

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**TESIS PARA OBTENER
EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA**

**CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN DENTAL EN
NIÑOS DE 4 A 5 AÑOS, INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°
18322 ABRAHAM LÓPEZ LUCERO, DISTRITO DE JAZÁN,
AMAZONAS, 2018**

Autor: Bach. Willy Bustamante Marquina

Asesor : Mg. Anderson Meléndez Puerta

Co asesor: Dr. Policarpio Chauca Valqui

CHACHAPOYAS- PERÚ

2018

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**TESIS PARA OBTENER
EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA**

**CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN DENTAL EN
NIÑOS DE 4 A 5 AÑOS, INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°
18322 ABRAHAM LÓPEZ LUCERO, DISTRITO DE JAZÁN,
AMAZONAS, 2018**

Autor: Bach. Willy Bustamante Marquina

Asesor : Mg. Anderson Meléndez Puerta

Co asesor: Dr. Policarpio Chauca Valqui

CHACHAPOYAS- PERÚ

2018

Dedicatoria

A mi madre Flor Marquina, a mi padre José Bustamante, así como a mis hermanos Jhon y Kevin quienes han estado en los momentos más difíciles; por todo el esfuerzo y sacrificio de su parte para hacer realidad los objetivos propuestos por mi persona.

Agradecimiento

A la Directora de la Institución Educativa 18322 Abrahán López lucero, Mg. Nuri Camus Rojas y profesoras responsables de las aulas donde se realizó la recolección de datos, por todas las facilidades brindadas para la ejecución del trabajo de investigación.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Dr. Policarpio Chauca Valqui

Rector

Dr. Miguel Ángel Barrena Gurbillón

Vicerrector Académico

Dra. Flor Teresa García Huamán

Vicerrectora de Investigación

Dr. Edwin Gonzales Paco

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Mg. Fraz Tito Coronel Zubiato

Director de la Escuela Profesional de Estomatología

VISTO BUENO DEL ASESOR

Yo, Mg. Anderson Meléndez Puerta, identificado con DNI N° 4034897, COP N° 16112, con domicilio legal en el jirón Libertad N° 704, Odontólogo nombrado en el Hospital María auxiliadora. DOY VISTO BUENO, a la tesis titulada, “CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN DENTAL EN NIÑOS DE 4 A 5 AÑOS, INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 18322 ABRAHAM LÓPEZ LUCERO, DISTRITO DE JAZÁN, AMAZONAS, 2018”, que estuvo elaborado por el Bachiller Willy Bustamante Marquina, para adquirir el título profesional de Cirujano Dentista De La Universidad Nacional Toribio Rodríguez De Mendoza De Amazonas.

POR LO TANTO

Firmo el presente para mayor constancia.

Mg. Anderson Meléndez Puerta

DNI: 4034897

VISTO BUENO DEL COASESOR

Yo, Dr. Policapio Chauca Valqui, identificado con DNI N° 25852185 con domicilio legal en el jirón Higos Urco s/n, docente principal a tiempo completo de la Facultad de Ciencias de la Salud de La Universidad Nacional Toribio Rodríguez De Mendoza De Amazonas. DOY VISTO BUENO, a la tesis titulada, “CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN DENTAL EN NIÑOS DE 4 A 5 AÑOS, INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 18322 ABRAHAM LÓPEZ LUCERO, DISTRITO DE JAZÁN, AMAZONAS, 2018”, que estuvo elaborado por el Bachiller Willy Bustamante Marquina, para adquirir el título profesional de Cirujano Dentista De La Universidad Nacional Toribio Rodríguez De Mendoza De Amazonas.

POR LO TANTO

Firmo el presente para mayor constancia.

Dr. Policarpio Chauca Valqui

DNI: 25852185

JURADO DE TESIS

(Resolución de Decanato N° 318 – 2018- UNTRM-VRAC/F.C.S.)

Mg. Fraz Tito Coronel Zubiato

Presidente

Mg. Carla María Ordinola Ramírez

Secretaria

Mg. Yshoner Antonio Silva Díaz

Vocal



ANEXO 2-0

DECLARACIÓN JURADA DE NO PLAGIO

Yo Willy Bustamante Marquina
identificado con DNI N° 70180698 Estudiante de la Escuela Profesional de
Estomatología
Facultad de Ciencias de la Salud
de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Amazonas.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

1. Soy autor de la Tesis titulada: Características de la oclusión dental en niños de 4 a 5 años de la Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jaya, Amazonas, 2018"

La misma que presento para optar:

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
3. La tesis presentada no atenta contra derechos de terceros.
4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo toda responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNTRM en favor de terceros por motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones civiles y penales que de mi acción se deriven.

Chachapoyas, 18 de Enero de 2019



ANEXO 2-S

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE TESIS

Apellidos y Nombres del (los) Alumno(s):

Bustamante Marquina Willy

Escuela Profesional: Estomatología

Bachiller en: Estomatología

Facultad: Ciencias de la Salud

Asesor: Mg. Anderson Meléndez Puente



Título de trabajo de Tesis: "Características de la oclusión dental

en niños de 4 a 5 años de la Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazón, Amambay, 2018"

Email: b1806w92@gmail.com

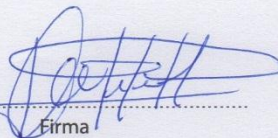
Teléfono:

Domicilio Real: Jr. Romano Margen # 627 - Pedro Ruiz Gallo

CONSENTIMIENTO

Autorizo a través de este medio a la Dirección General de Difusión, Publicación y Transferencia, Dirección General de Biblioteca de la UNTRM, a difundir la versión digital de mi trabajo de Tesis, para su consulta con fines académicos y/o de investigación. Asimismo, manifiesto conocer el reglamento de propiedad intelectual y patentes de la UNTRM: Título VI. De la propiedad intelectual de los estudiantes de la UNTRM.

Chachapoyas, 18 de Enero de 2019


Firma

D.N.I. N°: 70180698

ÍNDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Autoridades	iv
Visto Bueno del Asesor	v
Visto Bueno del Coasesor	vi
Jurado de tesis	vii
Índice de contenido	viii
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	x
Índice de anexos	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
I. INTRODUCCIÓN	14
II. OBJETIVOS	18
III. MARCO TEÓRICO	19
3.1. Antecedentes de estudio	19
3.2. Base teórica	23
3.3. Definición de términos básicos	32
3.4. Variable de estudio	33
IV. MATERIAL Y MÉTODO	33
4.1. Diseño de la investigación	33
4.2. Población, muestra y muestreo	34
4.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	34
4.4. Análisis de datos	37
4.5. Consideraciones éticas	37
V. RESULTADOS	38
VI. DISCUSIÓN	48
VII. CONCLUSIONES	51
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
IX. ANEXOS	56

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1	Características de la oclusión dental en niños menores de 4 a 5 años Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.	38
Tabla 2	Planos terminales en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.	40
Tabla 3	Relación canina en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.	42
Tabla 4	Forma de arco en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.	44
Tabla 5	Tipo de arco según Baume en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1	Características de la oclusión dental en niños menores de 4 a 5 años Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.	39
Figura 2	Planos terminales en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.	41
Figura 3	Relación canina en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.	43
Figura 4	Forma de arco en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018	45
Figura 5	Tipo de arco según Baume en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.	47

ÍNDICE DE ANEXOS

Pág.

Anexo 1	Matriz de consistencia	57
Anexo 2	Consentimiento informado	60
Anexo 3	Ficha de evaluación	62
Anexo 4	Operacionalización de variables	64

RESUMEN

La investigación fue de enfoque cuantitativo, descriptivo de nivel observacional, prospectiva, transversal, cuyo objetivo fue: determinar las características de la oclusión dental en niños de 4 a 5 años, institución educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018. La población muestral estuvo constituida por el 100% (61) niños de 4 a 5 años, en la recolección de datos se utilizó el instrumento ficha de evaluación. Los resultados: diastemas 62.3 % , espacios primates 63.9 % (femenino 32.8 %), sobremordida vertical 70.5 % (femenino 36.1 %), 67.2 % no presenta sobremordida horizontal (femenino 34.4 %); plano terminal escalón mesial (derecho 90.2 % e izquierdo 88.5%), seguido del plano terminal recto (izquierdo 8.2 %); relación canina prevalece la clase I (derecho 95.1 %, izquierdo 91.8 %), seguido de la clase II (derecho 4.9 %, izquierdo 8.2 %), en la relación canina clase II (masculino 3.3 %), La relación canina clase II izquierda (masculino 6.6%); La forma de arco de mayor prevalencia es de forma Ovoide (superior 95.1 %, inferior 86.9 %), masculino 49.2 % y femenino 45.9 %; arco tipo I según Baume (superior 65.6%, inferior 44.3 %). Las conclusiones: el mayor porcentaje de la muestra se presentaron diastemas, espacios primates incrementados; presenta plano terminal escalón mesial con mayor predominio en el lado derecho; en la relación canina prevalece la clase I predominando en el lado derecho, seguido de la clase II con predominio en lado izquierdo.

Palabras clave: características, oclusión dental, niños e Institución Educativa.

ABSTRACT

The research was a quantitative, descriptive, observational, prospective, cross-sectional approach, whose objective was to determine the characteristics of dental occlusion in children from 4 to 5 years old, educational institution No. 18322 Abraham López Lucero, Jazán District, Amazonas, 2018. The sample population was constituted by 100% (61) children from 4 to 5 years old. In the data collection, the evaluation card instrument was used. The results: diastemas 62.3%, primates spaces 63.9% (female 32.8%), vertical overbite 70.5% (female 36.1%), 67.2% do not have horizontal overbite (female 34.4%); terminal plan mesial step (right 90.2% and left 88.5%), followed by the straight terminal plane (left 8.2%); canine relationship prevails class I (right 95.1%, left 91.8%), followed by class II (right 4.9%, left 8.2%), in the canine relationship class II (male 3.3%), canine relationship class II left (male 6.6%); The most prevalent arch form is Ovoid (superior 95.1%, inferior 86.9%), masculine 49.2% and feminine 45.9%; Type I arch according to Baume (upper 65.6%, lower 44.3%). The conclusions: the greater percentage of the sample presented diastemas, primate spaces increased; presents mesial step terminal plane with greater predominance on the right side; in the canine relationship prevails class I predominating on the right side, followed by class II with predominance on the left side.

Keywords: *characteristics, dental occlusion, children and Educational Institution.*

I. INTRODUCCIÓN

Las maloclusiones han aumentado progresivamente en los últimos años, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ocupan el tercer lugar como problema de salud oral. La mayoría de las enfermedades bucales, y en particular, las maloclusiones no son de riesgo de vida, pero por su prevalencia e incidencia, son consideradas un problema de salud pública (Fieramosca, 2015. p. 39).

