



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**“LACTANCIA MATERNA, HÁBITOS ORALES Y MALOCLUSIONES
EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS”**

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Odontóloga

Autora:

Cintya Gabriela Ramírez Herrera

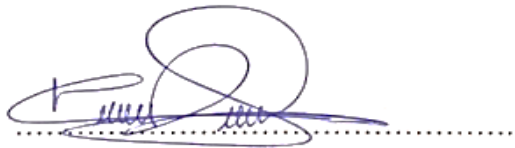
Tutora:

Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón

Riobamba, Ecuador. 2022

AUTORÍA

Yo, Cintya Gabriela Ramírez Herrera, portadora de cédula de ciudadanía número 230067503-6, por medio del presente documento certifico que el contenido de este proyecto de investigación es de mi autoría, por lo que eximo expresarme a la Universidad Nacional de Chimborazo y sus representantes jurídicos de posibles acciones legales por el contenido de esta. Así mismo, autorizo a la Universidad Nacional de Chimborazo para que realice la digitalización y difusión pública de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.



Cintya Gabriela Ramírez Herrera

2300675036

ESTUDIANTE UNACH

CERTIFICADO DEL TUTOR

La suscrita docente-tutora de la Carrera de Odontología, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Chimborazo, Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón CERTIFICA, que la señorita Cintya Gabriela Ramírez Herrera con C.I: 2300675036, se encuentra apta para la presentación del proyecto de investigación: "LACTANCIA MATERNA, HÁBITOS ORALES Y MALOCLUSIONES EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS" y para que conste a los efectos oportunos, expido el presente certificado, a petición de la persona interesada, el 4 de abril en la ciudad de Riobamba del año 2022.

Atentamente,



.....
Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón
**DOCENTE – TUTORA DE LA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

PÁGINA DE REVISIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de revisión del proyecto de investigación: "LACTANCIA MATERNA, HÁBITOS ORALES Y MALOCLUSIONES EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS", presentado por la Srta. **Cintya Gabriela Ramírez Herrera** y dirigida por la **Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón**, una vez revisado el proyecto de investigación con fines de graduación, escrito en el cual se ha constatado el cumplimiento de las obligaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH ; para constancia de lo expuesto firman:

A los **17** días del mes de **mayo**... del año 2022

Dra. Marlene Mazón Baldeón

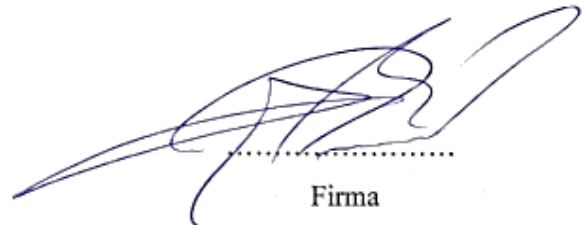
Tutora



Firma

Dr. David Carrillo Vaca

Presidente del Tribunal



Firma

Dr. Mauro Costales Lara

Miembro del Tribunal



Firma

Dr. Cristian Guzmán Carrasco

Miembro del Tribunal



Firma



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 10 de mayo del 2022
Oficio N° 063-URKUND-CU-CID-TELETRABAJO-2022

Dr. Carlos Albán Hurtado
DIRECTOR CARRERA DE ODONTOLOGÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por la **Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N° 1898-D-FCS-TELETRABAJO-2020, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa URKUND, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	% URKUND verificado	Validación	
					Si	No
1	D- 132330709	Lactancia materna, hábitos orales y maloclusiones en niños de 2 a 6 años	Cintya Gabriela Ramírez Herrera	6	x	

Atentamente,

CARLOS
GAFAS
GONZALEZ
Firmado digitalmente por
CARLOS GAFAS
GONZALEZ
Fecha: 2022.05.10
06:51:11 -05'00'

Dr. Carlos Gafas González
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH
C/c Dr. Gonzalo E. Bonilla Pulgar – Decano FCS

Debido a que la respuesta del análisis de validación del porcentaje de similitud se realiza mediante el empleo de la modalidad de Teletrabajo, una vez que concluya la Emergencia Sanitaria por COVID-19 e inicie el trabajo de forma presencial, se procederá a recoger las firmas de recepción del documento en las Secretarías de Carreras y de Decanato.

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios por brindarme la vida, salud y felicidad en el transcurso de mis días, a mi familia por permitirme estudiar y formarme profesionalmente brindándome su apoyo total a lo largo de los años, su paciencia, valores y ejemplo, han forjado mi desempeño en la carrera, agradezco también a la Universidad Nacional de Chimborazo por abrirme sus puertas para poder prepararme y graduarme de tan noble institución, principalmente a los docentes de la carrera de odontología que han impartido sus conocimientos y habilidades además, agradezco a mi tutora Dra. Marlene Mazón por su paciencia, tiempo y discernimiento en este periodo prolongado de realización del proyecto de investigación.

Cintya Gabriela Ramírez Herrera

DEDICATORIA

Este logro va dedicado a mi familia especialmente a mi madre Norma Herrera por todo lo que ha hecho por mí, su esfuerzo, sus prioridades, valores y su ejemplo me ha convertido en el ser que soy ahora y a no rendirme a pesar de los infortunios que se presentan en la vida. A mi padre René Ramírez y mis abuelitos que siempre estuvieron pendientes de mí. Dedico también a mi compañero de vida J.J por su apoyo intelectual y emocional en el transcurso universitario. Por último, a mis amadas amigas por cada uno de los momentos compartidos y las experiencias vividas en toda esta aventura universitaria.

Cintya Gabriela Ramírez Herrera

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	17
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
3. JUSTIFICACIÓN.....	21
4. OBJETIVOS.....	22
4.1. Objetivo general.....	22
4.2. Objetivos específicos.....	22
5. MARCO TEÓRICO.....	23
5.1. Lactancia Materna.....	23
5.1.1. Componentes de la leche materna.....	23
5.1.2. Beneficios de la Lactancia Materna.....	24
5.2. Tipos de Lactancia Materna.....	26
5.2.1. Lactancia Materna Exclusiva.....	26
5.2.1.1. Posición correcta del amamantamiento.....	26
5.2.1.2. Mecanismo del amamantamiento:.....	27
5.2.2. Lactancia Artificial.....	28
5.2.2.1. Mecanismo de lactancia artificial.....	28
5.2.3. Lactancia Mixta.....	29
5.3. Riesgo de no amamantar y la salud oral.....	29
5.4. Lactancia materna en la prevención de hábitos de succión no nutritiva y maloclusiones. 29	
5.5. Hábitos Bucales.....	31
5.5.1. Hábitos de succión nutritiva.....	31
5.5.1.1 Succión del biberón.....	32
5.5.2. Hábitos de succión no nutritiva.....	32
5.5.2.1. Succión digital.....	32
5.5.2.2. Succión del chupón.....	32

5.5.2.3.	Succión labial	32
5.6.	Oclusión normal	33
5.6.1.	Oclusión en niños.....	33
5.6.2.	Características normales en arcos dentarios deciduos.	33
5.6.2.1.	Relación molar	33
5.6.2.2.	Relación canina	34
5.6.2.3.	Espacios primates.....	34
5.6.2.4.	Línea media dental	35
5.6.2.5.	Overbite.....	35
5.6.2.6.	Overjet.....	35
5.6.3.	Maloclusiones	35
5.6.3.1.	Mordida Abierta	36
5.6.3.2.	Mordida Cruzada Anterior	36
5.6.3.3.	Mordida Cruzada Posterior	36
5.6.3.4.	Mordida Profunda	37
6.	METODOLOGÍA	38
6.1.	Tipo de Investigación	38
6.2.	Diseño de Investigación	38
6.3.	Población	38
6.4.	Muestra	38
6.5.	Criterios de Selección.....	38
6.6.	Entorno	38
6.7.	Técnicas e Instrumentos	38
6.8.	Análisis Estadístico	39
6.9.	Intervenciones.....	39
6.10.	Operacionalización de variables	44
6.10.1.	Variable independiente: Lactancia materna	44

6.10.2. Variable independiente: Hábitos orales.....	45
6.10.3. Variable dependiente: Maloclusiones	45
7. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	46
7.1. Análisis de significancia.....	52
8. DISCUSIÓN.....	57
9. CONCLUSIONES.....	61
10. RECOMENDACIONES	62
11. BIBLIOGRAFÍA	63
12. ANEXOS.....	72

