente fue el escalón mesial con 58,8% y 62,5% en el lado derecho e izquierdo respectivamente. Se concluyó que no existe relación significativa entre la lactancia materna y los planos terminales de Baume, en la muestra estudiada ($p>0,05$). Sin embargo, a diferencia de otras investigaciones, se registró que el plano terminal más prevalente fue el escalón mesial.¹¹

Huamani, ME. (2019); realizó un estudio observacional, retrospectivo de corte transversal, tuvo como objetivo determinar la relación entre el plano terminal y los tipos de lactancia que como antecedente recibieron los niños de 3 a 5 años atendidos en la Clínica Odontológica de la UJCM durante el año 2017. La muestra estuvo conformada por 128 Historias clínicas de niños de 3 a 5 años de edad. Se utilizó la técnica documental, en donde se recolectaron los datos de la historia clínica archivada en las libretas del curso de Odontopediatría Clínica I y Odontopediatría Clínica

II, para luego plasmarlos en una ficha de recolección de datos. Los tipos de plano terminal según lo establecido por Nakata se dividieron en tres: plano terminal con escalón mesial, plano terminal con escalón distal y plano terminal recto; así como también se tomó la clasificación de Gil para los tipos de Lactancia: lactancia materna, lactancia artificial, lactancia mixta. El resultado obtenido fue que en el Plano Terminal tanto derecho como izquierdo, el que obtuvo mayor prevalencia fue el Plano terminal con escalón mesial con un 80.5% y 75% respectivamente, mientras que, en los tipos de lactancia, la más prevalente fue la lactancia mixta con un 68.7%. Al relacionar los tipos de lactancia con el Plano Terminal derecho e izquierdo, utilizando el Chi cuadrado de Pearson, nuestro p – valor resultó 0.002 y 0.000 respectivamente, lo cual los hace significativos, por lo tanto, existe relación entre el plano terminal y los tipos de lactancia que presentaron los niños de 3 a 5 años atendidos en la Clínica Odontológica de la UJCM durante el año 2017.¹²

1.3. Marco Conceptual

Amamantamiento

Acto de ordeñar o mamar donde el recién nacido realiza movimiento de presión y aprehensión al succionar el seno materno recibiendo los nutrientes necesarios para alimentarse y para su supervivencia.¹

Escalón distal

La superficie distal de la segunda molar decidua inferior se encuentra por detrás de la superficie distal de la segunda molar decidua superior.¹⁵

Escalón recto

La superficie distal de la segunda molar decidua superior se encuentra en el mismo nivel que la superficie distal de la segunda molar decidua inferior.¹⁵

Escalón mesial

El plano terminal del segundo molar deciduo inferior se encuentra por delante del segundo molar superior.¹⁵

Erupción

Definido como el movimiento dentario desde su lugar de formación hasta alcanzar el nivel oclusal en la cavidad bucal.¹⁶

Lactancia

Considerada la forma ideal de brindar los nutrientes necesarios al bebé para su crecimiento y desarrollo.¹

Lactancia materna

Función fisiológica donde el recién nacido es alimentado a través del seno de la madre, este será el primer alimento que recibirá hasta los 2 años.¹

Lactancia artificial

Proceso mediante el cual se alimenta al bebé por medio de fórmulas derivadas de la leche, utilizando biberones y tetinas.²

Lactancia mixta

También llamada lactancia complementaria seno materno y biberón, es cuando la madre opta por la ayuda del biberón por diversas circunstancias.²

Plano terminal

Es el plano que se encuentra en una posición perpendicular a la cara distal del segundo molar temporal superior e inferior y la colocación del plano terminal distal del molar inferior nos dará el tipo de oclusión que tendrán los primeros molares permanentes.¹⁵

Oclusión

Se define como el estudio de la dinámica mandibular o de las relaciones del sistema estomatognático e interdigitación de las cúspides de los dientes maxilares y mandibulares.¹⁵

Maloclusión

Se define como cualquier alteración del crecimiento óseo del maxilar o de la mandíbula o posición dentaria que impida en la función del aparato masticatorio conllevando a tener problemas estéticos en el paciente.²⁷

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema

2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La lactancia materna es una función fisiológica que tiene un rol importante en la alimentación del recién nacido, brindándole nutrientes que favorecerán en el sistema inmunológico y en el desarrollo cráneo facial y orofacial. El proceso de amamantar va ejercitar a los músculos linguales y orofaciales, por lo tanto, las fuerzas ejercidas por la lengua van ayudar en el crecimiento de la región premaxilar y los movimientos mandibulares haciendo posible el desarrollo de la mandíbula y una adecuada configuración de las arcadas, para la futura erupción de la dentición temporal. El correcto acto de amamantar según diversos estudios se da en la lactancia materna ya que ésta exige un mayor uso de los músculos implicados, en comparación con la lactancia artificial en donde esa acción es mínima. Es por eso que diversos estudios manifiestan que el tipo de lactancia que presente el recién nacido podrá influir sobre la morfología definitiva de los maxilares y la oclusión dentaria, por ello en los niños la oclusión se considera por tres aspectos: planos terminales, espaciamiento incisivo y los espacios primates, algunos estudios presentan que el plano terminal que un niño posea, podrá predecir el tipo de maloclusión que tendrá en el futuro.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y United Nations Children's Fund (UNICEF), promueven la lactancia materna exclusiva durante los primeros 60 minutos de vida hasta 6 meses de nacido y en los países subdesarrollados hasta los 2 años, recalcando su importancia en el crecimiento integral del niño favoreciendo su sistema inmunológico, neurológico, psicológico y protegiéndolo de cualquier problema de salud.¹

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Washington el 31 de julio del 2018 reportó que en América Latina y el Caribe, 5 de cada 10 bebés (52%) no toman leche materna en la primera hora de vida.¹

En Perú, la tasa de lactancia natural exclusiva aumentó durante la década de los noventa de menos del 20% en 1992 a algo más del 57% en 2000. En consecuencia, la tasa de en nuestro país está muy por encima de la mundial, pero en los últimos años los progresos se han frenado, en el 2012 (67.5%).⁴ Actualmente, poco más de la mitad de los niños nacidos en el Perú (55%) empiezan a tomar el pecho en las primeras horas de vida.⁴ El Plan Estratégico Multisectorial para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna 2013-2021 reforzará la aplicación de la normativa existente sobre la alimentación de los lactantes, garantizará la disponibilidad de salas de lactancia en los lugares de trabajo, el Perú intentará aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y continuación de la lactancia hasta los 24 meses en un 2% anual hasta el 2021.⁴

En el nido “María Santísima” ubicado en La Perla – Callao, las madres asistentes desconocen sobre el tema porque, no tuvieron una previa charla de orientación sobre el tipo de alimentación que debe tener el recién nacido y mucho menos sobre las alteraciones bucales de la dentición primaria.