El conocimiento del estado de salud bucal de la población resulta indispensable para la correcta planificación, organización y control de la atención estomatológica (Murrieta, 2016; p. 18).

La oclusión dentaria, sin duda, es el más amplio e importante capítulo de la Odontología, constituyendo la base sobre la cual se edifica la Ortodoncia, ciencia que estudia y atiende el desarrollo de la oclusión y su corrección por medio de aparatos mecánicos que ejercen fuerzas físicas sobre la dentición y los tejidos circundantes, por lo que para diagnosticar una desviación de la norma se necesita tener una visión lo más completa posible de la oclusión normal, ya sea en dentición decidua o permanente. El concepto de oclusión dental evolucionó de una idea puramente estática entre los dientes, a una revelación dinámica y fisiológicamente viable entre varios sistemas (Podadera, 2016; p. 41).

Se desprende que no se puede considerar lo normal como lo ideal, en el primer caso se habla de un concepto dinámico presente en la generalidad de una población determinada, mientras que lo ideal es aquella característica con rasgos de perfección muy poco encontrada en la especie humana, donde la mayoría de las desviaciones son de origen multifactorial (Espinoza, 2014; p. 62).

En las desviaciones que involucran a la oclusión dentaria, se pueden observar características muy diversas, pues ellas se relacionan con alteraciones óseas, dentarias, musculares y funcionales; sin embargo, se ha intentado desde los albores de la Ortodoncia como ciencia, clasificar estas alteraciones (Di Santi, 2017; p. 23).

La prevalencia de las maloclusiones en los dientes temporales es aproximadamente del 20%, pero esta se incrementa hasta un 60% durante la erupción de los dientes permanentes. Estudios estadísticos internacionales muestran que la prevalencia de las maloclusiones oscila entre el 41% y el 97%. En Cuba estudios epidemiológicos revelan un predominio entre el 43% y 89% en los diferentes grupos de población. En la década del 80 del siglo pasado, se realizaron investigaciones sobre este tema, coincidiendo en que más del 75 % de los niños de 3 a 14 años, estaban afectados (Cattoni, 2014; p. 54).

Las relaciones interarcadas cuando están en contacto, así como en céntrica, protrusión y movimientos de lateralidad es llamada oclusión dental, las características dadas en la dentición temporal es la precursora de la dentición definitiva, ya que es aquí donde se presentan la mayoría de los problemas de maloclusión, al realizar estudios en edades tempranas nos ayuda a predecir y prevenir las maloclusiones (Cattoni, 2014; p. 54).

En conclusión, la relación dada al unir las arcadas dentales en sus distintas posiciones es llamada oclusión dental, así como la mayor parte de los problemas de maloclusión están dados en la dentición temporal y su estudio nos ayuda en la predicción y prevención (Rubinsky, 2014; p. 13).

Los problemas de oclusión dental se predicen con las alteraciones presentes en la dentición decidua, en la ausencia de espacios primates se predice apiñamiento en dientes anteriores permanentes, el plano terminal distal y mesial exagerado determinan la clase II y III de Angle, esto altera el comportamiento mesial de la primera molar, sabiendo que el Perú presenta el 70 % de prevalencia de alteraciones dentales en edades tempranas, siendo posible predecir los riesgos de maloclusión que se darán en la dentición permanente (Zicari, 2017; p. 22).

Las maloclusiones en la oclusión dental permanente se pueden predecir a partir de los problemas presentes en la dentición decidua, como la relación molar, así como el apiñamiento presente en dientes anteriores por la ausencia de espacios primates en la dentición temporal (León, 2016; p. 17).

Por tanto, es de gran importancia el estudio de las características de la oclusión dental en niños ya que la afección de la oclusión dental no solo altera la estética del niño o niña, también puede afectar a futuro la función de masticación de los alimentos y por ende la nutrición infantil; asimismo el comportamiento psicológico (baja autoestima) y social (poca interacción con otros niños y niñas). Dado que la cantidad de estudios realizados en Perú, así como en la región son pocos y en algunos casos inexistentes, es necesario realizar estudios en este campo, para de este modo conocer la manera correcta de afrontar las futuras maloclusiones.

De los estudios realizados en nuestro país son pocos los que se enfocan en las características de la oclusión esa es la razón por la cual se realizó la presente investigación.

Considerando esta realidad problemática a nivel internacional, nacional y local se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son las características de la oclusión dental en niños de 4 a 5 años, institución educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018?, teniendo en cuenta que cada día miles de personas acuden los hospitales y clínicas particulares para atender a los niños quienes presentan diferentes problemas odontológicos, los mismos que cargan con una serie de necesidades, temores, dolor por la enfermedad de sus seres queridos. Por ello es importante que como profesionales de odontología abordemos este tema para conocer primero cuales serían las características de la oclusión dental en niños de 4 a 5 años. La atención del servicio de odontología está cambiando en el mundo haciéndolo más abierto, accesible y participativo la atención a las personas que acuden con los menores de edad para realizar este tipo de atención en odontología.

Por tanto se planteó como objetivo general: determinar las características de la oclusión dental en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018., con la finalidad de realizar un diagnóstico de estas características y poner este tema en consideración de los directivos de la Institución Educativa en mención y se implementen las medidas a fin de atender también a los familiares y se pueda además proponer una atención en odontología más abierta y más participativa hacia la familia. Así mismo habiendo pocos estudios sobre

el tema, el presente trabajo se constituirá en un material valioso y será un referente para posteriores estudios sobre el tema.

En los siguientes capítulos de la tesis se presentan los objetivos, el marco teórico utilizado para la investigación, los materiales y métodos, los resultados y discusión, así como las conclusiones y recomendaciones.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general:

Determinar las características de la oclusión dental en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.

2.2. Objetivos específicos:

- Identificar las características de la oclusión dental en niños de 4 a 5 años, según planos terminales, Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.
- Identificar la relación canina en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.
- Identificar la forma del arco dental en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.
- Identificar el tipo de arco dental según Baume en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes de estudio.

Martínez et al (2017) Cuba. En su investigación sobre las características de la oclusión dentaria en niños de 4 y 5 años. Los resultados fueron que en la serie se obtuvo que al menos 17,4 % de los niños examinados presentaban alteración en la oclusión permanente respecto a la relación de los molares temporales, con más frecuencia del sobrepase de media corona (31,4 %) y menos reiteración de la oclusión de los dientes de borde a borde (con solo 9 niños). Por último, pudo concluirse que 46,6 % de los niños presentó una oclusión anómala.

Cisneros y Cruz (2017) Cuba. En la investigación: detalles clínicos de la oclusión dental de un círculo infantil, con vistas a mostrar detalles clínicos de la oclusión dentaria en estos menores, según variables seleccionadas. En la serie predominaron los niños de 4 años de edad, el sexo femenino y las maloclusiones; en tanto, la succión digital y la disfunción lingual fueron los hábitos fundamentales. Asimismo, se obtuvo una primacía de la mordida abierta como característica de la maloclusión.

Escobar et al (2016) Colombia. En su investigación: características oclusales de los niños de 5 años del municipio de Andes (Antioquia, Colombia). Los resultados fueron que se encontró relación canina clase I en el 84% y clase II con un 12%. La sobremordida horizontal y la vertical fueron normales en el 60,8% y en el 58,4% respectivamente y el 6,4% tenían mordida cruzada posterior. No se encontró ninguna alteración oclusal en el 48,8% de los niños; mientras que en el 3,2% las 4 características oclusales evaluadas estaban alteradas. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las características oclusales según sexo. Conclusión: La presencia de alteraciones en la oclusión, detectadas en mayor proporción que el promedio nacional, requiere implementar en el municipio acciones para su detección y tratamiento oportuno que contribuyan a un adecuado crecimiento y desarrollo craneofacial.

Cabrera et al (2016). Cuba. En su investigación titulada: estado de la oclusión y tratamiento selectivo en niños con dentición temporal y mixta temprana. Los resultados fueron en 94,0 % de los pacientes tratados con la mencionada técnica

se logró restablecer la dinámica mandibular, al rebajar las interferencias cuspídeas y lograr que masticasen por el lado o los lados requeridos, según sus características individuales.

Pedroni (2012). México. En su investigación: “Características oclusales, craneométricas y biotipo facial en una población de niños mestizos preescolares de la ciudad de Chihuahua”. En los resultados se encontraron que el 15% de la población estudiada presentó algún tipo de maloclusión, con un promedio de edad de 3 a 5 años, con mayor predominio del sexo masculino 60%. Las conclusiones fueron: La maloclusión de la dentición temporal en la población de estudio fue de baja incidencia (15%). El tipo de arcada con mayor presencia fue Baume tipo I con un 76% y el 24% tuvo una arcada Baume tipo II, en la cual no se presentan espacios del desarrollo, en consecuencia, hay probabilidad de que se desarrolle alguna maloclusión por falta de espacio. El 24% de la población presentó con arcada Baume tipo II, esto sugiere, que sin ninguna intervención estos pacientes pueden desarrollar futuras maloclusiones Clase I molar por falta de espacio en segmentos anteriores. No se encontró cambios en el ancho de los arcos dentales en niños de 3 a 5 años ocasionados por algún factor externo, que sugiera un pronóstico de maloclusión.

Rodríguez y Díaz (2012). Venezuela. En su estudio: determinar las características de la oclusión en la dentición temporal en niños escolarizados de una escuela pública de la zona norte de Valencia, Venezuela. Los resultados fueron que se encontró arco tipo I (88,2%) y arco tipo II (38,1%). 76,2% mostró plano terminal recto, 29,4% escalón mesial y 5,9% escalón distal. Se observó relación canina clase I (70,5%), clase II (29,4%) y clase III (4,8%). Predominó la distancia 1-2mm para overjet y overbite en toda la muestra. Más de la mitad de los niños presentaron características normales de oclusión dental, con un desarrollo y crecimiento de ésta según la edad.

Ramírez et al. (2011). México. En su investigación cuyo objetivo fue: conocer las características de la oclusión primaria más frecuentes, alteraciones que predisponen y conllevan a la futura maloclusión, y las maloclusiones presentes en preescolares. Resultados: De los 61 (76%) niños solo el 12% de ellos presentaron

las características de la oclusión primaria, el 67% presentó más de una alteración. La ausencia de espacios de desarrollo en el 67%, de los casos, sobremordida horizontal el 15%, mientras que el 38% presentó sobremordida vertical, en relación a la oclusión posterior el 3% presentó planos terminales distales y el 22% mesial exagerada. De las maloclusiones estudiadas destacó la mordida abierta con el 32% seguidamente la mordida cruzada anterior con el 31%. Conclusiones: La ausencia de espacios de desarrollo en la primera dentición predice el apiñamiento dental en los permanentes. La diferencia de dimensión en la sobremordida horizontal y vertical de los incisivos, limita el desarrollo y funcionalidad de los maxilares. La mala oclusión de mordida abierta y la mordida cruzada anterior son signos que afectan complejo craneofacial de ambas denticiones.