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Macronutrientes y micronutrientes de la leche materna.....	24
Gráfico 2.	Lactancia materna.....	46
Gráfico 3.	Tiempo de lactancia materna exclusiva.....	47
Gráfico 4.	Lactancia materna exclusiva.....	47
Gráfico 5.	Lactancia artificial	48
Gráfico 6.	Lactancia mixta.....	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de la variable independiente: Lactancia materna	44
Tabla 2. Operacionalización de la variable independiente: Hábitos orales.....	45
Tabla 3. Operacionalización de la variable dependiente: Maloclusiones.....	45
Tabla 4. Lactancia materna.....	46
Tabla 5. Tiempo de lactancia materna exclusiva.....	46
Tabla 6. Lactancia materna exclusiva.....	47
Tabla 7. Lactancia artificial	48
Tabla 8. Lactancia mixta	48
Tabla 9. Hábito uso de chupón	49
Tabla 10. Hábito de succión digital	50
Tabla 11. Hábito de succión de labio	50
Tabla 12. Succión de algún objeto.....	51
Tabla 13. Maloclusiones detectadas	51
Tabla 14. Chi cuadrado de Pearson H1	52
Tabla 15. Frecuencias observadas H1	53
Tabla 16. Chi cuadrado de Pearson H2	54
Tabla 17. Frecuencias observadas H2	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Senos lactíferos deben quedar dentro de la boca del bebé.....	26
Figura 2. Imagen de un bebé que logra un excelente agarre al seno.	27
Figura 3. Lactancia materna vs Lactancia artificial.....	28
Figura 4. Avance mandibular con lactancia materna	30
Figura 5. Planos terminales	34
Figura 6. Espacios primates.....	35
Figura 7. Imagen de mordida abierta anterior	36
Figura 8. Imagen de mordida cruzada anterior.....	36
Figura 9. Imagen de mordida cruzada posterior	37
Figura 10. Imagen de mordida profunda	37

ÍNDICE DE FOTOGRAFIAS

Fotografía. 1.	Recolección de modelos de estudio en consultorio.....	39
Fotografía. 2.	Mordida abierta anterior.....	40
Fotografía. 3.	Mordida profunda.....	40
Fotografía. 4.	Mordida cruzada posterior unilateral	41
Fotografía. 5.	Mordida cruzada anterior	41
Fotografía. 6.	Ninguna maloclusión.....	41
Fotografía. 7.	Línea media dental recta	42
Fotografía. 8.	Escalón terminal recto y clase I canina	42
Fotografía. 9.	Escalón mesial.....	42
Fotografía. 10.	Escalón distal.....	43
Fotografía. 11.	Encuesta aplicada a padres de familia.....	44

RESUMEN

El presente trabajo de investigación buscó analizar la relación del tiempo de lactancia materna exclusiva con hábitos orales y maloclusiones en niños de 2 a 6 años. El estudio fue descriptivo, observacional de corte transversal, se revisaron 28 modelos de estudio de niños de 2 a 6 años, luego se aplicaron encuestas a los representantes legales de los niños para recolectar los datos de las variables como tiempo de lactancia materna exclusiva, el tipo de lactancia recibida y la presencia de hábitos de succión no nutritiva. Posterior a la recolección de encuestas y firma del consentimiento informado, los modelos de estudio fueron observados y analizados verificando la presencia o ausencia de maloclusiones. Se encontró significancia en la mordida cruzada posterior unilateral con una lactancia por cuatro meses o menos ($p=0,03$), la mordida profunda se puede presentar o estar ausente en un tiempo de lactancia por seis meses ($p=0,045$). Además, se halló que existe asociación entre el uso del chupón y el tiempo de lactancia por más de seis meses ($p=0,04$) y el hábito de succión digital ($p=0,00$) donde los pacientes no presentaron estos hábitos; por el contrario, se encontró la presencia de hábitos de succión digital ($p=0,001$) en un tiempo de cuatro meses o menos. Llegando a la conclusión que un mayor tiempo de lactancia materna exclusiva previene la instauración de hábitos de succión no nutritiva y maloclusiones.

Palabras clave: Duración de lactancia materna, lactancia materna, hábitos de succión no nutritiva, maloclusiones.

ABSTRACT

The present research work analyzes the relationship of exclusive breastfeeding time with oral habits and malocclusions in children from 2 to 6 years of age. The study was descriptive, observational and cross-sectional, 28 study models of children from 2 to 6 years of age were reviewed, then surveys were applied to the legal representatives of the children, to collect data on variables, such as time of exclusive breastfeeding, type of breastfeeding received and the presence of non-nutritive sucking habits. After collecting the surveys and signing the informed consent, the study models were observed and analyzed to verify the presence or absence of malocclusions. Significance was found in unilateral posterior crossbite with breastfeeding for four months or less ($p=0.03$), deep bite can be present or absent in a breastfeeding period of six months ($p=0.045$). In addition, it was found that there is an association between pacifier use and breastfeeding time for more than six months ($p=0.04$) and digital sucking habit ($p=0.00$) where patients did not present these habits; on the contrary, the presence of digital sucking habits ($p=0.001$) was found in a time of four months or less. Concluding that a longer period of exclusive breastfeeding prevents the establishment of non-nutritive sucking habits and malocclusions.

Key words: breastfeeding duration, breastfeeding, non-nutritive sucking habits, malocclusions.



firmado digitalmente por:

ALEXANDER

PEREZ

Reviewed by:

Lcdo. Alexander Pérez Herrero

ENGLISH PROFESSOR

C.C. 1757815798

1. INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad los niños se han alimentado con leche materna para asegurar su supervivencia, siendo ésta producto del seno materno. La lactancia materna es considerada como alimento único e ideal para los neonatos. Según la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en su informe titulado “Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño”, se debe analizar la importancia de la lactancia materna desde lo inmunológico, nutricional, psicológico y además de crear un lazo madre-hijo que predominará a lo largo del crecimiento, por lo que recomienda un mínimo de 6 meses de lactancia materna exclusiva y posteriormente complementar con otros alimentos, mientras se continúa con la lactancia materna hasta los 2 años, fortaleciendo un excelente desarrollo físico y emocional.⁽¹⁾ Considerando estos antecedentes, el objetivo de este estudio es analizar la lactancia materna en infantes y su relación con hábitos orales y maloclusiones.

En la actualidad el campo de la salud se enfrenta a un hecho en donde existe la necesidad persistente de prevenir las enfermedades antes que se manifiesten y ocasionen diferentes problemas en la salud de los individuos. Uno de los mayores problemas a nivel mundial, es la maloclusión dentaria, que según la OMS ocupa el tercer lugar dentro de las patologías orales, siendo una enfermedad multifactorial en la que si se disminuyen diversos factores de riesgo se podría evitar que niños tengan que padecer esta patología en una edad adulta.⁽²⁾

Una de las etiologías que puede producir maloclusión es la aparición y prevalencia de hábitos orales en la infancia cuyas consecuencias dependerán del tiempo, la intensidad y frecuencia.⁽³⁾

Es conocido que el amamantamiento materno es considerado un factor protector contra las maloclusiones en dientes deciduos; por lo tanto, esta protección no debe ser subestimada en esta fase de vida ya que es necesario recordar que las maloclusiones en dentición de leche es un factor de riesgo para maloclusiones en dientes permanentes. Por lo tanto, prevenir desde la dentición decidua es fundamental.⁽⁴⁾

La lactancia materna cumple un papel muy importante ya que está asociada con un mejor crecimiento y desarrollo de las estructuras craneofaciales fomentando excitabilidad muscular de la mandíbula por lo que el amamantamiento es el estímulo que contribuye al avance mandibular de su posición en relación con el maxilar facilitando un desarrollo

funcional y armonioso del sistema estomatognático, además permite tener una correcta instauración de funciones bucales como succionar, respirar, masticar, deglutir y vocalizar.⁽⁵⁾

La lactancia materna prolongada reduce el riesgo de que los bebés desarrollen hábitos de succión no nutritivos. Se ha comprobado que cuanto más tiempo se amamanta a un bebé, es menos probable que utilice un sustituto.⁽⁶⁾

Según la revisión sistemática de Rosales se concluyó que una duración menor a 6 meses de lactancia se asoció directamente con presencia de maloclusiones. Asimismo, la lactancia materna combinada puede conducir al desarrollo de hábitos orales, que pueden estar aliados a la presencia de maloclusiones.⁽⁷⁾

Por todo lo mencionado anteriormente, este estudio investigativo busca en lactantes alimentados de manera natural, artificial o mixta, detectar la presencia o no de hábitos bucales y evaluar cambios en la oclusión con el fin de difundir y aplicar la lactancia materna exclusiva como fuente de protección para reducir alteraciones óseas y dentales desde una edad temprana, esperando a futuro desarrollar un programa preventivo e interceptivo de maloclusiones en niños pequeños, todo ello con el fin de garantizar una buena salud oral e integral al paciente.

Por otro lado, este proyecto se llevará a cabo a través de una investigación de tipo descriptivo, observacional y corte transversal, en el que se utilizará la técnica de observación mediante modelos de estudio con una ficha de datos, donde se observará el tipo de maloclusión presente. En la segunda técnica, se utilizará una encuesta realizada a representantes legales de los modelos recolectados, previa aceptación del consentimiento informado, lo que facilitará la indagación y recolección de datos relacionados con información sobre el tipo y tiempo lactancia y la presencia o no de hábitos de succión no nutritiva. Los datos obtenidos serán procesados mediante el programa estadístico SPSS v.27. para su respectivo análisis, interpretación y comparación de resultados.