Si no se realizara la investigación las madres no tendrían en cuenta lo importancia que tiene la lactancia materna exclusiva en los primeros meses de vida y como favorecerá en el desarrollo cráneo facial y bucal de los infantes.

La presente investigación tuvo una relevancia humana porque permitió dar a conocer a los futuros padres, acerca de la importancia que tiene una correcta forma de alimentación durante los primeros meses de vida, para evitar la presencia de maloclusiones en la futura dentición permanente que, como dicho anteriormente corresponden a una de las afecciones más comunes encontradas en la cavidad oral.

2.1.2 Definición del Problema

2.1.2.1 Problema Principal

¿Existe asociación entre el tipo de lactancia con el plano terminal en pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019?

2.1.2.2 Problemas Específicos

- ¿Cuál es la frecuencia entre el tipo de lactancia con el escalón recto en pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019?
- ¿Cuál es la frecuencia entre el tipo de lactancia con el escalón mesial en pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019?
- ¿Cuál es la frecuencia entre el tipo de lactancia con el escalón distal en pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima en el año 2019?

2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1 Finalidad

La presente investigación tuvo como finalidad determinar como el tipo de lactancia materna está relacionado con los tipos de planos terminales en los pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima”. De acuerdo a los resultados se tomaron las acciones correspondientes, por lo cual se contribuyó con la orientación y promoción sobre la importancia que tiene la lactancia materna en los primeros meses de vida y como

favorece en el desarrollo cráneo facial y estomatognático del bebé durante el amamantamiento, a los padres de familia. Por consiguiente, los planos terminales de la segunda molar decidua nos van a brindar un pronóstico confiable del proceso de cambio a la dentición permanente y así prevenir las maloclusiones a futuro.

2.2.2 Objetivo General y Específicos

2.2.2.1 Objetivo General

Determinar la asociación del tipo de lactancia materna con el tipo de plano terminal en pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019.

2.2.2.2 Objetivos Específicos

- Conocer la frecuencia entre el tipo de lactancia con el escalón recto en pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019.
- Evaluar la frecuencia entre el tipo de lactancia con el escalón mesial en pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019.
- Analizar la frecuencia entre el tipo de lactancia con el escalón distal en pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019.

2.2.3 Delimitación del Estudio

2.2.3.1 La Delimitación Espacial

El presente estudio se desarrolló en el Nido “María Santísima” ubicado en la Av. Callao 592 Urb. Altamar – La Perla, Lima en el año 2019.

2.2.3.2 La Delimitación Temporal

El estudio se desarrolló en el primer semestre académico 2019-I de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega entre los meses de marzo a junio del presente año.

2.2.3.3 La Delimitación Social

El estudio se llevó a cabo por medio de las madres y niños que aceptaron su participación, para evaluar que tipo de lactancia recibieron durante los primeros meses de vida y verificar la presencia de los planos terminales en relación a la segunda molar decidua en los niños, de acuerdo a los resultados obtenidos se pudo realizar charlas informativas promoviendo la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses y como ayudará en el desarrollo y crecimiento estomatognático, a las madres de familia.

2.2.3.4 La Delimitación conceptual

La lactancia materna es una función fisiológica que tiene un rol importante en la alimentación del recién nacido, brindándole nutrientes que favorecerán en el sistema inmunológico y en el desarrollo craneofacial y orofacial. El proceso de amamantar va

ejercitar a los músculos linguales y orofaciales, por lo tanto, las fuerzas ejercidas por la lengua van ayudar en el crecimiento de la región premaxilar y los movimientos mandibulares haciendo posible el desarrollo de la mandíbula y una adecuada configuración de las arcadas, para la futura erupción de la dentición temporal.

2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio

La lactancia materna exclusiva es el principal alimento del bebé aportándole los nutrientes necesarios para su sistema inmunológico y desarrollo cráneo facial, también es el primer aparato ortopédico natural para el desarrollo orofacial del recién nacido. Algunos estudios manifiestan la importancia que tiene la lactancia materna en relación a los planos terminales de Baume, por ello durante el proceso del amamantamiento el bebé realiza movimientos óseos y musculares, estos ayudarán en el desarrollo dentomaxilar, logrando el inicio de una óptima oclusión a diferencia de los niños que no amamantaron del pecho de la madre, ellos tienen una mayor posibilidad de manifestar alteraciones dentales a futuro. Algunos autores manifiestan que la lactancia artificial o de biberón está ligada a la formación de maloclusiones y deglución anormal.

En la actualidad son muy pocas las madres que dan de lactar leche materna a sus hijos, en especial las madres adolescentes, porque no cuentan con mucha información respecto al tema, por ello, el Ministerio de Salud del Perú lanzó un aplicativo móvil llamado “Somos Lecheros,” con el fin de informar sobre los beneficios de la lactancia materna y el amamantamiento con el objetivo de emplear las tecnologías de la

información y la comunicación (TIC), como un apoyo en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

La presente investigación tuvo una relevancia humana porque permitió dar a conocer a las futuras madres, acerca de la importancia que tiene la lactancia materna exclusiva y su relación con el desarrollo orofacial durante los primeros meses de vida, y a los profesionales de la salud: odontopediatras y estomatólogos, brindándoles información y realizar capacitación sobre el tema para que puedan dar una buena orientación a sus pacientes.

2.3 Hipótesis y Variables

2.3.1 Hipótesis

Existe asociación entre el tipo de lactancia materna con el tipo de plano terminal en los pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019.

2.3.2 Variables e Indicadores

En la presente investigación participaron las siguientes variables:

A. Variables de Estudio:

- **Variable Independiente:**
 - Tipo de lactancia materna.
 - **Indicadores:** está constituido por las preguntas relacionadas cada dimensión como son: lactancia materna, lactancia artificial o biberón, lactancia mixta.

- **Variable Dependiente:**

- Tipo de plano terminal.

- **Indicadores:** relacionado a cada una de las dimensiones del tipo de planos terminales comprendidos:

- Escalón terminal recto.
 - Escalón terminal mesial.
 - Escalón terminal distal.