Carrascal (2017). Cajamarca-Perú. En su investigación sobre la prevalencia de las características de la oclusión en preescolares de 5 años de edad, cuyos resultados fueron que presentaron mayores frecuencias del plano terminal molar recto (59.6% derecho y 62% izquierdo); plano terminal molar Escalón medial (34.7% derecho y 30% izquierdo). Las conclusiones fueron que existe una alta prevalencia de alteraciones de las características de la oclusión en edades tempranas, siendo posible predecir riesgos de maloclusiones en la dentición permanente.

Aranda (2016). Huaura - Perú. Cuyo objetivo fue determinar las características de la oclusión en dentición decidua en pre escolares de 3 a 6 años en la Institución Educativa Particular Guadalupe del distrito de Huaura en el 2016. En los resultados se encontró respecto a las características de la oclusión en dentición decidua se observa que el 55.8% presenta arco de Baume tipo I, el 55.7% presenta relación canina clase I, el 40.4% presenta plano terminal con escalón recto, el 86.5% presenta Over bite ideal, el 100% presenta Over jet moderado y el 55.8% presenta espacios primates, respecto a la distribución de los pre escolares según género se observa que el 69.2% son del género masculino y el 30.8% son del género femenino. Concluyendo: Alrededor de más de la mitad de los preescolares presenta características de oclusión adecuadas en la dentición decidua. La mayor cantidad de pre escolares evaluados son del género masculino. Los espacios primates están presentes en ambas arcadas. El Over jet moderado y el Over bite ideal son los más frecuentes. El plano terminal con escalón recto es más frecuente.

La relación canina clase I predomina en los pre escolares. Predomina con mayor frecuencia el tipo 1 de arco según Baume en los preescolares.

Tello y Zumaeta (2016). Iquitos- Perú. El presente estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre las características más prevalentes del desarrollo oclusal en dientes deciduos y el género en niños de 3 a 5 años de la I.E.I N° 591, Iquitos – 2016. Los resultados fueron: El mayor porcentaje no presentó espacio de primates con el 66,3%. El mayor porcentaje de la muestra no presentó diastemas generalizados, el género masculino con el 34,9% y el femenino con el 24,6%. El mayor porcentaje presentó leve mordida vertical. El mayor porcentaje presentó leve mordida horizontal. El mayor porcentaje presentó Escalón mesial en el lado derecho. El mayor porcentaje presentó plano terminal recto en el lado izquierdo. En la relación canina el mayor porcentaje presentó Clase II. El mayor porcentaje no presento dientes anteriores verticales. El mayor porcentaje presentó un arco ovoide. No existe relación entre el género y el plano terminal. No existe relación entre plano terminal y relación canina. No existe relación entre género y la forma del arco. Si existe relación entre la forma del arco superior y la forma del arco inferior.

Flores (2014) Lima- Perú, en su investigación “Asociación de las características oclusales con la edad y género en niños con dentición decidua de una Institución educativa pública del distrito de Ate Vitarte en el año 2013”. Resultados: Se encontró asociación estadísticamente significativa entre los espacios primates superior ($p=0.041$) e inferior ($p=0.002$), plano terminal bilateral ($p=0.040$) y la línea media inferior con la edad ($p=0.032$). Conclusiones: Se encontró asociación de los espacios primates superior e inferior, plano terminal bilateral y la línea media inferior con la edad 9.

Williams et al (2014) Perú, en su investigación “Dimensiones de arcos y relaciones oclusales en dentición decidua completa”. Se reportan medidas promedio y frecuencias para las relaciones oclusales. Se encontraron diferencias significativas según sexo para la presencia de espacios primates en el arco inferior, y para el ancho bicanino superior y, según edades.

3.2. Base teórica

A. Oclusión:

A.1. Definición:

La oclusión deriva del latín *occlusio*, que se refiere al estado de algo comúnmente abierto y que se encuentra obstruido o cerrado, por lo que en odontología se refiere al momento en que los dientes de la mandíbula y maxila se encuentran en su máximo contacto (Hernández et al, 2014, p. 2).

Torres M, definió al término oclusión dental es la relación que se establece al poner los arcos dentarios en contacto además cito a Sim, (1973) quien señaló una definición de normal señalando que hay ausencia de enfermedad, además los valores normales están dados dentro de una gama de adaptación fisiológica por lo que un niño con oclusión normal sería el que no tiene un sistema masticatorio, factores de desviación o que a su vez estos fueran completamente reducidos Sim 1973 (como se citó en Torres, 2009, p.4).

Oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto." Los niños difieren considerablemente entre sí, aun dentro de la misma familia con respecto de los factores de crecimiento, pautas esqueléticas y faciales, tamaño, forma y espacio entre los dientes de cada arco. No existe una pauta de diagnóstico que, tomada de un niño pequeño, nos indique cual será el cuadro en el adulto (Sim, 1973, p. 22).

Para Barberia, en el 2001 y Boj et al, en el 2004 mencionaron que la oclusión en la dentición decidua se establece por una insuficiente sobremordida incisiva y resalte, además los autores plantearon que la llave de oclusión temporal, es cuando el canino superior con su apoyo triodontal contacta con el canino inferior y el primer molar incluso señalaron que los segundos molares deciduos se relacionan mediante un plano terminal. Los autores también establecieron que existe una implantación casi perpendicular de los dientes respecto a sus bases óseas (p. 64 y 71).

Nahas, en el 2010 evidenció algunas relaciones como: la forma de los arcos, diastemas, número, tamaño, forma y posición de los dientes, además indicaron sobre las relaciones anteroposteriores refiriéndose a la relación céntrica, relación molar y canina, sobre las relaciones transversales añadieron que en la dentición temporal cada diente del arco dentario superior debe ocluir en sentido mesio distal con su antagonista del arco dentario inferior y la pieza dentaria que le continúa en sentido distal, a excepción del segundo molar superior y el incisivo central inferior, la línea media superior debe coincidir con la inferior y con la línea media de la cara, en cuanto a la relación vertical los dientes superiores sobrepasan la mitad de la corona de los dientes inferiores o pueden cubrirla completamente, siendo esto último normal en la oclusión temporal (Nahas, 2010, pp. 28-29).

Signos "normales" en la Dentición decidua (Baume, 1950, p. 36):

- Diastemas generalizados.
- Espacios del Primate ubicados en distal de los laterales superiores y de los caninos inferiores.
- Leve sobremordida vertical.
- Leve sobremordida horizontal.
- Plano Terminal Recto o escalón M.
- Relación Canina Clase I,
- Dientes anteriores Verticales.
- Forma Ovoide de arcos

Edward Angle, al final del siglo XIX, desarrolló el concepto de oclusión en dentición natural, con la publicación de su clasificación de maloclusiones, estableciéndose por primera vez, el concepto de oclusión normal en la dentición natural. Angle consideró la relación molar como la llave de la oclusión y afirmó que, en el caso de ser la correcta, los dientes, al estar dispuestos según una línea de oclusión curva, parabólica, suave y regular, originarán una oclusión normal (Proffit & Fields, 2000, p. 14).

Se simplificó así el concepto de oclusión normal pasando a considerarse 4 clases en la Clasificación de Angle (Proffit & Fields, 2000, p. 15):

- Oclusión normal
- Maloclusión de clase I
- Maloclusión de clase II
- Maloclusión de clase III

A.2. Espacios fisiológicos:

Según Nakata, (1992) es común encontrar estos espacios en la dentición decidua denominándolos espacios de desarrollo los cuales se los observa entre los 3 y 4 años de edad (p. 13).

Guedes et al (2011) De igual forma los llamaron diastemas fisiológicos anteriores y posteriores, los investigadores, notificaron que son espacios iguales o mayores a 0.5mm (p. 34). Similarmente Serna & Silva (2005) citaron a Villavicencio, (1996) y Sim, (1980) quienes señalaron que es normal el espaciamiento entre los incisivos deciduos permitiendo que los dientes permanentes tengan un espacio adecuado para erupcionar y que la falta de espacio o sobreposición de los incisivos primarios marcan la probable erupción de los incisivos permanentes con apiñamiento (pp. 49-50).

El apiñamiento en la dentición decidua está asociado desde el principio al menor ancho alveolar (p. 52). Por su parte Boj et al (2004) añadieron que, para reducir el apiñamiento de los dientes permanentes, debe existir una combinación con el ángulo de erupción a más de los espacios interdentarios y que el tamaño mesiodistal del segundo molar deciduo es de mayor dimensión que el del premolar definitivo que lo sustituirá (Bordoni, 2010; p. 73).

Es así que se tiene los siguientes espacios:

A.2.1. Espacios interdentarios: Para Barberia (2001) son espacios presentes entre diente y diente situados frecuentemente en la zona incisiva, los mismos que van a permitir que los incisivos permanentes se alinien fácilmente (p. 66). Guedes et al (2011), establecieron estos espacios en inter-arcadas o relaciones maxilomandibulares (p. 38); los investigadores tomaron en cuenta la clasificación de Baume, (1950) quien los dividió en: tipo I o espaciada y tipo II ó cerrada, además señaló un tipo mixto, arco tipo I superior y tipo II inferior o arco tipo II superior y tipo I inferior (p. 443).

A.2.2. Espacios primates: Los espacios se localizan por distal de los caninos deciduos inferiores y mesial de los caninos superiores. Éstos espacios son de origen congénito; asimismo además estos espacios son característicos de los simios por lo cual los denominó "espacios primates" (Barberia et al., 2015; pp. 88, 441).

A.3. Dimensión transversal de la oclusión

La evaluación transversal de la oclusión puede presentarse en: normo-oclusión (mandíbula contenida en el maxilar), mordida cruzada anterior, posterior, unilateral o bilateral; adicionalmente la mordida cruzada unilateral puede conllevar a una asimetría facial en el adulto ya que la mandíbula se encuentra en rotación con respecto a la base del cráneo, realizó estudios sobre la frecuencia de la mordida cruzada unilateral en diferentes grupos y obtuvo como resultado que esta maloclusión se desarrolla a temprana edad y que sólo un pequeño porcentaje (0-20%) sufre corrección espontánea (Guedes et al 2011, p. 42).