Por consiguiente, la presente investigación se realiza con el fin de conocer la relación existente entre lactancia materna, hábitos orales y maloclusiones en infantes, conociendo el tiempo de lactancia materna exclusiva, como también se determinará el tipo de lactancia, para luego identificar los hábitos orales y maloclusiones para finalmente relacionar el tiempo de lactancia materna exclusiva con hábitos orales y maloclusiones en el grupo de edad establecido.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud, recomienda “lactancia materna exclusiva durante seis meses y el amamantamiento hasta los 2 años o más”.⁽⁸⁾ Pero a nivel mundial, solo el 40% de los bebés menores de 6 meses son alimentados exclusivamente con seno materno.⁽⁹⁾ Mientras en Latinoamérica 5 de cada 10 bebés el 52% y el Caribe no reciben leche materna en los primeros momentos de vida.⁽¹⁰⁾ Con respecto a Ecuador se presentaron variaciones relevantes para garantizar la salud y el bienestar de los lactantes, entre el año 2014 y 2018 se registró un aumento del 46,4 al 62,1% únicamente en los primeros 6 meses⁽¹¹⁾ a través de la encuesta ENSANUT 2018, la cual concluyó que el 37.9 % de los niños menores de seis meses no fueron amamantados exclusivamente mostrando una prevalencia de lactancia materna exclusiva superior en la zona rural 70.1 %, que en la zona urbana 58.4 %.⁽¹²⁾

Basándose en estos estudios se puede evidenciar datos preocupantes que limitan el desarrollo óptimo de los niños y que de igual manera disminuye su calidad de vida. Las maloclusiones son deformaciones que afectan directamente el estilo de vida de los niños, porque no solo reducen la función de masticación, sino que también afectan su autoestima y confianza. Además, una de las principales causas de maloclusión son los hábitos orales que provocan fuerzas antinaturales sobre los dientes, cambiando la posición, relación y forma de la arcada dentaria. Desde hace muchos años la principal fuente de protección ha sido la lactancia materna exclusiva la cual constituye un factor importante para el buen desarrollo de los maxilares del niño, contribuyendo así al correcto desarrollo de la oclusión.⁽¹³⁾

A lo largo de los años se han realizado varias investigaciones sistemáticas sobre el tipo y tiempo de lactancia con la presencia de diversas alteraciones en los niños, como son: infecciones gastrointestinales, asma, sobrepeso, obesidad, enfermedades sistémicas, malformaciones esqueléticas y dentales.⁽¹⁴⁾

En gran parte de los casos, la maloclusión es evidente a una corta edad y, aunque algunos pacientes pediátricos reciben tratamiento intervencionista, el problema principal sigue sin solucionarse; por lo que, esta patología representa un costo que no cubre la atención médica pública o privada, afectando particularmente a los niños de escasos recursos que no pueden acceder a este tipo de tratamiento ortopédico.⁽¹⁵⁾

Actualmente, una gran parte de madres de familia aún desconocen los beneficios de lactancia materna en el infante, así como poca o ninguna aplicación de la lactancia materna exclusiva en los primeros meses de vida del neonato, puesto que la posición de la lengua, labios y la musculatura peri oral se encuentran perfectamente desarrollados en el recién nacido permitiendo un crecimiento ideal de los cóndilos estableciendo una relación intermaxilar correcta, esto cuando el bebé recibe la estimulación fisiológica de la lactancia materna. Por otro lado, a veces esta estimulación se ve alterada por el uso prolongado de biberones, chupones u otros objetos desarrollando hábitos de succión no nutritiva y posteriormente maloclusiones.⁽¹⁶⁾

“Las maloclusiones ocupan el tercer lugar en prevalencia entre los problemas de salud bucodental” según la OMS⁽²⁾ por lo que llaman la atención sobre la implementación de técnicas que permitan disminuir en cierto modo su incidencia.

Por las razones mencionadas, este proyecto de investigación se cuestionó si ¿existe una relación entre el tiempo, tipo de lactancia, hábitos de succión no nutritiva y la presencia de maloclusiones en niños ecuatorianos de 2-6 años?

3. JUSTIFICACIÓN

El valor de este proyecto se enfoca en ofrecer información que permita establecer la relación entre lactancia materna, hábitos orales y los problemas maloclusales en pacientes pediátricos con el objetivo de concientizar y promover la lactancia materna exclusiva mínimo hasta los 6 meses y manteniéndola hasta los 2 años, además visitar al odontólogo desde el momento del embarazo, con esto se incentiva la generación de políticas de salud pública para la implementación de lactarios en universidades, áreas de trabajo, que permitan que las madres; docentes, personal administrativo y estudiantes continúen amamantando y prevenir diferentes enfermedades y en el campo de la odontología evitar alteraciones dentomaxilares.

El presente estudio busca brindar una actualización importante sobre la relación existente entre el tiempo de lactancia materna exclusiva, hábitos orales y maloclusiones en este grupo de edad con el fin de restablecer la información, en vista de que no existe un estadístico actual sobre el tema especialmente en el sector de Santo Domingo de los Tsáchilas, en base a una proyección del análisis de modelos de estudio, que servirá de referencia para futuros proyectos de investigación.

Además, considerando las altas tasas de maloclusiones en niños, se justifica fundamentalmente la razón de ser de este proyecto para instaurar factores de protección y de riesgo que se establecen a través de técnicas de observación y entrevistas a madres de familia, que puedan brindar un referente del porque y en qué nivel están sucediendo estos problemas de hábitos orales y maloclusión.

Esta investigación beneficiará directamente a madres y a los niños que asistan a la consulta puesto que se recolectarán datos reales sobre la presencia de hábitos orales y maloclusiones, además por medio de la encuesta a los representantes se obtendrá información verídica sobre el tiempo y tipo de lactancia que recibieron los pacientes, toda esta información nos ayudará a trabajar juntamente con un programa de promoción y prevención.

Nuestro estudio beneficiará indirectamente al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, brindando datos reales y actualizados sobre la prevalencia de lactancia materna exclusiva, así como la presencia de hábitos orales y maloclusiones. También será importante dar a conocer a los especialistas el estudio realizado para que brinden información científica e importante, para lograr aumentar la prevalencia de lactancia materna exclusiva en el país y prevenir los hábitos y maloclusiones que se puedan presentar en la cavidad oral.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Analizar la relación del tiempo de lactancia materna exclusiva con hábitos orales y maloclusiones en niños de 2 a 6 años.

4.2. Objetivos específicos

- Conocer el tiempo de lactancia materna exclusiva en niños de 2 a 6 años.
- Determinar el tipo de lactancia recibida en niños de 2 a 6 años.
- Identificar los hábitos orales y maloclusiones en niños de 2 a 6 años.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Lactancia Materna

La leche materna es el alimento esencial para el desarrollo y crecimiento del humano, es un líquido biológicamente complejo, protector e inmunomodulador por su multitud de propiedades nutricionales y funcionales, que no han podido ser replicadas en su totalidad por fórmulas artificiales.⁽¹⁷⁾ Sus numerosos beneficios reconocidos lo convierten en un objetivo de salud pública a nivel mundial.⁽¹⁸⁾

Además de brindar la mejor nutrición para el bebé, la lactancia materna ayuda en el desarrollo de las estructuras faciales y bucales, gracias a la estimulación de los huesos y músculos, al mismo tiempo permite que el maxilar y la mandíbula se desarrollen y permitan un perfecto crecimiento de los gérmenes dentales que se hallan en su interior, para una erupción y posicionamiento ideal en relación a los maxilares.⁽¹⁷⁾

Por esta razón, la Organización Mundial de la Salud sugiere ofrecer «lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, que puede extenderse hasta el segundo año de vida».⁽¹⁹⁾

5.1.1. Componentes de la leche materna

En la leche materna se producen diferentes etapas y cambios, que son:

- **Precolostro:** Exudado del plasma aparece en la semana 16 de gestación; es rico en proteínas, nitrógeno total, inmunoglobulinas, ácidos grasos, magnesio, hierro, sodio.⁽²⁰⁾
- **Calostro:** Producto de 5 a 7 días después del nacimiento es viscoso de color amarillo.⁽²¹⁾ Presenta el 97% más de proteínas como inmunoglobulina A, vitaminas, lactoferrina, factor de crecimiento, lactobacilos, sodio y zinc con concentraciones más bajas de lactosa. El calostro protege contra infecciones y alergias al proporcionar inmunidad al absorber inmunoglobulinas en el intestino.⁽²⁰⁾
- **Leche de transición:** Comienza después del calostro y dura de 5 a 10 días tiene alta concentración de lactosa, grasa, por el aumento de colesterol, fosfolípidos y vitaminas; reducen las proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles, es de color blanco por emulsificación de grasas y presencia de caseinato cálcico.⁽²⁰⁾
- **Leche madura:** Es producida a partir del décimo día después del nacimiento.⁽²²⁾

Gráfico 1. Macronutrientes y micronutrientes de la leche materna

Componentes de la leche materna (macronutrientes y micronutrientes)	Descripción
Agua	88-90%. Depende de la hidratación de la madre.
Carbohidratos	Lactosa, galactosa y glucosamina.
Lípidos	Triglicéridos, fosfolípidos, colesterol y ácidos grasos poliinsaturados (entre estos el ácido docosahexaenoico DHA, esencial para el desarrollo cerebral).
Proteínas	Caseína 40%, lisozima, lactoferrina.
Vitaminas	Liposolubles: A, K, D y E. Hidrosolubles: vitamina C y B (B1, B3, B5, B6, B9, B12).
Minerales	Hierro (Fe), zinc (Zn), flúor (Fl), calcio (Ca), fósforo (P), potasio (K), magnesio (Mg) y sodio (Na) tienen múltiples funciones, como la correcta funcionalidad de las células inmunitarias.