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO

3.1 Población y Muestra

3.1.1 Población

La población del estudio estuvo formada por 130 niños de 3 a 5 años del nido “María Santísima “en el año 2019.

3.1.2. Muestra

La muestra fue no aleatoria por conveniencia, fue constituida por 100 niños y 100 madres de familia del nido “María Santísima”, que aceptaron su participación y que cumplieron con los criterios de selección.

- Criterios de Inclusión

Los pacientes, para ser considerados dentro del estudio como unidades de muestreo, debieron haber cumplido con los siguientes criterios:

- Las madres de familia responsables de los niños 3 a 5 años que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación.
- Los niños que presentaron dentición decidua completa.
- Los niños que estuvieron de acuerdo para formar parte de la investigación.

- Criterios de Exclusión

Los pacientes que presentaron alguno de los criterios listados abajo, no pudieron ser considerados como unidades muestrales del estudio:

- Las madres de los niños de 3 a 5 años que no dieron su consentimiento para la evaluación clínica.

- Los niños de 3 a 5 años presentaron alguna enfermedad ya sea sistémica o congénita.
- Los niños de 3 a 5 que no colaboraron durante la observación clínica.

3.2 Diseño utilizado en el Estudio

3.2.1 Diseño

El presente estudio tuvo un diseño descriptivo de las variables obtenidas en una muestra representativa de la población.

3.2.2 Tipo de Investigación

El estudio fue de tipo Observacional, Transversal, Prospectivo.

3.2.3 Enfoque

El enfoque de la investigación fue Cuantitativa y Cualitativa.

3.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

3.3.1 Técnica de Recolección de Datos

Se presentó un documento a la Oficina de Grados y Títulos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, con la finalidad de que emitan la autorización respectiva y de tal manera se puede desarrollar el proyecto a través de una ficha de observación Ad-hoc de recolección de datos.

Se solicitó la autorización de la promotora del Nido “María Santísima” ubicada en el Distrito La Perla – Callao para poder ejecutar el proyecto de investigación.

Una vez emitida la autorización de la recolección de datos, se llevó a cabo en las instalaciones del nido “María Santísima”, mediante la ficha de observación AD-DOC, explicándoles a las madres en qué consistió la investigación y además entregando el consentimiento informado para que autoricen su participación tanto de ellas como de sus hijos, después de absolver todas sus interrogantes que tuvieron.

Para la investigación se empleó un cuestionario dirigido a las madres de familia responsables donde se realizó una breve explicación para el llenado, una vez terminado se recogieron los cuestionarios y evaluó a los niños mediante la ficha de observación bucal para identificar la presencia de los tipos de planos terminales en la dentición decidua.

El cuestionario y la ficha de observación bucal fue de tipo anónimo cuidando que no sean reveladas la identificación de las madres de familias y de sus hijos.

También se procedió a la toma de fotografías, donde se cuidó la confidencialidad y el rostro de los participantes con previa autorización de las madres de familia.

3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos

Se elaboró una ficha de recolección de datos que estuvo constituida por un cuestionario de 2 preguntas las cuales se tomaron en cuenta las dimensiones del proyecto de investigación y la ficha de observación bucal contó con 1 cuadro para observar en el niño, la presencia de los planos terminales: mesial, recto y distal tanto de lado derecho e izquierdo.

El cuestionario para las madres de familia estuvo conformado por preguntas de fácil y rápido llenado es por esto que constó de dos partes.

I. Datos de Filiación:

- Datos de la madre.
- Edad del niño.

II. Cuestionario donde se evaluaron las dimensiones:

- Tipo de lactancia que tuvo el niño: lactancia materna, lactancia artificial o de biberón, lactancia mixta.

La ficha de Observación Bucal constó de una parte.

Recopilar la información del examen clínico con respecto a la presencia de los planos terminales con respecto a la segunda molar decidua: escalón recto, escalón mesial y escalón distal del lado derecho e izquierdo.

Luego se procedió a la revisión mediante espejo bucal y guantes a fin de examinar y observar los planos terminales.

Una vez obtenidos los cuestionarios y realizado la ficha de Observación Bucal los pacientes se dividieron en los siguientes grupos:

- De acuerdo al tipo de la Lactancia materna
 - 1= lactancia materna exclusiva.

- 2=lactancia materna artificial o de biberón.
 - 3=lactancia materna mixta.
- De acuerdo a los planos terminales
- 1 = escalón recto.
 - 2 = escalón mesial.
 - 3 = escalón distal.

3.4 Procedimiento de Recolección de Datos

La recolección de datos se procedió a organizar la ficha de observación de recolección y enumerarlas para ser ingresadas a la base de datos en Microsoft Excel en su versión de acceso, bajo las codificaciones planteadas por la investigadora.

El procesado de los datos se llevó a cabo en una laptop de marca HP, laptop 14 – cm007, disco duro de 1 TB y SDRAM 4GB con sistema operativo Windows 10.

La información recolectada fue analizada con el paquete estadístico SPSS en su versión de acceso; en la cual se realizó a cabo mediante la aplicación de estadística descriptiva para establecer la distribución de datos recolectados.

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación de Resultados

Tabla N° 1: Distribución según el Género Sexual.

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	49	49%
Femenino	51	51%

En la tabla N° 1 se observó que la distribución de los pacientes del sexo masculino representó el 49% (N°=49) y los pacientes del sexo femenino representó el 51% (N°=51).

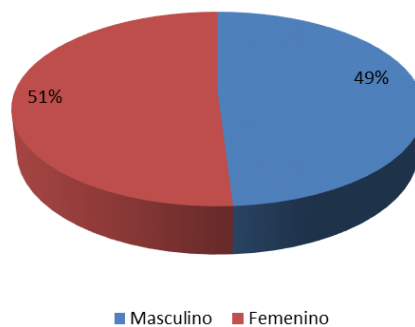


Figura N° 1: Distribución de participantes según el Género Sexual

Tabla N° 2: Distribución de participantes según la edad

	Frecuencia	Porcentaje
3 años	31	31%
4 años	33	33%
5 años	36	36%

En la tabla N° 2 se observó que las distribuciones de los pacientes de 3 años representaron el 31% (N°=31), los pacientes de 4 años representaron el 33% (N°=33) y los pacientes de 5 años representaron el 36% (N°=36).