A.3.1. Relación molar

La relación molar hace referencia a la cara distal de los segundos molares deciduos superiores e inferiores. la relación molar como plano terminal señalando que es la relación mesio-distal entre las superficies distales de los segundos molares superior e inferior

deciduos cuando se contactan en relación céntrica. la dentición decidua se completa después de la erupción de los segundos molares primarios siendo uno de los factores influyentes en el establecimiento de la futura localización de los dientes permanentes (Nahas, 2010; p. 13); p. 16).

Las relaciones entre el extremo distal de los segundos molares primarios son de importancia fundamental para el desarrollo de la oclusión, especialmente en relación con la erupción del primer molar permanente (Raupp et al, 2008, p. 199).

Sostienen la siguiente clasificación:

- a. Nivelado o plano vertical (recto): Constituye la posición de la superficie distal de los segundos molares deciduos maxilares y mandibulares que permanecen en el mismo plano vertical.
- b. Tipo escalón mesial: En la cual la superficie distal del segundo molar deciduo mandibular esta hacia mesial del segundo molar maxilar deciduo.
- c. Tipo escalón distal: Formado por la superficie distal del segundo molar deciduo mandibular que está hacia distal del segundo molar primario.

A.3.2. Relación canina:

La posición del canino deciduo es una característica primordial para el diagnóstico sagital inter-arcadas Adicionalmente. la clasificación de la relación entre los caninos deciduos en clase I, II y III señalada a continuación (Guedes et al 2011, p. 43).

- a. **Clase I:** A nivel sagital la punta de la cúspide del canino deciduo superior está en el mismo plano vertical que la superficie distal del canino inferior deciduo en oclusión céntrica.

b. Clase II: La punta de la cúspide del canino deciduo superior a nivel sagital está más anterior que la superficie distal del canino temporal inferior en oclusión céntrica.

c. Clase III: La punta sagital de la cúspide del canino deciduo superior a nivel está más posterior que la superficie distal del canino temporal inferior en oclusión céntrica.

A.4. Sobresalencia Overjet

Mariño & López (2003) citaron a Vellini, (2002) quien señaló que es el espacio entre la cara vestibular del incisivo central inferior y el borde incisal del central superior con una media normal de 0 a 3mm determinada de forma paralela al plano oclusal. Puede ser positiva cuando el incisivo central superior está situado por vestibular en relación al incisivo central inferior y nula cuando las caras vestibulares de los incisivos centrales superiores e inferiores están en un mismo plano. Valores negativos son obtenidos cuando el incisivo central inferior está situado por vestibular en relación al incisivo central superior (p. 22).

Este resalte es la distancia que hay entre el borde incisal de los incisivos anteriores superiores e inferiores en sentido sagital y pueden estar influenciadas por comportamientos culturales o hábitos alimenticios, además citó a Moyers, (1991) quien clasificó al overjet de la siguiente manera (Castro et al, 2002; pp. 6-7):

- Borde a borde, cuando los bordes incisales superiores e inferiores contactan entre sí.
- Leve, sobresalencia positiva no excede los 2mm.
- Moderada, sobresalencia positiva en la cual sus valores van de 2.1mm a 4mm.
- Exagerada, sobresalencia positiva incisal superior a 4mm.
- Negativa- mordida cruzada anterior.

Por su parte Serna & Silva (2005) señalaron algunos criterios que fueron establecidos por Foster & Hamilton en (1969) quienes clasificaron a la sobremordida horizontal en (p. 47):

- Ideal (protrusión incisiva positiva que no exceda de 2mm).
- Aumentada (sobreprotrusión incisiva mayor a 2mm).
- Borde a borde (cuando los incisivos superiores e inferiores están en una posición borde a borde en posición céntrica).

El overjet puede ser positivo cuando los incisivos centrales superiores están por vestibular en relación a los incisivos centrales inferiores; nulo cuando los bordes de los incisivos centrales se encuentran juntos y negativo cuando los incisivos centrales inferiores se encuentran por vestibular de los superiores (Guedes et al, 2011, p. 46).

A.5. Dimensión vertical

A.5.1. Sobremordida vertical (Overbite)

El overbite es la distancia en sentido vertical, entre los bordes incisales de los incisivos centrales inferiores y superiores deciduos, la cual se considera negativa en casos de mordida abierta anterior (Guedes et al, 2011, p. 48).

Los incisivos deciduos son casi perpendiculares al plano oclusal, considerándose como normal cuando los incisivos superiores cubren un tercio de la corona de los dientes inferiores. A los cinco años los caninos y los molares deciduos están desgastados por lo que hay menos sobremordida y desplazamiento horizontal incluso señaló que las relaciones verticales examinadas a los tres años de edad suelen permanecer hasta la aparición de los primeros molares permanentes (Torres, 2009, p. 7).

Sobremordida vertical se clasifica en (Serna & Silva, 2005, p. 47) citado de Foster y Hamilton (1969):

- **Ideal:** Se mencionó como overbite ideal cuando las superficies incisales de los incisivos inferiores hagan contacto con las superficies palatinas de los centrales superiores temporales, estando en oclusión céntrica.
- **Reducido:** El overbite reducido es cuando las superficies incisales de los incisivos inferiores temporales no hacen contacto con las superficies palatinas de los incisivos superiores ni con el paladar, aún cuando existe una sobremordida horizontal.
- **Aumentada:** Finalmente se indicó que overbite aumentado es cuando las superficies incisales de los incisivos inferiores tocan el paladar.

A.6. Establecimiento de la normalidad en la dentición primaria

A los treinta meses, cuando toda la dentición primaria ha hecho erupción se establece la oclusión (Guedes et al, 2011, p. 50).

Adicionalmente las siguientes características de normalidad en la dentición decidua son:

- **Relación incisal:** La relación incisal se da cuando los incisivos están más verticalizados en su implantación sobre la base maxilar y el ángulo interincisal es abierto. (Traspase vertical y horizontal positivo). El arco dentario superior debe contener por completo al arco inferior, para esto la morfología de los dos arcos dentarios deber ser compatibles entre sí y las dimensiones transversales del arco dentario superior deben ser mayores que la del arco inferior. (Mariño, 2003; p. 24).
- **Relación canina:** El vértice del canino superior ocluye sagitalmente a nivel del punto de contacto entre el canino y el primer molar inferior. La relación sagital entre los arcos dentarios por regla debe reflejar la

relación sagital esquelética la cual está determinada por la relación canina (Mariño, 2003; p. 24).

- **Relación molar:** Es la relación de la cara distal del segundo molar deciduo superior e inferior. El brote del crecimiento mandibular es fundamental para que se establezca una relación molar de Clase I. Si la mandíbula no se adelanta, antes de la erupción, el primer contacto oclusal puede establecerse en relación de Clase II; influye aquí tanto el patrón y ritmo de crecimiento mandibular como la presencia de hábitos, (respiración, succión) que promueven el adelantamiento del maxilar superior, o retrasan el desarrollo de la mandíbula. (Mariño, 2003; p. 24).
- **Diastemas:** En lo que respecta a los diastemas en dentición temporal señalaron su importancia ya que es un signo que permitirá un diagnóstico precoz de futuras anomalías de los dientes permanentes, los autores además señalaron que la falta de diastemas puede ser debido al micrognatismo transversal del maxilar o con menos frecuencia a macrodoncia de dientes temporales (León et al (2006) p. 13).
- **Fase Final de la dentición decidua:** La fase final de la dentición decidua presenta signos de maduración o desgaste generalizado de las cúspides, sobre todo de caninos favoreciendo la correcta transición para la dentición mixta (Según Mariño, 2003; p. 28).

A.7. Características de alteraciones en la dentadura decidua

Las alteraciones las determinaron por interarcadas entre las cuales se tiene las siguientes (Guedes et al, 2011, p. 51):

- Arcada dentaria inferior contenida o no en la arcada dentaria superior
Ejemplo: mordida cruzada posterior bilateral.
- Relación sagital entre caninos deciduos clase II o clase III Ejemplo: relación clase II de caninos.
- Traspase vertical negativo.

B. Teorías

B.1. Teoría epistemológica de Ludwik Fleck

Concibe una construcción del saber a partir de la relación dialéctica entre el sujeto (individuo) y el objeto (realidad objetiva), mediada por el estado de conocimiento, entrelazada en relaciones históricas representadas y psicosocialmente construidas. Para Fleck, el conocer representa una actividad más condicionada socialmente de la persona y del conocimiento, y de construcción social por excelencia. Al analizar los descubrimientos científicos, Fleck dimensiona una construcción de nuevo conocimiento lejos de las fronteras del individuo investigador. La tradición, la formación y la costumbre darían origen a una disposición para percibir y actuar conforme a un estilo de pensamiento en un colectivo de conocimiento, bien sea de forma dirigida o restringida. Los presupuestos o enunciados protocolares, basados en una observación directa (hechos) no son neutros, sino que siguen un sistema de pensamiento adecuado a este estilo. Por tanto, el investigador no es consciente, al principio, de la naturaleza hipotética de su afirmación sin poseer una observación pura o directa, más bien, una observación adquirida por una experiencia cargada de presuposiciones que indican una orientación (Gómez, 2010, p. 32).

3.3. Definición de términos básicos:

- a. Oclusión dental:** Se refiere a las relaciones de contacto de los dientes en función y para función; sin embargo, no solo designa al contacto de las arcadas a nivel de una interface oclusal, sino también a todos los factores que participan en el desarrollo y estabilidad del sistema masticatorio y uso de los dientes en la actividad o conducta motora bucal. (Gómez, 2010, p. 32).

- b. Dentición decidua:** Es también conocida como dentición temporal, dentición infantil, de leche o primaria; es el primer juego de dientes que aparecen en los niños a partir de los 6 meses. Esta dentición será reemplazada a partir de los 6 años por la dentición permanente (Gómez, 2010, p. 32).

c. Espacios interdentarios: Son espacios presentes entre diente y diente situados frecuentemente en la zona incisiva, los mismos que van a permitir que los incisivos permanentes se alinien fácilmente; se divide en: tipo I ó espaciada y tipo II o cerrada, además señaló un tipo mixto, arco tipo I superior y tipo II inferior o arco tipo II superior y tipo I inferior. (Gómez, 2010, p. 32).

d. Espacios primates: Estos espacios se localizan por distal de los caninos deciduos inferiores y mesial de los caninos superiores, estos espacios son de origen congénito. (Gómez, 2010, p. 32).

3.4. Variables de estudio:

3.4. Variable principal: Características de la oclusión dental

IV. MARCO METODOLÓGICO

4.1. Diseño de investigación:

La investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo observacional; según la planificación de la toma de datos fue prospectiva; según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio es transversal (Supo, 2014, p. 1).