Fuente: Tomado de ⁽²²⁾

5.1.2. Beneficios de la Lactancia Materna

La OMS celebra “la semana mundial de Lactancia Materna del 1 al 7 de agosto, promocionando para bebés exclusivamente hasta los primeros 6 meses y complementarla hasta los primeros 2 años de vida, porque es el método de lactancia más natural y beneficiosa para el infante”.⁽⁴⁾

- Infecciones gastrointestinales: La lactancia materna reduce el riesgo de producir este tipo de infección, mientras que los bebés alimentados exclusivamente con fórmula tienen un 80% de riesgo de presentar diarreas e infecciones.⁽⁴⁾
- Enfermedad febril aguda: Se ha demostrado que la lactancia materna exclusiva es un factor protector en los ingresos hospitalarios por esta enfermedad.⁽⁴⁾

- Infecciones respiratorias: Los niños que son amamantados en los primeros 6 meses, en comparación con los que no son amamantados, tienen una tasa de mortalidad 15 veces mayor por neumonía y los niños que fueron alimentados con fórmula tienen el doble de tasa de mortalidad. Además, la lactancia materna exclusiva durante al menos cuatro meses protege contra la rinitis en los niños.⁽⁴⁾
- Se ha evidenciado que la lactancia materna es una fuente protectora contra la hipertensión, dislipidemia, diabetes tipo 2 y sobrepeso en la edad adulta.⁽⁴⁾
- La lactancia materna durante seis meses o más llega a reducir el riesgo de producir leucemia en niños en un 19%.⁽⁴⁾
- En 42 países en desarrollo la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y el destete después de un año es la implicación de salud más eficaz, ya que previene el 13% de las muertes infantiles cada año.⁽⁴⁾
- La lactancia materna está asociada con un mejor crecimiento y desarrollo de las estructuras craneofaciales fomentando excitabilidad muscular de la mandíbula por lo que el amamantamiento es el estímulo que contribuye al avance mandibular de su posición en relación con el maxilar.⁽⁵⁾
- También mejora el desarrollo de la estructura facial y bucal permitiendo una correcta instauración de funciones bucales como succionar, respirar, masticar, deglutir y vocalizar.⁽⁵⁾
- La lactancia materna prolongada reduce el riesgo de que los bebés desarrollen hábitos de succión no nutritivos. Se ha comprobado que cuanto más tiempo se amamanta a un bebé, es menos probable que utilice un sustituto.⁽⁵⁾
- Previene maloclusiones, ayuda al correcto posicionamiento de la lengua, favorece una correcta forma del paladar y desarrolla los músculos de masticación, así también obtiene una mejor relación entre los maxilares, por lo que los bebés nacen con la mandíbula retraída en comparación con el maxilar, y la lactancia materna logra el avance y desarrollo de ella.⁽⁵⁾

- Un estudio de 9 mujeres con COVID19 en el tercer trimestre de embarazo, se analizó una muestra de sangre del cordón umbilical y el líquido amniótico y no se confirmó la transmisión vertical al final del embarazo.⁽²³⁾
- En otro estudio se encontró la presencia de ARN viral del COVID19 en la leche materna sin embargo, no es reproducible o es poco probable que sobreviva, por lo que no debe considerarse un riesgo de transmisión al lactante amamantado.⁽²⁴⁾ Por lo tanto, la leche materna se considera segura y sigue siendo la fuente de alimento óptima para los bebés.⁽²⁵⁾

5.2. Tipos de Lactancia Materna

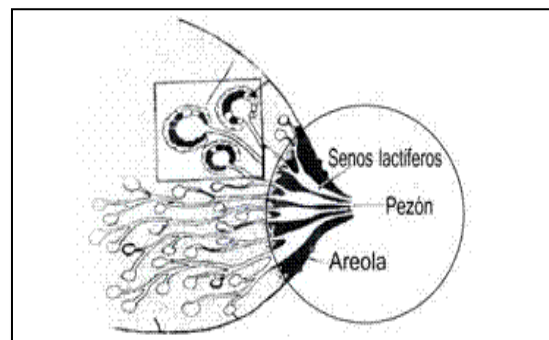
5.2.1. Lactancia Materna Exclusiva

Los bebés reciben solo leche materna extraída o de nodriza durante los primeros meses de vida, permite que el lactante reciba únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).⁽²⁶⁾

5.2.1.1. Posición correcta del amamantamiento

Los senos lactíferos son sacos llenos de leche que deben permanecer en la boca del bebé de lo contrario, no se logra obtener el alimento por un agarre deficiente.⁽²⁷⁾

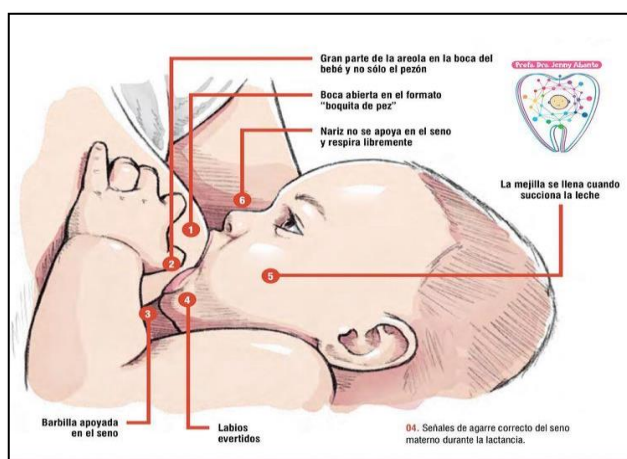
Figura 1. Senos lactíferos deben quedar dentro de la boca del bebé



Fuente: Tomada de ⁽²⁷⁾

La posición correcta es donde la madre debe sostener el seno con sus dedos en forma de “C”, usar sus dedos para presionar detrás de la areola cuando el bebé abre la boca, al estimular el reflejo de apertura, tocando el pezón a sus labios, ella introduce el pezón y la areola a la boca del niño. Entonces, su lengua masajea los senos lactíferos contra el paladar y extraerá la leche sin comprimir el pezón ni causar dolor. Los labios están abiertos de manera evertidos, cubriendo la areola.⁽²⁷⁾

Figura 2. Imagen de un bebé que logra un excelente agarre al seno.



Fuente: Tomada de ⁽²⁸⁾

5.2.1.2. Mecanismo del amamantamiento:

Cuando él bebe realiza la lactancia materna hace un gran esfuerzo en los músculos de cara y cuello, para que exista un buen desarrollo de la cara y sea armonioso se necesita procesos básicos que se realicen de forma correcta: succión, fonación, respiración, masticación y deglución. En el amamantamiento se realizan varias fases, al comienzo del acto de succionar, el bebé llevará el pezón y la areola al interior de la boca entre el dorso de la lengua y contra paladar duro, descendiendo levemente al paladar blando en ese momento se realizan los primeros movimientos de la mandíbula, durante el segundo movimiento de lactancia la mandíbula avanza y nivela los rebordes alveolares de los dos maxilares el bebé empieza a realizar movimientos protrusivos y retrusivos con la mandíbula desde el reborde alveolar inferior contra el superior para apretar el pezón y así conseguir el flujo de leche formando un sello hermético con los labios evertidos .⁽²⁹⁾

La cavidad bucal del lactante está adaptada para realizar la función de succión, por lo que los bebés al nacer presentan un retrognatismo mandibular fisiológico.⁽³⁰⁾ Gracias a la succión como principal factor estimulante los meniscos articulares de la ATM cumplen su función, al igual que la musculatura para favorecer una correcta ejecución de este reflejo, haciendo la actividad funcional mandibular y evitar la tendencia de una posición retrusiva.⁽²⁹⁾ Sin embargo, la lactancia materna presenta todos estos estímulos, porque cuando él bebe realiza el amamantamiento se ejecutan movimientos de apertura, protrusión, retrusión y cierre generando movimiento anteroposterior de la mandíbula activando los músculos de masticación produciendo una influencia a nivel esquelético y corrigiendo el retrognatismo fisiológico.⁽²⁸⁾

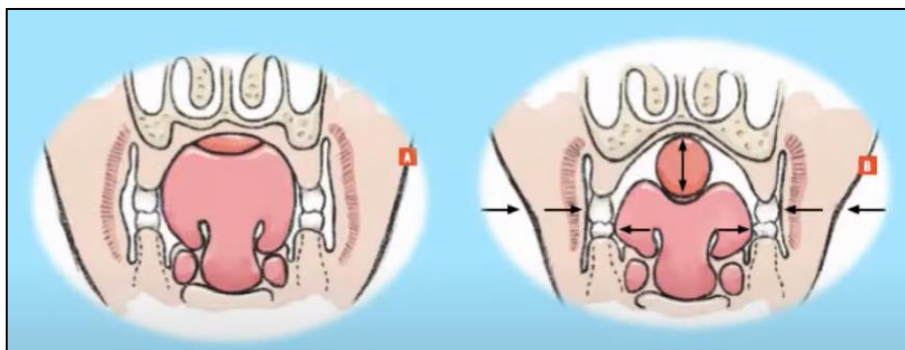
5.2.2. Lactancia Artificial

Es la alimentación con fórmulas lácteas siendo la base la leche de vaca, sustituyendo de esta manera a la leche natural.⁽³¹⁾