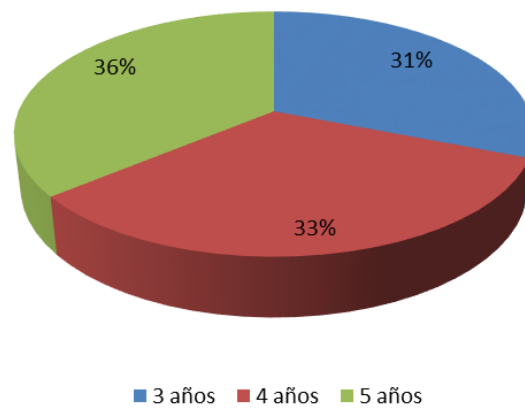


Figura N° 2: Distribución de participantes según la edad

Tabla N° 3: Distribución de participantes según tipo de lactancia

	Frecuencia	Porcentaje
Lactancia materna	47	47%
Lactancia artificial (Biberón)	26	26%
Lactancia mixta	27	27%

En la tabla N° 3 se observó que los pacientes que recibieron lactancia materna representaron el 47% (N°=47), mientras los de lactancia artificial (biberón) representaron el 26% (N°=26) y los de lactancia mixta representaron el 27% (N°=27).

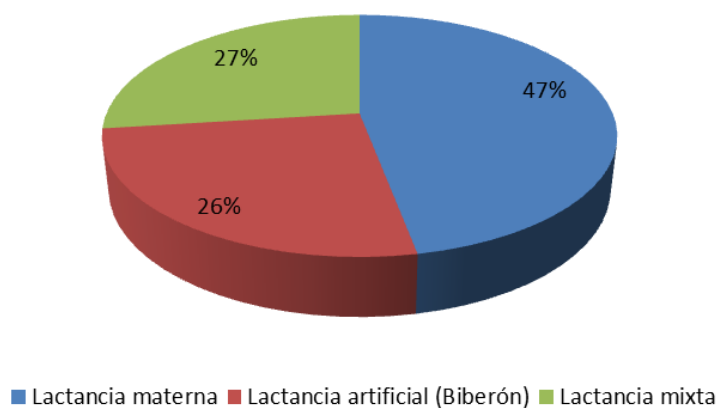


Figura N° 3: Distribución de participantes según tipo de lactancia

Tabla N° 4: Distribución de participantes según tipo de escalón

	Frecuencia	Porcentaje
Escalón recto	29	29%
Escalón mesial	51	51%
Escalón distal	20	20%

En la tabla N° 4 se observó que los pacientes que presentaron escalón recto representaron el 29% (N°=29), seguido del escalón mesial representaron el 51% (N°=51) y escalón distal representaron el 20% (N°=20).

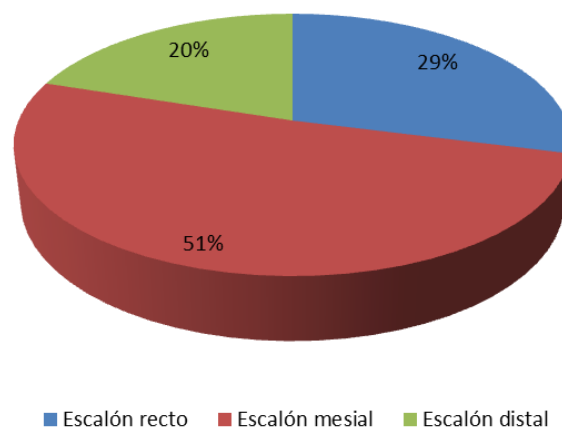


Figura N° 4: Distribución de participantes según tipo de escalón

Tabla N° 5: Asociación entre el tipo de lactancia con el plano terminal en pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019.

		Plano terminal			
			Escalón recto	Escalón mesial	Escalón distal
Tipo de lactancia	Lactancia materna	Recuento	8	37	2
		%	8%	37%	2%
	Lactancia artificial (Biberón)	Recuento	7	4	15
		%	7%	4%	15%
	Lactancia mixta	Recuento	14	10	3
		%	14%	10%	3%

En la tabla N° 5 se observó que los pacientes que recibieron lactancia materna, presentaron un escalón mesial representando el 37% (N°=37), seguido de los que recibieron lactancia artificial (biberón) mostraron escalón distal con el 15% (N°=15), mientras que los que fueron alimentados con lactancia mixta, presentaron escalón recto representando el 14% (N°=14).

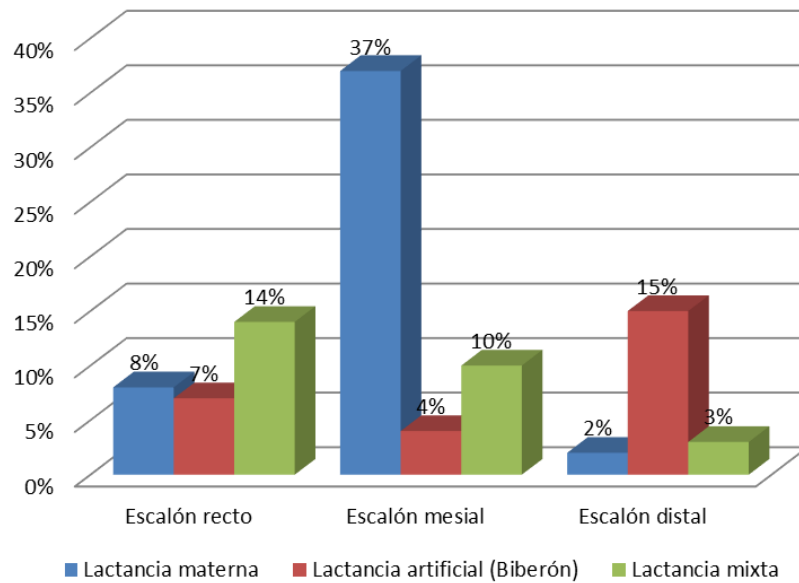


Figura N°5: Asociación entre el tipo de lactancia con el plano terminal en pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019.

Tabla N° 6: Asociación entre el tipo de lactancia con el plano terminal; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	47.169	4	0.000

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente a la asociación entre el tipo de lactancia con el plano terminal, se apreció que el valor de Chi-cuadrado de Pearson fue de 47.169 y el nivel de significancia fue $p < 0.05$.

Tabla N° 7: Frecuencia entre el tipo de lactancia con el escalón recto en los pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019.