De enfoque cuantitativo porque se reunió datos por medio de entrevistas y observaciones, técnicas normalmente asociadas como los métodos cuantitativos, sin embargo, lo codifican de tal manera que permiten hacer un análisis estadístico. De nivel descriptivo porque describe los hechos tal como se presenta en la naturaleza. Tipo de investigación: observacional, porque no se manipularon las variables ya que los datos reflejan la evolución natural de los eventos; prospectivo porque los datos se recolectaron de fuentes primarias o sea directamente de la muestra objeto de estudio. Transversal por que las variables se midió en una sola ocasión (Supo, 2014, pp. 1-3).

El diagrama es el siguiente:



Dónde:

M = Niños y niñas 4 a 5 años de la Institución Educativa N° 18322

O = Características de la oclusión

4.2. Universo muestral

La población muestral está constituida por el 100% (84) niños de 4 a 5 años, que estudian en la institución educativa N° 18322, matriculados en el año académico 2018, el cual se encuentra distribuido de la siguiente manera:

Aula	Sección	Total
4 años	A	17
4 años	B	15
5 años	A	27
5 años	B	25
Total		84

Fuente: Padrón de la IIEE N° 18322, año 2018.

Muestreo: Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia (Hernández, 2014, p. 243).

Criterios de inclusión:

- Niños y niñas que presentaron dentición decidua completa.
- Niños y niñas sin presencia de caries ni restauraciones desbordantes.
- Madres de niños y niñas que firmaron la hoja de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Niños y niñas que presentaron pérdida prematura de dientes deciduos primarios.
- Niños y niñas que presentaron caries proximales, obturaciones proximales defectuosas.
- Niños y niñas que presentaron tratamientos ortopédicos previos.
- Niños y niñas que presentaron erupción del primer molar permanente.

4.3. Método, técnica e instrumento de recolección de datos:

4.2.1. Método : Encuesta (Canales, 1994, p. 18).

4.2.2. Técnica : Evaluación clínica (Hernández, 2008, p. 251).

4.2.3. Instrumento

Para medir la variable en estudio se utilizó la ficha de evaluación elaborado por Tello y Zumaeta (2016), presenta cuatro partes: presentación, instrucciones, contenido y valoración final.

Dentro del contenido se tiene los datos generales y las características de la dentición decidua, tales como:

- Diastemas
- Espacios del primate
- Sobremordida vertical
- Sobremordida horizontal
- Dientes anteriores verticales

Los cuáles fueron evaluados mediante la presencia (Sí= 1) o ausencia (No= 0).

Asimismo, se evaluó el plano terminal, la relación canina y la forma de arcos, obteniendo el resultado según las características encontradas.

- Plano terminal:
 - ✓ Recto = 0
 - ✓ Escalón mesial = 1
 - ✓ Escalón distal = 2
- Relación canina:
 - ✓ Clase I = 0
 - ✓ Clase II = 1
 - ✓ Clase III = 2
- Forma de arcos:
 - ✓ Ovoide = 0
 - ✓ Rectangular = 1
 - ✓ Triangular = 2
- Tipo de arco según Baume:
 - ✓ Tipo I = 0
 - ✓ Tipo II = 1

Procedimiento de recolección de datos:

- Se solicitó permiso al Director de la Institución educativa N°18322 Abraham López Lucero, con la finalidad de recolectar los datos.
- Se solicitó una reunión en cada aula con los padres y/o madres de familia para solicitar su aceptación en el desarrollo de la investigación (consentimiento informado).

- Se coordinó con la Docente de cada sección, para solicitar sus datos completos del niño o niña (fecha de nacimiento, edad, etc.) y para establecer la fecha y el horario de recolección.
- Posteriormente se explicó a los niños y niñas que participaron en el estudio, el procedimiento que se realizó, con la finalidad de obtener su aceptación y participación.
- Se inició con una valoración oral utilizando espejos exploración, guantes y baja lenguas para detectar la presencia de caries u otros que no lo pueda considerar como parte del estudio.
- Tras la realización de este primer examen, se seleccionó aquellos niños y niñas que no cumplen con los criterios de inclusión o que a su vez presentan alguno de los criterios de exclusión que se citó anteriormente.
- Seguidamente se realizó la exploración de la cavidad oral, para lo cual se escribió todo lo observado en la ficha de evaluación de cada niño o niña.

4.4. Análisis de datos

La información final fue procesada utilizando el programa estadístico SPSS versión 20 y la hoja de cálculo Excel 2010. El análisis estadístico que se utilizó fue la estadística descriptiva considerando niveles de significancia de 0.05 (confiabilidad de 95% y margen de error de 5%). Los resultados se presentan mediante tablas simples, y gráficos de barra.

4.5. Consideraciones éticas

El estudio se realizó previo a una reunión con las autoridades y padres de familia a quienes se les explicó el procedimiento, beneficios del estudio y posterior a su autorización y consentimiento informado (firmado) se procedió a conversar también con los niños y niñas a quienes se les explicó de manera muy sencilla el procedimiento a realizar.

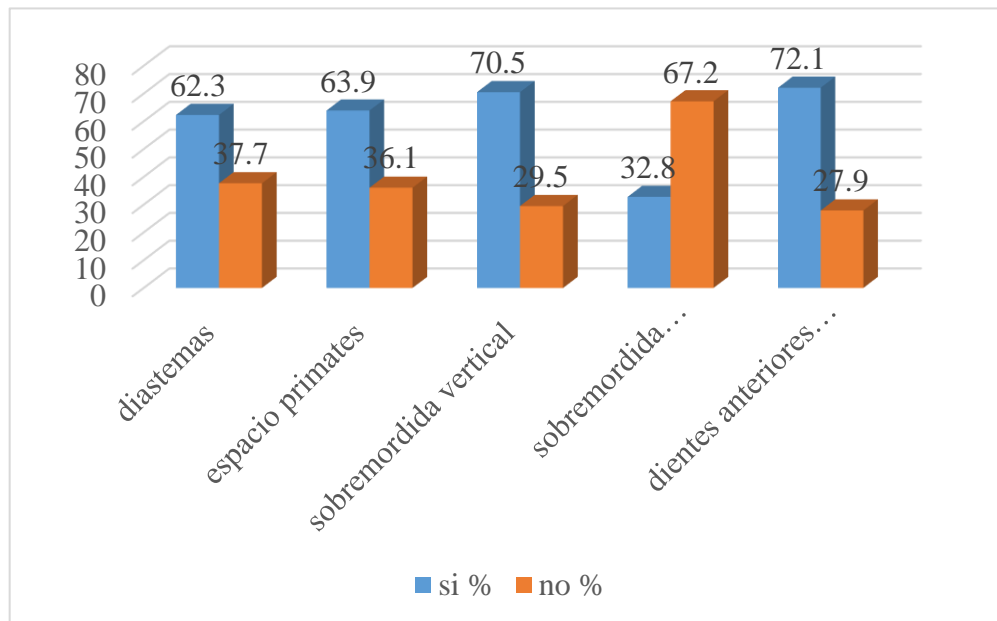
V. RESULTADOS

Tabla 1. Características de la oclusión dental en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.

Características de la dentición decidua	sí		no		total	
	fi	%	fi	%	fi	%
diastemas	38	62.3	23	37.7	61	100
espacio primates	39	63.9	22	36.1	61	100
sobremordida vertical	43	70.5	18	29.5	61	100
sobremordida horizontal	20	32.8	41	67.2	61	100
dientes anteriores verticales	44	72.1	17	27.9	61	100

Fuente: Padrón de la IIEE N° 18322, año 2018.

Figura 1. Características de la oclusión dental en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.



Fuente: tabla 1

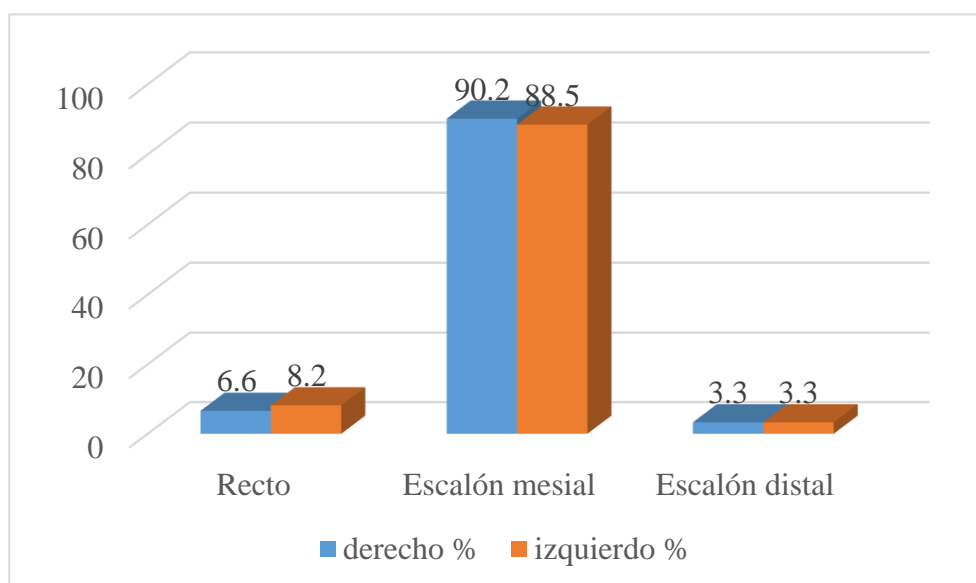
En la Tabla 1 se evidencio que: el 37.7 % (23) niños no presentan diastemas; el 62.3 % (38) niños si presentan diastemas; el 36.1 % (22) niños no presentan espacios primates; el 63.9 % (39) niños si presentan espacios primates; el 29.5 % (18) de niños no presentan sobremordida vertical; el 70.5 % (43) niños si presentan sobremordida vertical; el 67.2 % (41) de niños no presentan sobremordida horizontal y el 32.8 % (20) niños si presentan sobremordida horizontal.

**Tabla 2. Planos terminales en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322
Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018**

Plano terminal/ lado	derecho		izquierdo	
	fi	%	fi	%
Recto	4	6.6	5	8.2
Escalón mesial	55	90.2	54	88.5
Escalón distal	2	3.3	2	3.3
Total	61	100	61	100

Fuente: Padrón de la IIEE N° 18322, año 2018.

Figura 2. Planos terminales en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.