5.2.2.1. Mecanismo de lactancia artificial

A través de la lactancia artificial se satisfacen necesidades nutritivas pero la actividad muscular que se logra no es tan intensa a diferencia de lactancia materna, donde gran cantidad de excitaciones externas quedan anuladas.⁽³²⁾ Si contemplamos el esfuerzo que realiza el infante al tomar biberón, veremos que es mínimo, aquí no se produce un sello hermético de labios, al contrario, estos se posicionan en forma de “O”, por lo tanto solo se realiza dos movimientos de apertura y cierre; por lo que carece de estimulación anteroposterior permaneciendo la mandíbula en posición posterior con referencia al maxilar, además, se dificulta la actividad lingual donde la lengua queda en posición plana y la punta está presionada contra la eminencia alveolar superior deteniendo el flujo excesivo de leche debido a que la mandíbula está en una posición más retruída.⁽³³⁾ Así mismo, en la lactancia artificial su estimulación muscular es mínima existiendo anulación de la excitación de ATM y musculatura masticatoria, además existe una sobrecarga del músculo buccinador⁽²⁸⁾ lo que se traduce como una función hipotónica que no favorece el potencial de crecimiento óptimo en el lactante y el bebé no termina de satisfacer su necesidad de succión y, por ello, en muchos casos utiliza varios objetos como chupón o dedos, lengua, mano y uñas, para quedar totalmente satisfecho.⁽³⁰⁾

Figura 3. Lactancia materna vs Lactancia artificial



Fuente: Tomada de ⁽²⁸⁾

5.2.3. Lactancia Mixta

Es una manera de dar lactancia la cual es combinada con una parte de leche materna y otra de leche de fórmula al infante en diferentes proporciones.⁽³¹⁾

La lactancia mixta asimismo incluye menos mecanismos de succión que la lactancia materna exclusiva y aunque son superiores a los de la lactancia artificial exclusiva, solo la sustitución de las tetinas tradicionales por una más anatómica pueden lograr mejores patrones de lactancia parecidos a los del amamantamiento.⁽³⁴⁾

5.3. Riesgo de no amamantar y la salud oral

Existe un mayor riesgo de presentar deglución atípica, respiración oral, disfunción masticatoria, dificultades del habla, cambios en la postura del cuerpo y desarrollo deficiente maxilofacial. La lactancia materna insuficiente o periodos cortos y la alimentación excesiva con biberón pueden conducir a un aumento en la frecuencia de hábitos de succión no nutritivos, que se asocian con un riesgo de desarrollar maloclusiones y caries dental a temprana edad.⁽⁴⁾

5.4. Lactancia materna en la prevención de hábitos de succión no nutritiva y maloclusiones.

La función motora oral es la coordinación de los procesos básicos para la alimentación del infante los cuales son succionar, deglutir y respirar, ocurriendo simultáneamente en el tiempo y logrando una actividad funcional, rítmica y sincronizada. Estos tres procesos son fundamentales para actuar como un estímulo para el desarrollo craneofacial del bebé.⁽¹⁵⁾

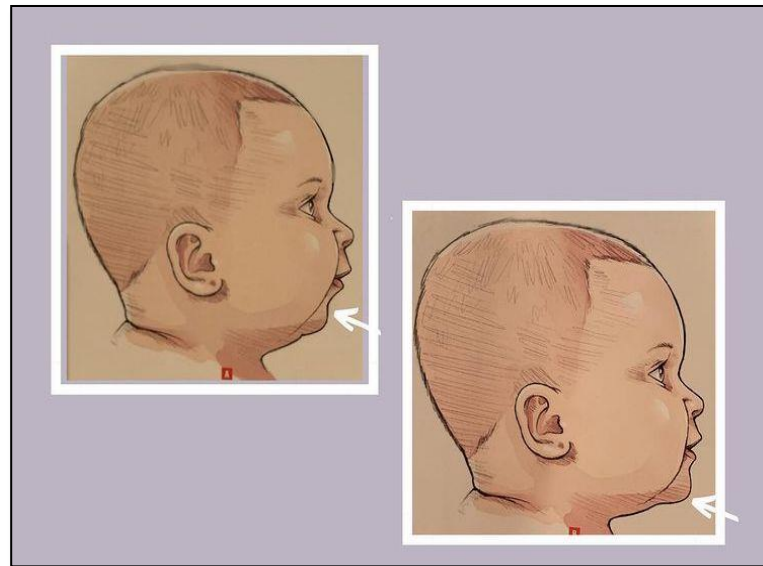
El proceso principal es la succión, un proceso innato, ocurre durante la semana 16 de gestación, y tiene como función principal satisfacer los deseos, promover sentimientos de bienestar, esta se activa cuando un objeto entra en contacto directo con los labios, estimulando la boca para que realice la función de succión.⁽¹⁵⁾

El mecanismo fisiológico donde se produce el reflejo de succión corresponde a una actividad muscular que favorece movimientos de protrusión, retrusión de la mandíbula, movimientos linguales que permiten la deglución y la fuerza necesaria para alimentarse.⁽¹⁵⁾

Al nacer, los bebés tienen un perfil convexo y la mandíbula se encuentra aproximadamente a 1 cm posterior o distal del maxilar superior, pero el acto de amamantar hace avanzar la mandíbula de 1 a 5 mm los primeros días. Alrededor de los 4 meses avanza 4,6 mm entre los 6 y 8 meses alcanza la posición correcta con relación al maxilar, a esto se le llama el primer

avance fisiológico de la oclusión. Con la ayuda de los meniscos articulares de la ATM que realizan su función, así como del sistema muscular se promueve la correcta ejecución de este reflejo, y se induce la actividad funcional mandibular y se evita la tendencia constante a una posición retrusiva.⁽¹⁵⁾

Figura 4. Avance mandibular con lactancia materna



Fuente: Tomada de ⁽²⁸⁾

El reflejo de la succión es la primera actividad muscular coordinada que realiza el recién nacido. Existen dos formas de esta:

- Succión nutritiva, proporciona alimentos naturales y nutrientes para un crecimiento y desarrollo ideal a través de lactancia provocando una sensación de saciedad que los lleva a cesar la succión.⁽⁵⁾
- Succión no nutritiva, el niño busca crear una sensación de tranquilidad y seguridad gracias a suplementos artificiales. Se ha demostrado que los lactantes que no son amamantados o que han sido alimentados con biberón por poco tiempo satisfacen su instinto de succión con sustitutos como chupón, succión digital, entre otros.⁽⁵⁾

La succión es un excelente estimulante funcional que contribuye al desarrollo dentomaxilofacial del niño antes de la dentición primaria; al alimentarse, el bebé baja la mandíbula y se mueve levemente hacia adelante para agarrar el pezón de la madre, en el que realiza una actividad motora, donde actúa la lengua, los labios y todos los órganos de la

cavidad bucal y la faringe. Así, se realizan movimientos rítmicos y enérgicos en todos los músculos orales y periorales, permitiendo la estimulación continua del crecimiento de los maxilares, especialmente la mandíbula que está en posición retrognática en comparación con el maxilar superior.⁽³⁵⁾

Otro tipo de alimentación no natural corre el riesgo de provocar daños o alteraciones en el crecimiento y el desarrollo dentofacial; el crecimiento deficiente de los maxilares y las maloclusiones dependen de muchos factores como: período de lactancia corto, caries, respiración nasal alterada, hábitos de succión no nutritiva, deglución, masticación, traumatismos, patología de la garganta, disfunción respiratoria, posición anormal de la lengua entre otros.⁽³⁵⁾

La oclusión normal se refiere a la correcta relación entre los maxilares superior e inferior, que está directamente relacionada con el desarrollo armonioso de ambos maxilares y de sus estructuras que lo rodean. Cuando ocurre un trastorno en el crecimiento y desarrollo craneofacial por ende existe alteración en el sistema estomatognático dando como resultado una maloclusión.⁽³⁶⁾ Los tipos de maloclusión más frecuentes en dentición decidua son: mordida cruzada posterior y mordida abierta siendo afectados por un escaso periodo de tiempo de lactancia materna, donde se mostró en un estudio que la lactancia materna tendría un efecto protector sobre el desarrollo de mordida cruzada posterior.⁽⁴⁾ Esto significa que se puede evitar la mayoría de los tipos de maloclusión; porque la atención profesional no debe limitarse a la higiene bucal, la dieta o el uso de flúor, sino que debe ver a un paciente de manera integral.