		Escalón recto
Lactancia materna	Recuento	8
	%	27.6%
Lactancia artificial (Biberón)	Recuento	7
	%	24.1%
Lactancia mixta	Recuento	14
	%	48.3%

En la tabla N° 7 se observó que la lactancia mixta representó el 48.3% (N°=14), seguido de la lactancia materna con 27.6% (N°=8), mientras que la lactancia artificial (biberón) representó el 24.1% (N°=7).

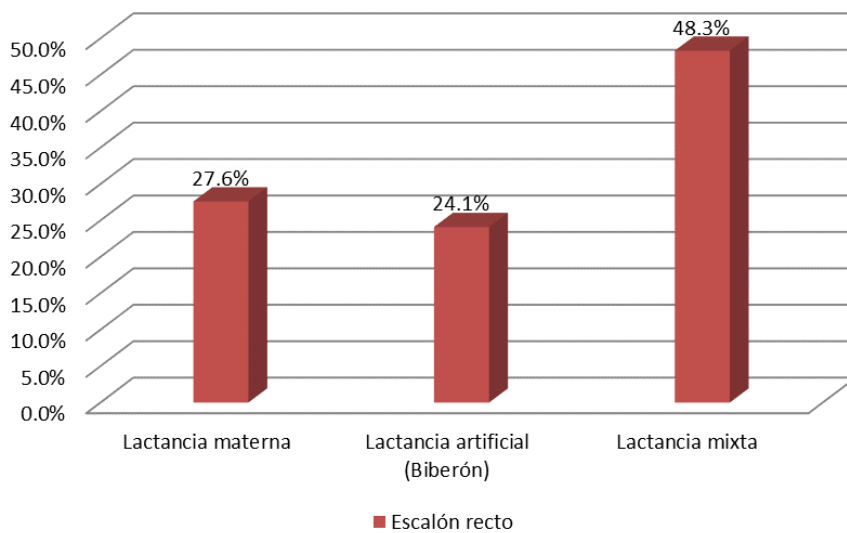


Figura N° 6: Frecuencia entre el tipo de lactancia con el escalón recto en los pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019.

Tabla N° 8: Frecuencia entre el tipo de lactancia con el escalón mesial en los pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019.

		Escalón mesial
Lactancia materna	Recuento	37
	%	73%
Lactancia artificial (Biberón)	Recuento	4
	%	8%
Lactancia mixta	Recuento	10
	%	20%

En la tabla N° 8 se observó que la lactancia materna representó el 73% (N°=37), seguido de la lactancia mixta con el 20% (N°=10), mientras que la lactancia artificial (biberón) representó el 8% (N°=4).

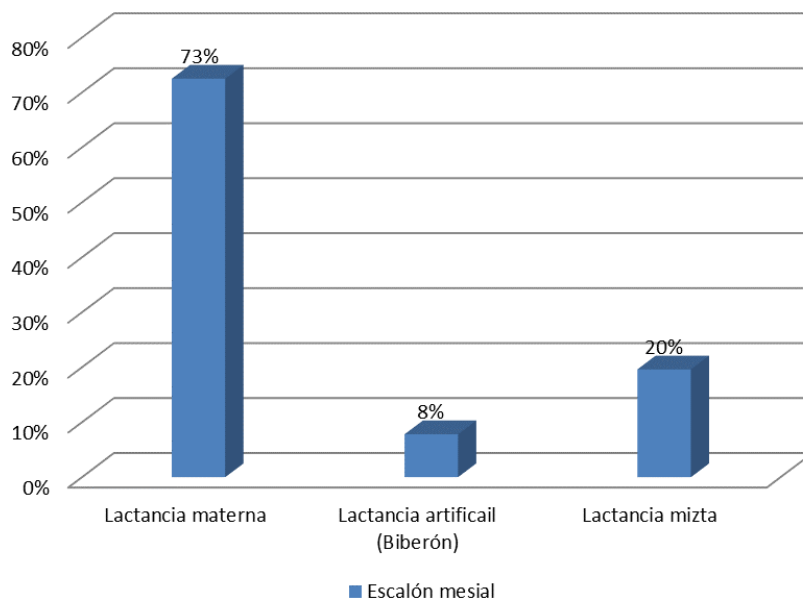


Figura N° 7: Frecuencia entre el tipo de lactancia con el escalón mesial en los pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019.

Tabla N° 9: Frecuencia entre el tipo de lactancia materna con el escalón distal en los pacientes odontopediátricos de 3 a 5 del nido “María Santísima” en el año 2019.

		Escalón distal
Lactancia materna	Recuento	2
	%	10%
Lactancia artificial (Biberón)	Recuento	15
	%	75%
Lactancia mixta	Recuento	3
	%	15%

En la tabla N° 9 se observó que en mayoría los pacientes que tuvieron lactancia artificial (biberón) representaron el 75% (N°=15), mientras que la lactancia mixta representó el 15% (N°=3) y la lactancia materna tuvo el 10% (N°=2).

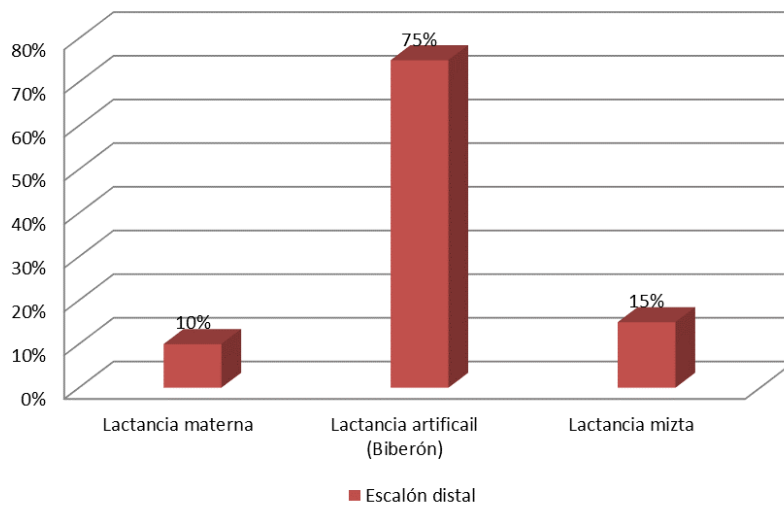


Figura N° 8: Frecuencia entre el tipo de lactancia materna con el escalón distal en los pacientes odontopediátricos de 3 a 5 del nido “María Santísima” en el año 2019.