Fuente: tabla 2

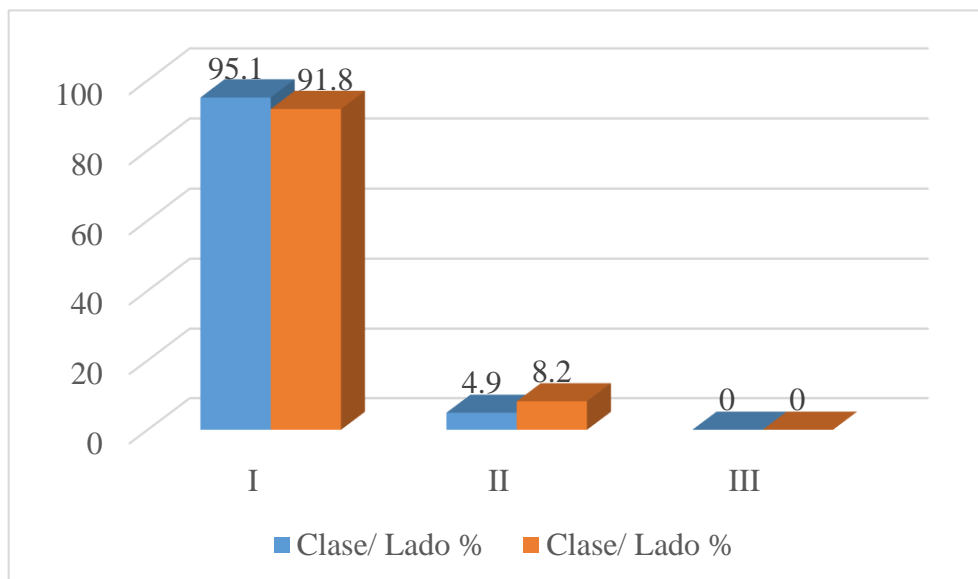
En la Figura 2 se puede observar que: en el lado derecho 6.6 % (4) niños presentan plano terminal recto; el 90.2 % (55) niños presentan plano terminal escalón mesial; el 3.3 % (2) niños presentan plano terminal escalón distal; en el lado izquierdo 8.2 % (5) niños presentan plano terminal recto; el 88.5 % (54) niños presentan plano terminal escalón mesial, y el 3.3 % (2) niños presentan plano terminal escalón distal.

**Tabla 3. Relación canina en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322
Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.**

Clase/ Lado	Derecho		Izquierdo	
	fi	%	fi	%
I	58	95.1	56	91.8
II	3	4.9	5	8.2
III	0	0	0	0
Total	61	100	61	100

Fuente: Padrón de la IIEE N° 18322, año 2018.

**Figura 3. Relación canina en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322
Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018**



Fuente: Tabla 3

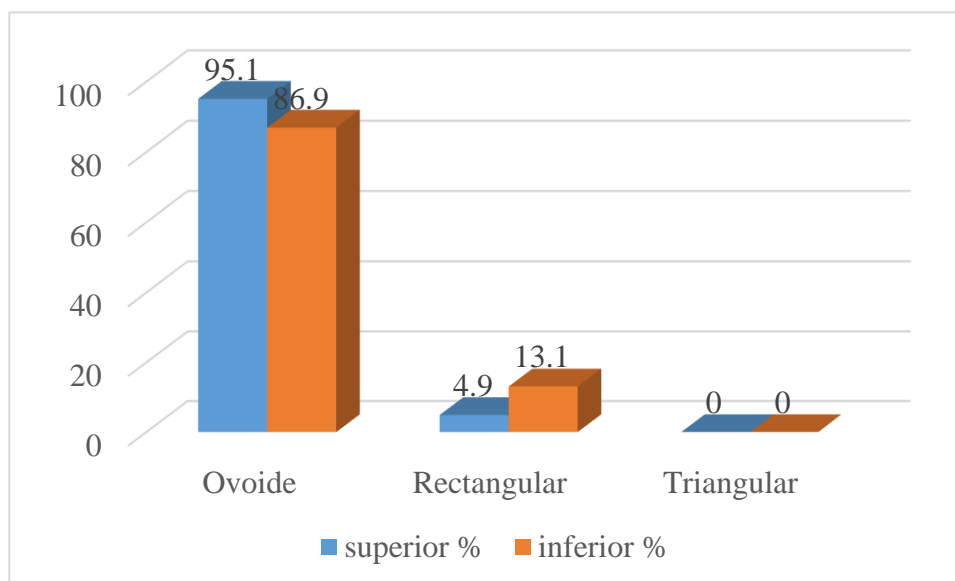
En la Figura 3 se evidencia que: en el lado derecho el 95.1 % (58) niños presentan relación canina clase I; el 4.9 % (3) niños presentan relación canina clase II; en el lado izquierdo el 91.8 % (56) niños presentan relación canina clase I y el 8.2 % (5) niños presentan relación canina clase II.

**Tabla 4. Forma de arco en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322
Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.**

Forma/ Arco	Superior		Inferior	
	fi	%	fi	%
Ovoide	58	95.1	53	86.9
Rectangular	3	4.9	8	13.1
Triangular	0	0	0	0
Total	61	100	61	100

Fuente: Padrón de la IIEE N° 18322, año 2018.

Figura 4. Forma de arco en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.



Fuente: Tabla 4

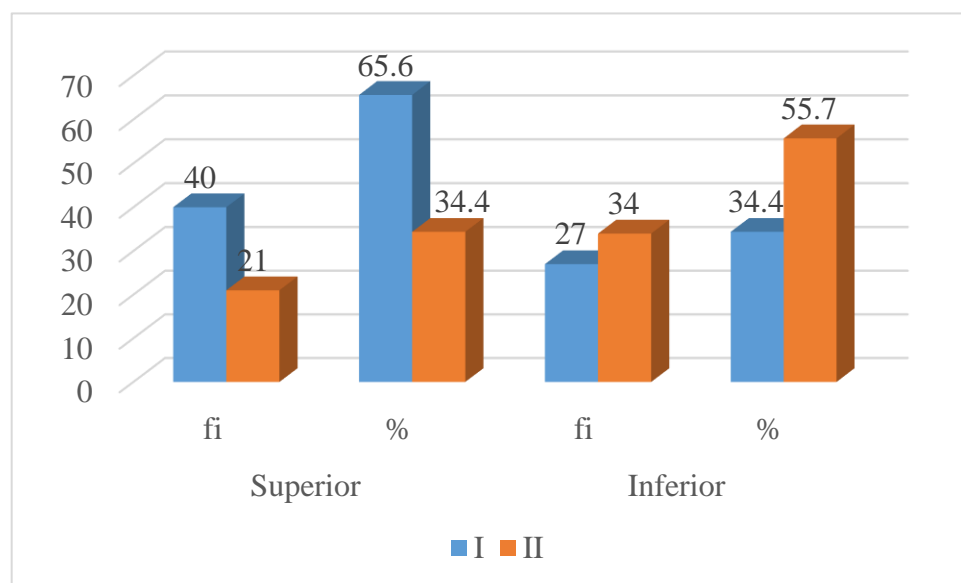
En la Figura 4 se evidencia que: en el arco superior el 95.1 % (58) niños presentan un arco ovoide; el 4.9 % (3) niños presentan un arco rectangular; en el arco inferior el 86.9 % (53) niños presentan un arco ovoide y el 13.1 % (8) niños presentan un arco rectangular.

Tabla 5. Tipo de arco según baume forma de arco en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa n° 18322 Abraham López lucero, distrito de Jazán, Amazonas, 2018.

Tipo/Arco	Superior		Inferior	
	fi	%	fi	%
I	40	65.6	27	34.4
II	21	34.4	34	55.7
Total	61	100	61	100

Fuente: Padrón de la IIEE N° 18322, año 2018.

Figura 5. Tipo de arco según Baume forma de arco en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa n° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018



Fuente: Tabla 5.

En la Figura 5 se evidencia que: en el arco superior el 65.6 % (40) niños presentan un arco tipo I; el 34.4 % (21) niños presentan un arco de tipo II; en el arco inferior el 44.3 % (27) niños presentan un arco de tipo I y el 55.7 % (34) niños presentan un arco de tipo II.

VI. DISCUSIÓN.

Los espacios existentes entre los incisivos llamados diastemas, así como los espacios primates presentes en distal de los caninos deciduos inferiores y mesial de los caninos superiores que se encuentran presentes de manera congénita nos facilitan la alineación adecuada de los incisivos, dicho esto en la tabla 1, se evidenció que el 62.3% (38) niños presentan diastemas; el 63.9% (39) niños presentan espacios primates; el 70.5% (43) niños presentan sobremordida vertical; el 67.2% (41) niños no presentan sobremordida horizontal, lo cual difiere con Tello & Zumaeta (2016) quienes encontraron que el 66.3% de la muestra que fue en niños de 3 a 5 años no presentaron diastemas generalizados, por su parte Ramírez et al. (2011) encontró ausencia de espacios de desarrollo en el 67% de casos presentes en preescolares, pero se hallan similitud respecto a la sobremordida vertical, sobremordida horizontal y la presencia de diastemas por género (masculino de 32.8%, femenino 29.5%).

Además, Tello y Zumaeta quienes en sus resultados mencionan lo siguiente: (masculino el 34,9%, femenino 24,6%), por su parte Ramírez et al. (2011), quien evidencio sobremordida horizontal el 15% de los casos, pero de manera contraria encontró sobremordida vertical 38%, 72.1% (44) niños presenta dientes anteriores verticales, lo cual diverge con los resultados del estudio realizado por Tello y Zumaeta (2016), quienes evidenciaron que el mayor porcentaje no presentaron dientes anteriores verticales. Las divergencias encontradas pueden estar relacionadas porque las poblaciones de estudio son en zonas geográficas y lapsos de tiempo distintos aun cuando los grupos etarios de las muestras son similares, como nos demuestra la historia antropométrica (estudio de la historia de la altura y el peso humanos) que la altura varía de acuerdo a la época y región, así también en función a las condiciones económicas y sociales presentes. Los resultados encontrados nos ayudan a predecir que la mayor parte de la muestra no presentarán problemas de apiñamiento anterior, sin embargo, si se presentaran casos de apiñamiento dental anterior en el futuro.

La relación molar en niños está dado por la interrelación existente entre las caras distales de los segundos molares superiores con los inferiores en oclusión céntrica, en la tabla 2 se evidencia que: la mayor parte de la muestra presentan plano terminal escalón mesial (90.2% derecho, 88.5% izquierdo), concordando con lo hallado por Tello y Zumaeta (2016) lo cual difiere con Carrascal (2017) quien encontró el plano terminal escalón medial (34.7% derecho y 30% izquierdo) en preescolares de 5 años, Rodríguez y Díaz (2012) encontraron el 29,4%

escalón mesial y Ramírez et al. (2011) evidencio el 22% del plano terminal mesial exagerada; referente al plano terminal recto se encontró (6.6% derecho y 8.2% izquierdo) esto concuerda con lo hallado por Tello y Zumaeta (2016) quienes encontraron un mayor porcentaje del plano terminal recto en el lado izquierdo, al igual que Carrascal (2017) quien encontró plano terminal molar recto (59.6% derecho y 62% izquierdo) ya que presenta mayor incidencia de sus casos en el lado izquierdo, Rodríguez y Díaz (2012) los resultados fueron 76,2% mostró plano terminal recto; el plano terminal escalón distal (3.3% derecho e izquierdo) concuerda con Ramírez et al. (2011) quien encontró el 3% presento planos terminales distales y Rodríguez & Díaz (2012) encontró 5,9% escalón distal. Los resultados encontrados nos ayudan a predecir que la relación oclusal prevalente será clase I según Angle y de menor incidencia la clase II.