5.5. Hábitos Bucales

Los hábitos son patrones reflejos de contracción muscular que comienza como una costumbre con la reproducción habitual y automática de un mismo acto creando complacencia.⁽¹⁶⁾ Al inicio un hábito puede ser consciente y después pasa a ser inconsciente.⁽³⁷⁾ Los hábitos orales se clasifican en dos grupos:

5.5.1. Hábitos de succión nutritiva

El amamantamiento exclusivo es la principal fuente de alimentación y nutrición para el desarrollo craneofacial adecuado del infante, debido a la acción fisiológica de succión, porque fomenta el ejercicio intenso de la musculatura orofacial.⁽¹⁶⁾

5.5.1.1 Succión del biberón

La alimentación con biberón en los bebés conduce alteraciones miofuncionales con una menor participación de músculos, esto produce reducción del trabajo mandibular provocando movimientos de succión al vacío, de la lengua, labios y mejillas, lo que puede llevar a la lengua a presionar el chupón contra el paladar y generar un paladar profundo y mordida cruzada posterior. El deterioro en el desarrollo motor oral causado por lactancia artificial puede afectar negativamente la masticación, deglución, respiración y la fonarticulación.⁽¹⁶⁾

5.5.2. Hábitos de succión no nutritiva

Es la succión sin fines alimenticios de nutrición que brinda efectos de felicidad, placer y satisfacción⁽¹⁶⁾ como son: succión digital, succión del chupón, succión labial y masticación de artículos que producen calma provocando modificación en la posición de los dientes su relación y la forma entre ambas arcadas.⁽⁶⁾

5.5.2.1. Succión digital

Es la introducción de uno o más dedos del niño en la boca, generalmente se realiza cuando la yema de los dedos descansa sobre el paladar, el proceso alveolar incisivo y la cara palatina de incisivos superiores. Al instaurar los dedos entre las arcadas los mantiene separados y la lengua permanece en contacto presionando, mientras se realiza la succión, reforzando esta acción.⁽³⁷⁾

5.5.2.2. Succión del chupón

En general, se sabe que los niños que usan chupete están más tranquilos, lloran menos y duermen fácilmente, por lo que se considera una medida de alivio y consuelo para el bebé. Los largos periodos de tiempo y una alta frecuencia de succión del chupón, suelen producir una hiperfunción del músculo buccinador, provocando una deficiencia del crecimiento transversal, así como también la lengua permanece en el piso de la boca y no ejerce presión sobre el paladar.⁽³⁷⁾

5.5.2.3. Succión labial

Es un hábito o tic morderse los labios frecuentemente el labio inferior. Mientras induce retracción mandibular durante la ejecución, linguoversión de los incisivos inferiores y vestibularización de los incisivos superiores.⁽³⁷⁾

5.6. Oclusión normal

La oclusión normal implica muchos valores aceptables, muestra una adaptabilidad fisiológica y está libre de manifestaciones patológicas cumpliendo requisitos estéticos, fisiológicos y anatómicos para satisfacer necesidades de salud y bienestar. La gran mayoría de personas no presentan todos los requisitos para este tipo de oclusión, porque tienen mala posición de los dientes.⁽³⁸⁾

Una oclusión ideal no hace simplemente referencia a la interdigitación de los arcos dentales, también se refiere a la relación que presentan los arcos en movimientos de protrusión, relación céntrica, movimientos de lateralidad, la relación con las bases apicales y el cráneo y, a través de ellos, con el resto del esqueleto humano.⁽³⁹⁾

5.6.1. Oclusión en niños

La oclusión ideal durante la dentición decidua es aquella que tiene como objetivo conseguir una fijación óptima de la oclusión definitiva. Todo esto sucede gracias a que el tamaño, posición y forma diferente de los dientes logra que las relaciones oclusales tengan una repercusión directa en la dentición permanente.⁽⁴⁰⁾

5.6.2. Características normales en arcos dentarios deciduos.

5.6.2.1. Relación molar

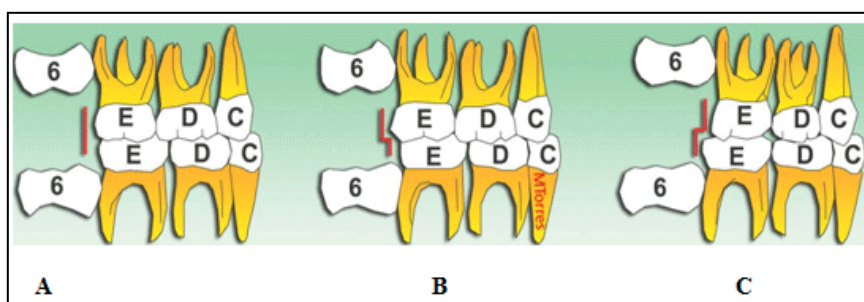
Está formado por planos terminales que se encuentran perpendiculares a las superficies distales de los segundos molares temporales superiores e inferiores y están clasificados de la siguiente manera:⁽⁴¹⁾

Escalón recto: Se da cuando el plano distal en ambas arcadas está en el mismo nivel formando así una línea recta, aquí los primeros molares definitivos llegarán a Clase I siempre y cuando el patrón de crecimiento sea favorable.

Escalón mesial: El plano terminal del segundo molar deciduo inferior está por delante del segundo molar deciduo superior, aquí los primeros molares definitivos erupcionarán y se colocarán en una posición Clase I y Clase III aparentemente.

Escalón distal: Describe la situación en la cual el segundo molar deciduo mandibular está en una posición distal al segundo molar deciduo maxilar, los molares permanentes erupcionarán en una posición clase II.

Figura 5. Planos terminales



Fuente tomada de:⁽⁴²⁾

5.6.2.2. Relación canina

- Clase I: La punta de la cúspide del canino deciduo superior coincide en el plano vertical con la superficie distal del canino inferior deciduo.
- Clase II: La punta de la cúspide del canino deciduo superior está anterior a la superficie distal del canino inferior deciduo.
- Clase III: La punta de la cúspide del canino superior deciduo está más posterior a la superficie distal del canino inferior deciduo. ⁽⁴³⁾

5.6.2.3. Espacios primates

Descritos por primera vez por Lewis y Lenhaman en 1929. La existencia de espacios primates y diastemas en dentición temporal son factores que deben tenerse en cuenta por su importancia para la dentición definitiva, l

a ausencia de estos puede generar desalineación o apiñamiento dentario, que no son factores de riesgo para la vida del infante, pero se consideran problemas de salud oral.⁽⁴⁴⁾

La presencia de espacios fisiológicos ocurre cerca de los 3 hasta los 6 años, donde el primer molar definitivo se presenta en boca cerrando los espacios. Están distribuidos así:⁽⁴⁴⁾

- En el maxilar superior se encuentran entre la cara distal del incisivo lateral deciduo y la cara mesial del canino deciduo.
- En el maxilar inferior se encuentran entre la cara distal del canino inferior deciduo y la cara mesial del primer molar deciduo.

Figura 6. Espacios primates



Fuente tomada de:⁽⁴²⁾

5.6.2.4. Línea media dental

Es una línea longitudinal imaginaria al nivel de la zona de contacto de los incisivos centrales superior e inferior. Idealmente, estas líneas medias deben concordar entre sí con la línea media de la cara creando simetría, armonía y estética.⁽⁴⁵⁾

5.6.2.5. Overbite

Es cuando el incisivo central superior se superpone sobre el incisivo central inferior en plano vertical se categorizaron como sobremordida profunda mayor a 3 mm. normal de 0 y 3 mm. o negativo mordida abierta anterior.⁽⁴⁶⁾

5.6.2.6. Overjet

Es la distancia presente en el plano anteroposterior, entre el borde incisal del incisivo superior más sobresaliente y la superficie vestibular del incisivo inferior se clasificó como excesivo mayor a 3 mm, normal de 0 y 3 mm o negativo cuando existe una mordida cruzada anterior.⁽⁴⁶⁾

5.6.3. Maloclusiones

La maloclusión es el resultado de anomalías morfológicas y funcionales, caracterizadas por la ausencia de una relación normal entre los órganos dentarios del mismo arco con los dientes antagonistas formando problemas en la masticación, fonación, oclusión y estéticas con efectos psicológicos adversos.⁽³⁾

La maloclusión es de origen multifactorial estos incluyen factores genéticos o hereditarios, ambientales o una combinación de ambos. También puede verse alterada por diversas condiciones como: tipo de alimentación, hábitos orales deformantes, caries proximales, restauraciones imperfectas, extracciones dentarias prematuras.⁽⁴⁷⁾ En la totalidad de los casos no solo se presenta un factor causal, sino que existen varios participando y sobreponiéndose lo que provocará anomalías de forma y función de los tejidos blandos, maxilares, dientes y

articulación temporomandibular. Desde el punto de vista de la prevención es importante conocer la causa exacta de la maloclusión porque ayudará a prevenirlas.⁽³⁾

5.6.3.1. Mordida Abierta

Es una maloclusión del plano vertical debido a la falta de contacto anterior de dientes superiores con inferiores. Su etiología es multifactorial como puede ser por genética o por factores ambientales como es el desarrollo de hábitos bucales nocivos.⁽⁴⁸⁾

Figura 7. Imagen de mordida abierta anterior



Fuente: tomada de ⁽⁴⁹⁾

5.6.3.2. Mordida Cruzada Anterior

Es una maloclusión en el plano anteroposterior en donde los dientes inferiores se encuentran delante de los dientes superiores, la misma puede deberse a un componente dentoalveolar, funcional o esquelético.⁽⁵⁰⁾

Figura 8. Imagen de mordida cruzada anterior



Fuente: Tomada de ⁽⁵¹⁾

5.6.3.3. Mordida Cruzada Posterior

Maloclusión caracterizada por alteración en relación transversal entre el arco superior con el inferior, como también puede ser cuando el maxilar superior es más estrecho que la mandíbula y puede suceder en uno o ambos lados de la boca.⁽⁵²⁾

Figura 9. Imagen de mordida cruzada posterior



Fuente: tomada de ⁽⁵²⁾

5.6.3.4. Mordida Profunda

Maloclusión del plano vertical donde se encuentra una superposición vertical de los incisivos superiores, respecto a los inferiores y se expresa de acuerdo con el porcentaje de longitud coronal inferior que está cubierta por los superiores.⁽⁵³⁾

Figura 10. Imagen de mordida profunda



Fuente: tomada de ⁽⁵³⁾

6. METODOLOGÍA

6.1. Tipo de Investigación

El presente trabajo será de tipo descriptivo, observacional de corte transversal.