4.2 Contrastación de Hipótesis

A fin de poder realizar la docimasia de esta hipótesis, se debió realizar el ritual de significancia estadística, para lo cual se siguió una secuencia ordenada de pasos:

Formulación de Hipótesis Estadística:

H₀: No existe asociación entre el tipo de lactancia con el plano terminal en pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019.

H_a: Existe asociación entre el tipo de lactancia con el plano terminal en pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019.

H₀: Hipótesis nula, H_a: Hipótesis alterna

Establecer el Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

Determinación del Estadígrafo a Emplear

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó la relación entre el tipo de lactancia con el plano terminal en los pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años.

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	47.169	4	0.000

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

Dado que, el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas fue de 47.169 es mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 9.488, con 4 grado de libertad y el P-Valor = 0.000 ($p < 0.05$), se rechaza la hipótesis nula es decir **Existe asociación entre el tipo de lactancia con el plano terminal en pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años en el nido “María Santísima” en el año 2019.**

4.3 Discusión de Resultados

El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar la asociación entre el tipo de lactancia con el plano terminal en los pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido "María Santísima" en el año 2019, siendo la muestra 100 niños con sus respectivas madres, con las que se llevó a cabo la investigación. Obteniendo los resultados, se observó que los pacientes que tuvieron lactancia materna presentaron escalón mesial representando el 37% del total de los casos, seguido de los que recibieron lactancia artificial (biberón) presentaron escalón distal con 15%, mientras que los que recibieron lactancia mixta manifestaron escalón mesial en un 10%. En cuanto a lactancia materna presentaron un 8% con escalón recto, seguido de la lactancia artificial (biberón) que manifestó un 7% con escalón recto en comparación a los que presentaron escalón mesial con 4%. En la lactancia mixta los pacientes presentaron escalón distal con un 3% a diferencia de la lactancia materna que presentó escalón distal con 2%. En la prueba de chi cuadrado se obtuvo un valor de 47.169 fue mayor al χ^2 crítico de la tabla 9.488, con 4 grado de libertad siendo el nivel de significancia P-Valor = 0.000 ($p < 0.05$), el cual nos indica que si existe asociación entre el tipo de lactancia con el plano terminal en los pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años.

A la evaluación de la frecuencia entre el tipo de lactancia con el escalón recto en los pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido "María Santísima" en el año 2019, en los resultados se evidenció que el 48.3% que recibieron lactancia mixta presentaron este tipo de escalón, mientras que el 24.1% recibió lactancia artificial (biberón) y el 27.6% fue de lactancia materna.

Con respecto a determinar la frecuencia entre el tipo de lactancia con el escalón mesial en los pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019, se evidenció en los resultados que el 73% que recibieron lactancia materna presentaron este tipo de escalón, mientras que el 20% recibió lactancia mixta y el 8% fue de lactancia artificial (biberón).

Sin embargo, en la evaluación para determinar la frecuencia entre el tipo de lactancia materna con el escalón distal en los pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019, en los resultados se observó que el 75% del total de los casos recibieron lactancia artificial manifestaron este tipo de escalón, mientras que el 15% de los niños recibió lactancia mixta y el 10% lactancia materna.

Torres PZ. 2017 (Perú), realizó un estudio de tipo transversal, prospectivo y analítico. Su objetivo fue determinar la relación entre el tipo de lactancia y plano terminal en niños de 5 años de edad, la muestra estuvo constituida por 52 niños atendidos en el hospital regional de la sanidad de policías del Perú. El tipo de lactancia fue un dato proporcionado por los padres mediante la ficha de recolección de datos. Se encontró que el 25% de los niños que recibieron lactancia materna exclusiva mostraron un tipo de plano terminal de tipo escalón recto; mientras que el 21.2% de niños que recibieron lactancia mixta, presentaron plano terminal de tipo escalón mesial, por otro lado, el tipo de lactancias más frecuente fue la lactancia materna exclusiva y mixta con 40.2%. También se observó que el tipo de plano terminal fue el escalón recto con un 40% en niños en relación con la lactancia materna y mixta.⁶ La presente investigación estuvo constituida por 100 niños entre las edades de 3 a 5 años

obteniendo como resultados que el 37% de los niños que recibieron lactancia materna mostraron plano terminal de tipo escalón mesial, mientras que el 15% de niños que recibieron lactancia artificial (biberón), presentaron plano terminal de tipo escalón distal y el 14% de los niños que recibieron lactancia mixta, presentaron plano terminal de tipo escalón recto. Se evidenció que el tipo de lactancia que predominó más fue lactancia materna con un 47%, seguido de lactancia mixta con un 27% y la lactancia artificial con un 26 %, en cuanto a los planos terminales el más frecuente fue el escalón mesial en un 51%, escalón recto en un 29% y el escalón distal en un 20%. En ambas investigaciones predominó la lactancia materna y el plano terminal de tipo escalón mesial.

Gamarra N. 2018 (Perú), realizó un estudio observacional, de corte transversal, su objetivo fue determinar la relación que existe entre la lactancia materna y los planos terminales de Baume, en niños de 3 a 5 años, la población estuvo constituida por 127 infantes, evaluando a 80 niños de acuerdo a los criterios de selección, para la recolección de información, se utilizó un cuestionario para las madres y el examen clínico directo en los infantes. En los resultados se registró que el 80% de los niños fueron amamantados por lactancia materna o exclusiva, por otro lado, el plano terminal de Baume más frecuente fue el escalón mesial con 58.8%, en la muestra estudiada se determinó que no existe relación significativa entre la lactancia materna y los planos terminales por que el ($p > 0.05$).¹¹ Sin embargo en la presente investigación también se utilizó un cuestionario dirigido a la madre y una evaluación clínica al niño en donde se registró que la lactancia materna predominó con un 47%, mediante la prueba de chi cuadrado con un P- Valor

=0.000 ($p < 0.05$), se obtuvo que si existe asociación entre el tipo de lactancia con el plano terminal en comparación con el autor.