La relación dada en el plano sagital por los caninos deciduos completamente erupcionados se conoce como relación canina, en la Tabla 3 se observa que la relación canina clase I (derecho 95.1%, izquierdo 91.8%) y relación canina clase II (derecho 4.9%, izquierdo 8.2%) concordando con Escobar et al (2016) quien encontró la relación canina clase I en el 84% y clase II con un 12% en niños de 5 años, Rodríguez & Díaz (2012) encontraron la relación canina clase I (70,5%), clase II (29,4%), por su parte Aranda (2016) encontró el 55.7% presenta relación canina clase I en preescolares de 3 a 6 años, pero difiere con Tello & Zumaeta (2016) quienes hallaron que en la relación canina el mayor porcentaje presentó Clase II. La mayor parte de la muestra de niños de 4 a 5 años presenta una relación canina clase I en dientes temporales la cual es considerada la clase canina temporal neutra o ideal para una oclusión balanceada y estable por tanto la erupción y alineamiento del canino permanente no debería verse afectada, salvo factores externos como extracciones prematuras de dientes deciduos o problemas de erupción.

En la tabla 4 se evidencia que la forma de arco ovoide (superior el 95.1%, inferior 86.9%) concuerda con encontrado por Tello y Zumaeta (2016) el mayor porcentaje presentó un arco ovoide, existe relación entre la forma del arco superior y la forma del arco inferior. Y la forma de arco ovoide (femenino 45.9%, masculino 49.2%) no presenta diferencia significativa, concuerda con Tello y Zumaeta. Los resultados hallados muestran mayor prevalencia de un arco ovoide que indicaría en la mandíbula una posible oclusión clase I, II

- 1, II de la clasificación de Angle en el futuro y en el maxilar clase I, clase II-1 y clase III de Angle predomina la forma ovoide, pero recordemos que la muestra fue sacada de una población mestiza, lo ideal sería realizar un trabajo de investigación referente a la forma de arco a nivel nacional y de este modo poder encontrar la relación de las maloclusiones con la forma de arco más precisa en nuestro país. La relación que existe en este caso sería por la relación de desarrollo del arco inferior respecto al inferior.

El tipo de arco clasificado por Baume como tipo I es un arco dental espaciado y II cerrado, en la tabla 5 se evidencia que la forma de arco tipo I (superior el 65.6%, inferior 44.3%) concordando con Aranda (2016) observa que el 55.8% presenta arco de Baume tipo I, Pedroni (2012) encontraron que el tipo de arcada con mayor presencia fue Baume tipo I con un 76%, Rodríguez y Díaz (2012) encontró arco tipo I (88,2%); se encontró arco de tipo II (34.4% superior) concordando con Pedroni (2012) se evidenció 24% arcada Baume tipo II y Rodríguez & Díaz (2012) encontró arco tipo II (38,1%); pero se encontró en el arco inferior tipo II 55.7% (34) (Aranda, et al 2016, p. 15.

El arco de mayor incidencia es de tipo I en la arcada superior lo cual nos lleva a predecir que no se presentaran muchos casos de maloclusiones dentales anteriores, pero en el arco inferior al ser mayor la incidencia del arco tipo II habrá mayor probabilidad de maloclusiones anteriores. Ésta coincidencia sería a que no existe espacios interdentarios que nos permitan el acomodo de los dientes en la arcada inferior.

VII. CONCLUSIONES

1. El mayor porcentaje de la muestra se presentaron diastemas, espacios primates incrementados con leve desviación de los casos presentados en los niños de sexo femenino. De igual forma, en la mayor parte de la muestra en estudio presentan sobremordida vertical predominando en el sexo femenino y en mayor porcentaje no presenta sobremordida horizontal. Existe mayor número de casos con dientes anteriores verticales.
2. El mayor porcentaje de la muestra presenta plano terminal escalón mesial con mayor predominio en el lado derecho, seguido del plano terminal recto con predominio en el lado izquierdo y por último el plano terminal escalón distal presenta el menor número de casos.
3. En la relación canina prevalece la clase I predominando en el lado derecho, seguido de la clase II con predominio en lado izquierdo, presentándose mayor número de casos en el género masculino.
4. La forma de arco de mayor prevalencia es de forma Ovoide predominando en el lado superior y el género masculino
5. El mayor porcentaje de la muestra presento arco tipo I según Baume con mayor número de casos en el arco superior.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alpízar Quintana, R; Moráquez Perelló, G.; Seguén Hernández, J.; Lage, M., Legna, A.; & Chávez González, Z. (2009). *Algunas características del estado de la oclusión en niños de tercer grado*. MEDISAN, 13(6), 0-0.
- Aranda Gomez Joel O. (2016). *Características de la oclusión en dentición decidua e pre escolares de 3 a 6 años en la Institución Educativa particular Guadalupe del distrito de Huarura en el 2016*. (Tesis para optar el título profesional de Cirujano dentista. Universidad Alas Peruanas: Facultad de Medicina Huana y Ciencias de la Salud)
- Barberia, L. (2001) *Odontopediatria*, España : Masson.
- Baume L. *Physiological tooth migration and its significance for the development of occlusion*. IV. The Biogenesis of overbite. J Dent Res 1950;29:440-7
- Boj, C; Ballesta, G; Catala, M; Mendoza, A. (2004). *Odontopediatria*. España: Edit. Masson.
- Bordoni, N; Escovarrojas, A; Castillo, R. 2010. *Odontopediatria*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Cabrera T, Valls G, Martínez M, Ramirez Y & González L. (2016). *Estado de la oclusión y tratamiento selectivo en niños con dentición temporal y mixta temprana*. Revista Medisan 2016; 20 (3): 289.
- Carrascal Ortiz, Jorge L (2017). *Prevalencia de alteraciones de la oclusión en pre - escolares de 5 años en el distrito de Cajamarca 2017*. Tesis para optar la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar. Universidad Nacional de Trujillo: Unidad de segunda especialización en estomatología.
- Castro, L; Modesto, A; Vianna, R; Mendes, V. (2002). *Estudio transversal de la evolución de la dentición primaria: forma de los arcos sobresalencia y sobremordida*. Revista Scielo. Págs. 1-8.
- Cisneros Dominguez, G., & Cruz Martínez, I. (2017). *Clinical details of dental occlusion in children of a day-care center*. MEDISAN, 21(7), 781-787.
- Di Santi de Modano, J., & Vásquez, V. (2016). *Maloclusión Clase I: Definición, clasificación, características clínicas y tratamiento*. Revista Latinoamericana

de Ortodoncia y Odontopediatría¹³. Recuperado a partir de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art-8/>

Escobar GI, Ramírez B, Ochoa E & Franco A (2016). *Características oclusales de los niños de 5 años del municipio de Andes (Antioquia, Colombia)*. CES Odontología, (2), 33.

Flores A. (2013). *Asociación de las características oclusales con la edad y género en niños con dentición decidua de una Institución educativa pública del distrito de ate Vitarte en el año 2013*. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista Universidad de Ciencias Aplicadas].

Gómez Aranda, A. (2016). *Características de la oclusión en dentición decidua en pre escolares de 3 a 6 años en la Institución Educativa Particular Guadalupe del Distrito de Huaura en el 2016*. Repositorio Institucional - UAP. Recuperado a partir de <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/6153>

Gomes D, Da M. (2010). *Etiología de la caries: la construcción de un estilo de pensamiento*. Rev. CES Odont; 23(1)71-80.

Grethel, C. D., & Irene, C. M. (2017). *Detalles clínicos de la oclusión dental en niños de un círculo infantil / Clinical details of dental occlusion in children of a day-care center*. Medisan, 781.

Guedes-Pinto, A; Bonecker, M; Delgado, C. (2011). *Fundamentos de Odontología, Odontopediatría*. Brasil. Quinta Edición. Edit. Santos.

Hernández C, Balderas Y, Hernandez G. (2014) *Prevalencia de maloclusiones relacionadas en hábitos deletéreos en un grupo de niños de 3 5 años que asisten por primera vez a la clínica de postgrado de odontopediatría de la Universidad autónoma de ciudad de Juarez*.

Hernández, S. (2008). "Metodología de la Investigación. 3ra Edic. Editorial Mc. Grawhill Interamericana. México. Pág. 230-390.

León, K; Maya, B; Vega, M; Mora, CI. (2007). *Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal*. Área III. Revista Cubana de Estomatología. Págs. 10-15.

Marengo CH. Supplementary materials (2000)

- Margarita, C. D. C., Medina, S., & Meza, D. R. S. (2005). *Características de la oclusión en niños con dentición primaria de la Ciudad de México*. Revista ADM, 45-51.
- Mariño, S; López, E. (2003). *Mal Oclusión en niños entre 3 y 6 años*. Quito : Tesis postgrado de Odontopediatría UCE.
- Martínez, M, Valles Y, Llópez Y, Pérez B & Bosch L (2017). *Características de la oclusión dentaria en niños de 4 y 5 años*. Medisan, 21 (11), 87-92.
- McDonald, R; Averi, D. (1998). *Odontología Pediátrica y del Adolescente*. España. Harcourt Brace de España S.A.,
- Mendoza, J. R., López, R. M. B., León, R. G., López, J. E. T., & Álvarez, H. R. P. (2011). *Características y alteraciones de la oclusión en la dentición primaria en preescolares de 3 a 6 años en Tabasco, México*. *Pediátrica*, 10(1), 11. Recuperado de
- Meza, V. E., Mercado, M. L., Durango, D. A., & Díaz, D. V. (2018). *Maloclusiones dentales y alteraciones esqueléticas en pacientes de 6 a 11 años con hábitos orales*. *Revista Colombiana de Investigación en Odontología*, 7(20). <https://doi.org/10.25063/21457735.263>
- Nahas, M. (2010). *Odontopediatría en la Primera Infancia*. Sao Paulo. Santos, 2010.
- Nakata, M.; H. Y. Wei, S. Guia. Caracas. Actualidades médico odológicas latinoamericanas. Editorial Amolca. 1992.
- Otaño, R., Fernández, T., Castillo, R., Grau, I., Marin, G., & Masson, R. (2013). *Guías prácticas clínicas de oclusión*. Ciencias Médicas.
- Pan American Health Organization. (2004) Ten-year evaluation of regional core health data initiative. *Epidemiol Bull PAHO*.
- Pedroni G. (2012). *Características oclusales, craneométricas y biotipo facial en una población de niños mestizos preescolares de la ciudad de Chihuahua*. [Tesis para optar el título de Maestría en Estomatología pediátrica Universidad Autónoma de Chihuahua]. México.