6.2. Diseño de Investigación

Esta investigación será no experimental, ya que no se manipularán las variables de estudio.

6.3. Población

Se utilizará una población de estudio conformada por 28 representantes legales de los 28 modelos de estudio que fueron donados.

6.4. Muestra

El número representativo se obtendrá mediante los criterios de selección establecidos.

6.5. Criterios de Selección

- Modelos de pacientes y representantes que acudan a consulta odontológica en el tiempo establecido para la investigación.
- Modelos de pacientes con dentición decidua completa.
- Representantes que acepten voluntariamente responder el cuestionario.
- Tener firmado el consentimiento informado por parte de sus representantes.
- Pacientes que no presenten ningún tipo de discapacidad física o mental.

6.6. Entorno

- Clínica Odontológica: Dentística
- Clínica Odontológica: Dental Kids
- Clínica Odontológica: DentalMed Group

6.7. Técnicas e Instrumentos

Las técnicas que se utilizarán en este estudio son la encuesta con su instrumento cuestionario y como segunda técnica se utilizará la de observación con su instrumento ficha de datos.

6.8. Análisis Estadístico

Los resultados obtenidos en la investigación fueron analizados e interpretados a través de gráficos y tablas obtenidos mediante el programa estadístico SPSS versión 27.

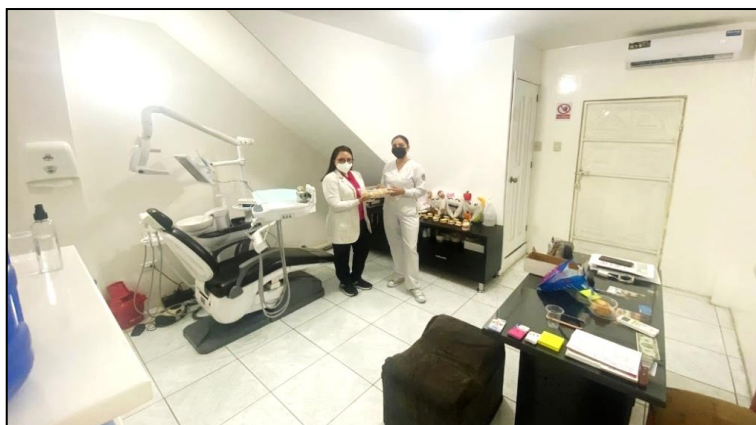
6.9. Intervenciones

Para la ejecución del presente trabajo investigativo se dividió al estudio en 3 fases:

FASE 1. Recolección de modelos de estudio

Los 28 modelos de estudio fueron donados por especialistas de los diversos centros odontológicos: Clínica Odontológica: Dentística, Dental Kids, DentalMed Group, seleccionando cada uno de los modelos según los criterios de selección descritos anteriormente.

Fotografía. 1. Recolección de modelos de estudio en consultorio



Fuente: Registro fotográfico del autor

FASE 2. Análisis de las relaciones oclusales

Se observó y analizó en cada uno de los 28 modelos de estudio con su registro de mordida el tipo de escalón terminal recto, mesial y distal que presentaban y se registró el tipo de maloclusión según los 3 planos del espacio; acorde a la metodología propuesta por Emmerich,⁽⁵⁴⁾ luego se utilizó una regla milimétrica para registrar el overjet que se logró midiendo, la distancia entre el borde incisal del incisivo superior más prominente y el área vestibular del incisivo inferior correspondiente situada paralela al plano oclusal y se categorizó como excesivo > 3 mm. normal 0 y 3 mm. o negativo cuando se observó mordida cruzada anterior. De la misma manera el overbite se obtuvo midiendo la distancia vertical entre los bordes del incisivo central superior e inferior y se categorizó como una mordida profunda >3 mm. valor normal 0 y 3 mm. o mordida abierta anterior, cuando no existía

superposición entre los incisivos superiores e inferiores. Además, se colocó la sonda periodontal al nivel de la zona de contacto de los incisivos centrales superior e inferior para observar si existe o no desviación de línea media. De los cuales se encontró los siguientes tipos de mordida:

- Mordida abierta anterior: Caracterizada por la ausencia de contacto vertical de los dientes anterosuperiores con los inferiores, presentando en este caso un overbite negativo.

Fotografía. 2. Mordida abierta anterior



Fuente: Registro fotográfico del autor

- Mordida profunda: Es la dimensión vertical entre los márgenes incisales de los dientes superiores sobrepasando de manera excesiva a los dientes inferiores, en este caso se encontró un overbite aumentado.

Fotografía. 3. Mordida profunda



Fuente: Registro fotográfico del autor

- Mordida cruzada posterior unilateral: Se consideró presente cuando las cúspides bucales de los molares mandibulares estaban desplazadas bucalmente en relación con las cúspides bucales de los molares superiores en una hemiarcada, además en el siguiente caso se encontró overjet aumentado.

Fotografía. 4. Mordida cruzada posterior unilateral



Fuente: Registro fotográfico del autor

- Mordida cruzada anterior: Los dientes anterosuperiores contactan con la superficie lingual de los incisivos inferiores, en este caso hubo un overjet negativo, junto con desviación de línea media.

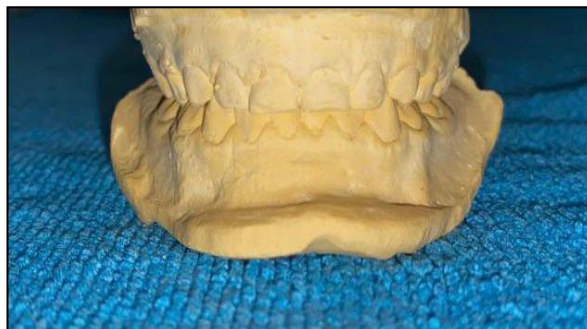
Fotografía. 5. Mordida cruzada anterior



Fuente: Registro fotográfico del autor

- Mordida sin ninguna maloclusión: Se observó línea media dental recta, overbite y overjet en valores normales, escalón terminal recto y clase I canina.

Fotografía. 6. Ninguna maloclusión



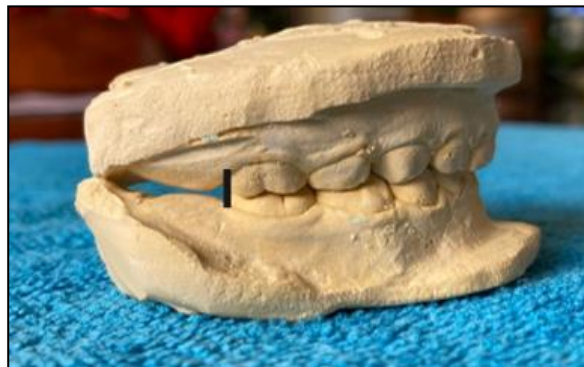
Fuente: Registro fotográfico del autor

Fotografía. 7. Línea media dental recta



Fuente: Registro fotográfico del autor

Fotografía. 8. Escalón terminal recto y clase I canina



Fuente: Registro fotográfico del autor

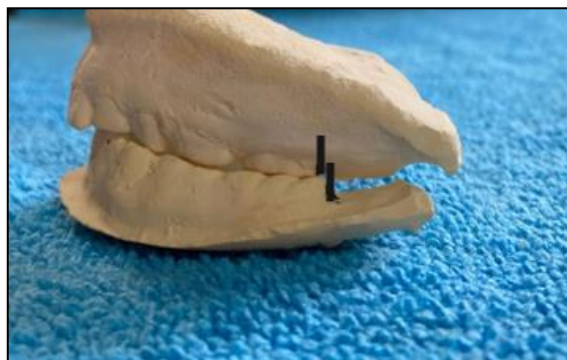
- Tipos de escalones terminales: Se encontraron los siguientes:

Fotografía. 9. Escalón mesial



Fuente: Registro fotográfico del autor

Fotografía. 10. Escalón distal



Fuente: Registro fotográfico del autor

Con la observación realizada se completó la ficha de recolección de datos y se identificó cada una de las maloclusiones presentes, este documento fue anexado al consentimiento informado y se procedió a realizar la aplicación del segundo instrumento que fueron las encuestas a los representantes.