Huamani ME. 2019 (Perú), realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo, con el objetivo de determinar la relación entre el plano terminal y los tipos de lactancia en niños de 3 a 5 años. Para la realización de su estudio utilizó la técnica documental, en donde se recolectaron los datos de las historias clínicas odontopediátricas de la Universidad José Carlos Mariátegui, la muestra estuvo constituida por 128 historias clínicas, obteniendo como resultado que el plano terminal de mayor prevalencia fue el de tipo escalón mesial con un 80.5%, mientras que en los tipos de lactancia la más prevalente fue la lactancia mixta con un 68.7%. Se observó que en los tipos de lactancia en relación al plano terminal se evidenció que el 45.31% del total de los casos tuvo lactancia mixta presentando un plano terminal con escalón mesial, el 29.69% que fueron alimentados por medio de lactancia materna también tuvieron plano terminal con escalón mesial y el único caso de lactancia artificial presentó escalón distal.¹² Esta investigación tuvo un resultado similar, se registró que el tipo de escalón mesial fue el más prevalente con un 51% y en los tipos de lactancia hubo una variación, predominando la lactancia materna con un 47%. En cambio, al evaluar la asociación entre el tipo de lactancia con el plano terminal la lactancia mixta representó un 14% manifestando plano terminal de tipo escalón recto, el 15% que fueron alimentados por medio de lactancia artificial (biberón), presentó plano terminal de tipo escalón distal y 37% que fueron amamantados por lactancia materna, presentaron plano terminal de tipo escalón mesial, siendo este el más predominante.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- En cuanto a determinar la asociación del tipo de lactancia materna con el tipo de plano terminal en pacientes odontopediátrico de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019, se concluye que sí existe asociación debido a que el 47% de los niños recibieron lactancia materna, presentaron escalón mesial en un 37%.
- En cuanto a conocer la frecuencia entre el tipo de lactancia con el escalón recto en pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019, se concluye que la lactancia mixta fue la que predominó más en un 48.3%.
- En cuanto a determinar la frecuencia entre el tipo de lactancia con el escalón mesial en pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019, se concluye que la lactancia materna fue la que predominó más en un 73%.
- En cuanto a analizar la frecuencia entre el tipo de lactancia con el escalón distal en pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019, se concluye que la lactancia artificial (biberón) fue la que predominó más en un 75%.

5.2 Recomendaciones

- Tomando en cuenta a determinar la asociación del tipo de lactancia materna con el tipo de plano terminal en pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años del nido “María Santísima” en el año 2019, se recomienda tener en cuenta los resultados, para brindar charlas educativas dirigidas a las madres de familia, concientizando y promoviendo la importancia de la lactancia materna durante los primeros meses de vida, ya que este proceso ayudará en la estimulación y desarrollo de los maxilares logrando así una óptima oclusión a futuro.
- Teniendo en cuenta los resultados de este estudio de acuerdo al escalón recto con la lactancia mixta, se recomienda reforzar los beneficios que tiene la lactancia materna exclusiva en los bebés.
- Teniendo en cuenta los resultados de este estudio de acuerdo al escalón distal con la lactancia artificial (biberón), se recomienda capacitar y orientar a las madres gestantes que acuden a sus controles de salud bucal, sobre la influencia que tiene la lactancia materna exclusiva en el crecimiento y desarrollo de los maxilares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mayorga R, Sánchez C, Gayosso E, López C, Oropeza Y. ¿Qué es la lactancia materna? ¿Cómo la define la OMS y la UNICEF? Educación y salud boletín científico de ciencias de la salud del ICSA 2015 [Internet] 2015 [citado 10 mayo del 2019]; 4(7). Disponible en: URL <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/inde.x.php/ICSA/article/view/832>.
2. Duran G. Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones en niños de 3 a 5 años [tesis para obtener el título de cirujano dentista]. Lima (PER): Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018.
3. Gramal E, Navarrete N, Palacios E. Relacion entre la lactancia y maloclusiones en en preescolares de 3-5 años de la parroquia miguel egas cabezas-otavalo. Odontología 2015; 17:75-80.
4. INEI – Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar 2017 – nacional y regional. Lactancia y nutrición de niñas, niños y mujeres [Internte]. 2018 [citado 10 mayo del 2019]; 223-51. Disponible en: URL https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html.
5. Agarwal SS, Sharma M, Nehra K, Jayan B, Pooni A, Bhattal H. Validation of association between breastfeeding duration, facial profile occlusion, and spacing: a cross-sectional study. Int J Clin Pediatr Dent 2016; 9(2):162-166.
6. Torres N. Relación entre tipo de lactancia y plano terminal en niños de 5 años atendidos en el hospital regional de la policía nacional del Perú

- [tesis para obtener el título de cirujano dentista]. Chiclayo (PER): Universidad Señor de Sipán; 2017.
7. Berrocal L. Relación del plano terminal con el tipo de alimentación en su primer semestre de vida, en niños de 3 a 5 años de la institución educativa inicial N° 392 iris del pino [tesis para obtener el título de cirujano dentista]. Ayacucho (PER): Universidad Alas Peruanas; 2016.
 8. Requena A. Influencia de la lactancia materna en la oclusión en la dentición temporal [tesis para obtener el título de cirujano dentista]. México: Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Odontología; 2014.
 9. Adanaqué C. Prevalencia del plano terminal molar en preescolares de la institución educativa inicial 021 los ficus I [tesis para obtener el título de cirujano dentista]. Piura (PER): Universidad Cesar Vallejo; 2017.
 10. Carrillo C. Influencia de la lactancia materna y artificial en el crecimiento mandibular en neonatos [tesis para obtener el título de cirujano dentista]. Lima (PER): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
 11. Gamarra N. Lactancia materna en relación a la oclusión en dentición decidua. Universidad andina del cusco-2018. Vis Odontol 2018; 18-26.
 12. Huamani M. Relación entre el plano terminal y los tipos de lactancia que recibieron los niños de 3 a 5 años atendidos en la clínica odontológica de la UCJM en el año 2017 [tesis para obtener el título de cirujano dentista]. Moquegua (PER): Universidad José Carlos Mariátegui; 2019.
 13. Figueiredo W, Ferelle A, Issao M. Odontología para el bebé. 1ed. Sao Paulo (BRA): Amolca; 2000.