- Proffit W R, Fields H W (2000) Contemporary Orthodontics. St Louis: Ed Mosby, Inc; 1: 2-22.
- Ramirez, J. Bulnes, R. Guzman, R. Torres, J. (2011). Características y alteraciones de la oclusión en la dentición primaria en preescolares de 3 a 6 años en Tabasco, Mexico. *Odontol Pediatr*; 10(1): 6-12. Recuperado de
- Raupp, M; Ruschel, S; Ferreira, H; Kramer, S; Floriani, P. (2008). *Evaluación de las características morfo-funcionales de la dentición primaria*. Redalyc.org. - 2008. Págs. 197-202.
- Rodríguez, M. Díaz, N. (2012) Características de la oclusión dental en niños preescolares. *Odous Científica*. 13(1),
- Serna, C; Silva, R. (2005). *Características de la oclusión en niños con dentición primaria de la ciudad de México*. Asociación Dental Mexicana. Págs. 45-51.
- Supo J. (2014). Metodología para la investigación científica.
- Tello Aguilar Judith (2016) *Características del desarrollo oclusal en dientes deciduos según género en niños de 3 a 5 años de la IEI N! 591, Iquitos - 2016*. (Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista). Universidad Peruana del Oriente: Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Recuperado de
- Torres, M. (2009). *La dentición primaria*. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. Edición electrónica octubre.
- Williams F. Valverde R. Menesses A. (2004). *Dimensiones de arcos y relaciones oclusales en dentición decidua completa*. Revista estomatológica herediana; 14(1): 22- 26.

ANEXOS

ANEXO 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA

1. TITULO	4. VARIABLE DE ESTUDIO	7. INSTRUMENTOS
<p>Características de la oclusión dental en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018</p>	<p>Oclusión dental.</p>	<p>El instrumento ha sido elaborado por Tello & Zumaeta (2016), presenta cuatro partes: presentación, instrucciones, contenido y valoración final.</p> <p>Dentro del contenido se tiene los datos generales y las características de la dentición decidua, tales como: Diastemas, Espacios del primate, Sobremordida vertical, Sobremordida horizontal, Dientes anteriores verticales, Mordida abierta y Mordida cruzada.</p> <p>Los cuáles serán evaluados mediante la presencia (Sí= 1) o ausencia (No= 0). Asimismo, se evaluará el plano terminal, la relación de caninos temporales, la forma de arcos y el espaciamiento anterior, obteniendo el resultado según las características encontradas.</p>

		Plano terminal: Post lácteo = 0 Escalón distal = 1 Escalón mesial= 2
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	8. ANÁLISIS DE DATOS
¿Cuáles son las características de la oclusión dental en niños de 4 a 5 años de la institución educativa N° 18322 Abraham López Lucero del Distrito de Jazán en Amazonas, 2018?	<p>Esquema:</p> <p>M ← O</p> <p>Donde:</p> <p>M = Niños y niñas 4 a 5 años de la institución educativa N° 18322</p> <p>O = Características de la oclusión</p>	Los datos serán procesados y tabulados mediante el sistema automatizado, como es el software SPSS V-19 para el análisis estadístico y con el programa hoja de cálculo Microsoft Excel 2013 para la tabulación de los datos. Para el estudio se considerará el análisis estadístico descriptivo en la cual se presentarán los resultados en tablas y figuras estadísticas unidimensionales y bidimensionales para medir las proporciones porcentuales de las características más relevantes de cada variable de estudio.
3. OBJETIVOS	6. POBLACIÓN Y MUESTRA	
<p>Objetivo general</p> <p>Determinar las características de la oclusión dental en niños de 4 a 5 años, institución educativa N° 18322 Abraham</p>	<p>Población:</p> <p>La población muestral estará constituida por el 100% (84) niños de 4 a 5 años, que estudian en la institución educativa N° 18322, el cual se encuentra distribuido de la siguiente manera:</p>	

<p>Lopez Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar las conductas de riesgo de la anorexia nerviosa según sexo.</p> <p>Identificar las conductas de riesgo la anorexia nerviosa según edad.</p>	<p>Aula</p>	<p>Sección</p>	<p>Total</p>	
	4 años	A	17	
	4 años	B	15	
	5 años	A	27	
	5 años	B	25	
	Total		84	
<p>Fuente: Padrón de la IIEE N° 18322, año 2018.</p> <p>Muestreo: Se utilizará el muestreo no probabilístico por conveniencia (Hernández, 2014, p. 243).</p>				

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Elaborado por UPCH, 2016)

(Modificado por Willy Bustamante Marquina)

Institución	:	Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas
Investigador	:	Willy Bustamante Marquina
Título	:	Características de la oclusión dental en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: Características de la oclusión dental en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018. Este es un estudio desarrollado por mi persona, yo soy bachiller de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza en coordinación con el director de la Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán. Estoy realizando este estudio para determinar las características de la oclusión dental en niños de 4 a 5 años, institución educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que aproximadamente un tercio de la población tiene una oclusión, que puede considerarse como “normal” o “casi normal”, mientras que dos tercios tienen algún grado de maloclusión (Meza, et al, 2018); asimismo las maloclusiones ocupan el tercer lugar de las alteraciones orales que aquejan al hombre. Éstas alteraciones de la oclusión dental en dientes deciduos predicen las condiciones futuras de la oclusión permanente.

Procedimientos:

Si usted acepta que su menor hijo (a) participe en este estudio se le hará el siguiente examen:

1. Se iniciará con una valoración oral utilizando un espejo bucal y explorador para detectar la presencia de caries u otros que no lo pueda considerar como parte del estudio, el uso de guantes de látex para cada niño será sistemático en cada exploración, con la ayuda de luz natural.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Beneficios:

Su hijo (a) se beneficiará de una evaluación se realizará una profilaxis a todos los niños que participen o no en el estudio en las cuatro secciones de la institución educativa sin costo alguno. Se le informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan de la evaluación realizada. Los costos de todos los exámenes serán cubiertos por el estudio y no le ocasionarán gasto alguno.

Costos e incentivos

Usted ni su menor hijo (a) no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento de las Características de la oclusión dental en niños de 4 a 5 años.

Confidencialidad:

Se guardará su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

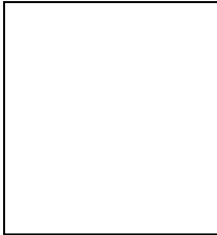
Además, la información de sus resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando al mejor conocimiento del problema y permitiendo la evaluación de medidas de prevención.

Derechos del paciente:

Si usted decide que su hijo (a) no participe en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor puede preguntarme.

CONSENTIMIENTO:

Acepto voluntariamente que mi menor hijo (a) participe en este estudio, comprendo que cosas van a pasar si participa en el proyecto, también entiendo que puedo decidir que no participe y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

_____ 

Nombres y apellidos
DN:.....



ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS

Código:

FICHA DE EVALUACIÓN (Elaborado por Tello & Zumaeta, 2016)

I.- Presentación

El propósito del presente es identificar cuáles son las Características de la oclusión dental en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322 Abraham López Lucero, Distrito de Jazán, Amazonas, 2018.

II.- Instrucciones:

El presente instrumento será llenado por el mismo investigador, se realizará con luz natural, y utilizando los siguientes materiales; espejo bucal, explorador y abre bocas para niños en cada aula de la institución educativa.

III.- Contenido:

Datos generales:

- Edad: 4años 5años
- Sexo: F M

Características de la dentición decidua:

- Diastemas : Si () No ()
- Espacios del Primate : Si () No ()
- Sobremordida vertical : Si () No ()
- Sobremordida horizontal : Si () No ()

• Plano Terminal:

Derecha:	Recto ()	Izquierda:	Recto ()
	Escalón mesial ()		Escalón mesial ()
	Escalón distal ()		Escalón distal ()

• Relación Canina

Derecha:	Clase I ()	Izquierda:	Clase I ()
	Clase II ()		Clase II ()
	Clase III ()		Clase III ()

- Dientes anteriores Verticales: Si () No ()

- Forma de arcos:

Superior: Ovoide ()	Inferior: Ovoide ()
Rectangular ()	Rectangular ()
Triangular ()	Triangular ()
- Tipo de arco según Baume:

Superior: Tipo I ()	Inferior: Tipo I ()
Tipo II ()	Tipo II ()

IV.- Valoración: (resultado final)

- Edad: 4 años 5 años Sexo: F M

Características de la dentición decidua:

- Diastemas;.....
- Espacios del Primate;.....
- Leve sobremordida vertical:
- Leve sobremordida horizontal:
- Plano Terminal:.....
- Relación Canina:.....
- Dientes anteriores Verticales:.....
- Forma de arcos: Superior:.....
- Inferior:.....
- Tipo de arco según Baume : Superior:.....
- Inferior:.....

**ANEXO 4
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	CATEGORÍAS	ESCALA	Tipo de variable
Oclusión dental	La oclusión dental decidua es la forma en la que los dientes están en contacto, se establece por una insuficiente sobremordida incisiva y resalte, además los autores plantearon que la llave de oclusión temporal, es cuando el canino superior con su apoyo triodontal contacta con el canino inferior y el primer molar incluso señalaron que los segundos molares deciduos se relacionan mediante un plano terminal; para lo cual será medido a	Diastemas	No= 0 Sí=1	Variable: Escala nominal. Ítems: Escala dicotómica Si = 1 No = 0	La variable es de tipo cualitativo
		Espacios del primate	No= 0 Sí=1		
		Leve sobremordida vertical	No= 0 Sí=1		
		Leve sobremordida horizontal	No= 0 Sí=1		
		Plano terminal	Recto= 0 Escalón mesial= 1 Escalón distal=2		

	través de la inspección que se realice con el espejo, guantes, baja lengua.	Relación canina	Clase I= 0 Clase II= 1 Clase III=2		
		Dientes anteriores verticales	No= 0 Sí=1		
		Forma de arcos	Ovoide=0 Rectangular=1 Triangular=2		
		Tipo de arco según Baume	tipo I = 0 Tipo II = 1		