14. Guerra M, Blanco L, Mujica C. Relación entre periodo de amamantamiento y desarrollo maxilar en niños indígenas menores venezolanos. Bol Asoc Argent Odontol Niños 2006; 35(1):11-14.
15. Santos ML. Características en dentición decidua: prevalencia de los tipos de arcos y su repercusión en la dentición permanente [tesis para obtener el título de cirujano dentista]. Lima (PER): Universidad Cayetano Heredia; 2009.
16. Cairo J, Livia C. Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y factores asociados en niños nacidos sanos. Anales de la Facultad de Medicina. Lima-Perú 2000; 61(003):193-200.
17. Zuñiga E, Ibarcena L. Periodo de lactancia materna y su relación con el desarrollo del arco dentario superior deciduo. Evid Odontol Clin 2015; 1(1):8-11.
18. Kholoud A, Sharat C, Alaa M, Manal B. Impact of birth characteristics, breast feeding and vital statistics on the eruption of primary teeth among healthy infants in saudi arabia: an observational study. BMJ Open 2017; 1- 6.
19. Freeman M. Características oclusales en dentición primaria de preescolares de viña del mar [tesis para obtener el título de cirujano dentista]. Chile: Universidad Andrés Bello; 2017.
20. Paredes N, Valdivieso M. Lactancia en el infante: materna, artificial y sus implicaciones odontológicas. Odontol Pediat 2008; 7(2):27-32.
21. Flores G. Relación entre el tipo de lactancia y el crecimiento y desarrollo craneofacial [tesis para obtener el título de cirujano dentista]. Lima (PER): Universidad Cayetano Heredia; 2011.

22. Cigüeñas E. Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones, en infantes de 0 a 36 meses [tesis para obtener el título cirujano dentista]. Lima (PER): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
23. Elías Podesta M. Odontología para bebés. Fundamentos teórico prácticos para el clínico. 1ed. Lima (PER): Editorial Ripano; 2013.
24. Charles E, Kufre J, Ekabua, Ansa B, John E. Parturients' awareness and perception of benefits of breast feeding in the prevention of Infant and childhood oral and dental diseases. Ghana Med J 2017; 51(2):83-87.
25. Reyes C. Asociación de la oclusión de los primeros molares permanentes con los planos terminales, de la primera dentición en una población de niños del posgrado de odontopediatría [tesis para obtener el título de cirujano dentista]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2012.
26. Simone C, Justo ER, Caramenz F. Influence of the duration of breastfeeding on quality of muscle function during mastication in preschoolers: a cohort study. BMC Public Health 2012; 12(934):1-6.
27. Serna C, Silva R. Características de la oclusión en niños con dentición primaria de la ciudad de México. Investigación 2005; 62(2):45-51.

ANEXOS

ANEXO 01: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

Nº:

FICHA DE OBSERVACIÓN AD-HOC DE RECOLECCIÓN DE DATOS
"ASOCIACIÓN ENTRE EL TIPO DE LACTANCIA CON EL PLANO TERMINAL EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS DE 3 A 5 AÑOS."

El objetivo de esta investigación es determinar la asociación entre el tipo de lactancia materna con el tipo de plano terminal en pacientes odontopediátricos de 3 a 5 años.

INSTRUCCIONES: coloque una ASPA en el recuadro que indique el tipo de lactancia y el tiempo de lactancia que recibió en su alimentación del niño.

I. Datos de Filiación

Niño

Edad:

Sexo:

Masculino

Femenino

II. Información General

Tipo de lactancia

Lactancia materna

Lactancia artificial o biberón

Lactancia mixta

Tipo de plano terminal

Tipo de plano terminal	escalón recto	
	escalón mesial	
	escalón distal	

ANEXO 02: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

(Juicio de Expertos)

Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

I.1 Apellidos y nombres del informante: Figueroa Cervantes Carlos
 I.2 Cargo e institución donde labora: Universidad Inca Garcilaso de la Vega
 I.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: _____
 I.4 Autor del instrumento: Stephany Teresa Buzo Quisones

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CLASIFICACION				
		Deficiente	Regular	Buena	Buena	Excelente
		01 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				X	
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4. Organización	Presentación ordenada.					X
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos				X	
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					X
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos				X	
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores / medidas.					X
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación				X	
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					X

III. CLASIFICACIÓN GLOBAL: Marca con un aspa

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		

Lugar y fecha: 13/06/19

Firma del experto informante

DNI. No 40241426 Teléfono: 953545961

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

(Juicio de Expertos)

Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

I.1 Apellidos y nombres del informante: Huamán Torres Farita
 I.2 Cargo e institución donde labora: UGU
 I.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: _____
 I.4 Autor del instrumento: Stephany Tejera Burgos


II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CLASIFICACION				
		Deficiente 01 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					✓
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					✓
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					✓
4. Organización	Presentación ordenada.					✓
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos					✓
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					✓
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos					✓
8. Analisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores / medidas.					✓
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación					✓
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					✓

III. CLASIFICACIÓN GLOBAL: Marca con un aspa

Aprobado ✓	Desaprobado	Observado
---------------	-------------	-----------

Lugar y fecha: 19/06/19


 FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA
 UCHU
 CD. FARITA HUAMÁN TORRES

Firma de experto: _____

DNI. No 40932151 Teléfono: 942244892

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

(Juicio de Expertos)

Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

I.1 Apellidos y nombres del informante: Alejandro Salazar Sebastian
 I.2 Cargo e institución donde labora: Docente U.I.B.V.
 I.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: _____
 I.4 Autor del instrumento: Stephany Rebeca Burgos Quiriones

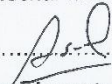
II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CLASIFICACIÓN				
		Deficiente	Regular	Buena	Buena	Excelente
		01 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				X	
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				X	X
4. Organización	Presentación ordenada.					
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos				X	
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados				X	
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos					X
8. Analisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores / medidas.					
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación				X	
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.				X	

III. CLASIFICACIÓN GLOBAL: Marca con un aspa

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		

Lugar y fecha: 14 de Junio 2019.

.....


Firma del experto Informante

DNI. No 41050400 Teléfono: 999309738

ANEXO 03: CARTA DE AUTORIZACIÓN



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega

Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

Facultad de Estomatología
Decanato

Pueblo Libre, 08 de Julio del 2019

CARTA N°623-DFE-2019

Sra.
Jessica Castillo Montoya
Nido "Maria Santísima"
Presente.-

De mi mayor consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y a la vez presentar a la Srta. BURGA QUIÑONES STEFANNY TEREZA quien ha culminado estudios en el ciclo académico 2018-1 y solicita se brinde la facilidad para recolectar datos que ayudara a la ejecución de su proyecto de tesis titulado "Asociación entre el tipo de lactancia con el plano terminal en paciente odontopediátricos de 3 a 5 años" en la Institución que usted dignamente dirige, salvo mejor parecer.

Agradezco la atención que brinde a la presente, siendo propicia la ocasión para expresarle mis sentimientos de consideración y estima personal.

Atentamente,

LCG/ml

Trámite: [1104606]



[Firma]
Dr. Luis Cervantes Ganoza
Decano
Facultad de Estomatología



Al servicio de la Cultura