FASE 3. Aplicación de Test

- Se eligió a los representantes legales de cada uno de los modelos de estudios donados que se encuentren aptos para el estudio en base a los criterios de selección, a los cuales se explicó la investigación a realizarse.
- Previa explicación se pidió a cada uno de los representantes que firmen el consentimiento informado con lo cual aceptaban participar en la investigación.
- Se aplicó 2 cuestionarios, uno que fue validado por Reyes Romagosa⁽⁵⁵⁾ ésta prueba consta de preguntas enfocadas a identificar la influencia del tipo y tiempo de lactancia materna. La segunda prueba fue validada por Dra. Francisca Díaz Schiappacasse⁽⁵⁶⁾ se recolectó información sobre la presencia, duración y frecuencia de hábitos de succión no nutritivos como, succión digital, succión del chupón o chupete, succión labial y succión de objetos.

Fotografía. 11. Encuesta aplicada a padres de familia



Fuente: Registro fotográfico del autor

6.10. Operacionalización de variables

6.10.1. Variable independiente: Lactancia materna

Tabla 1. Operacionalización de la variable independiente: Lactancia materna

Caracterización	Dimensión	Indicador	Técnica	Instrumento
Alimento principal para el desarrollo y crecimiento de una persona, líquido biológicamente protector e inmunomodulador por la variedad y cantidad de propiedades nutricionales y funcionales, que no han conseguido ser replicadas en su totalidad por fórmulas artificiales.	Alimento esencial	Tiempo de lactancia materna exclusiva	Encuesta	Cuestionario
	Tipos	Tipo de lactancia	Encuesta	Cuestionario

Elaborado por: Cintya Ramírez

6.10.2. Variable independiente: Hábitos orales

Tabla 2. Operacionalización de la variable independiente: Hábitos orales.

Caracterización	Dimensión	Indicador	Técnica	Instrumento
Patrones reflejos de contracción muscular que inicia como costumbre con reproducción habitual y automática de un mismo acto produciendo complacencia. Al inicio puede ser consciente y después pasa a ser inconsciente.	Costumbre de reproducción habitual	Tipos de hábitos de succión no nutritiva <ul style="list-style-type: none">● Succión Digital● Uso chupete● Succión Labial● Succión de otros objetos	Encuesta	Cuestionario

Elaborado por: Cintya Ramírez

6.10.3. Variable dependiente: Maloclusiones

Tabla 3. Operacionalización de la variable dependiente: Maloclusiones.

Caracterización	Dimensión	Indicador	Técnica	Instrumento
Alteraciones en la forma de ocluir de los niños, en máxima intercuspidad.	Alteraciones de ocluir	Tipo de mordida.	Observación	Ficha de datos

Elaborado por: Cintya Ramírez

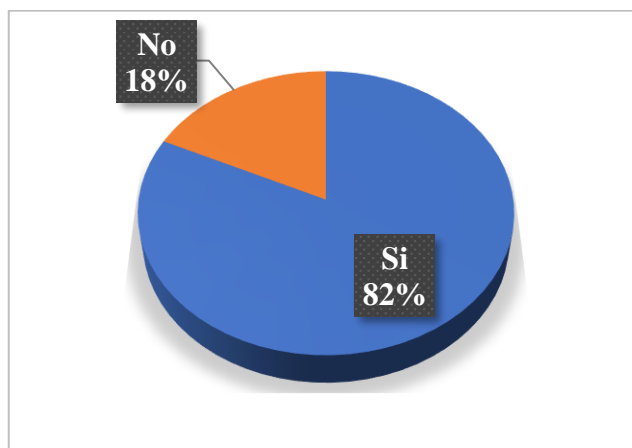
7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla 4. Lactancia materna

Lactancia materna	Frecuencia	Porcentaje
Si	23	82,1
No	5	17,9
Total	28	100

Fuente: Encuestas dirigidas a representantes legales de los 28 pacientes pediátricos.

Gráfico 2. Lactancia materna



Fuente: Encuestas dirigidas a representantes legales de los 28 pacientes pediátricos.

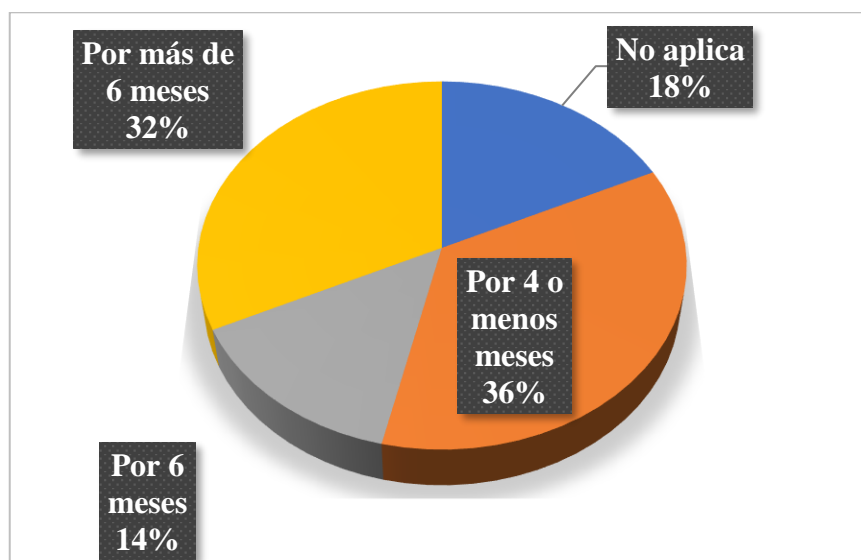
Análisis: En el gráfico se observa que el 82,1% de los niños recibieron lactancia materna por algún periodo de tiempo, a diferencia del 17,9% que supieron indicar que no habrían realizado este tipo de lactancia con sus hijos.

Tabla 5. Tiempo de lactancia materna exclusiva

Tiempo de lactancia exclusiva	Frecuencia	Porcentaje
No aplica	5	17,9
Por 4 o menos meses	10	35,7
Por 6 meses	4	14,3
Por más de 6 meses	9	32,1
Total	28	100

Fuente: Encuestas dirigidas a representantes legales de los 28 pacientes pediátricos.

Gráfico 3. Tiempo de lactancia materna exclusiva



Fuente: Encuestas dirigidas a representantes legales de los 28 pacientes pediátricos.

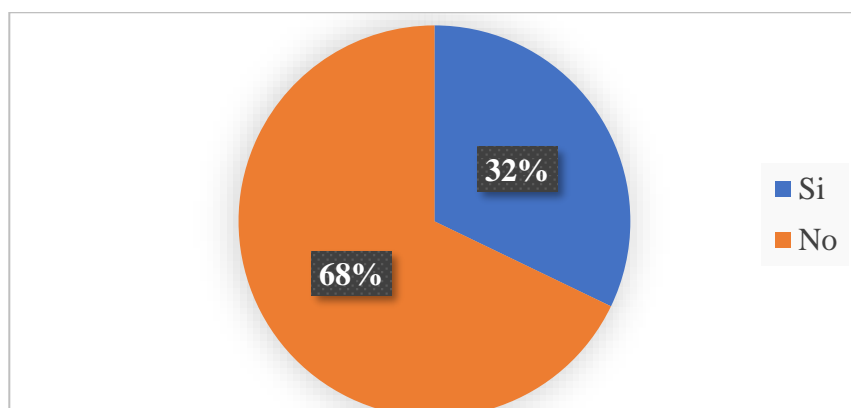
Análisis: En cuanto al periodo de lactancia materna exclusiva de las 28 encuestas se encontró una mayor frecuencia de niños con periodos de 4 o menos meses correspondientes al 35,7%, seguido de los pacientes que lactaron por más de 6 meses con un 32,1%, y en menor porcentaje niños que lactaron hasta los 6 meses con un 14,3%. Además, se observa un valor de 17,9% de niños que no recibieron lactancia materna exclusiva.

Tabla 6. Lactancia materna exclusiva

Lactancia materna exclusiva	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	32,1
No	19	67,9
Total	28	100

Fuente: Encuestas dirigidas a representantes legales de los 28 pacientes pediátricos.

Gráfico 4. Lactancia materna exclusiva



Fuente: Encuestas dirigidas a representantes legales de los 28 pacientes pediátricos

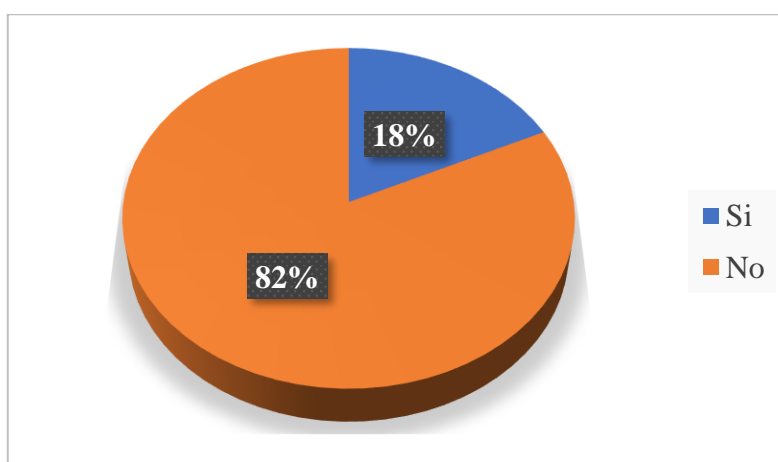
Análisis: Según el tipo de lactancia recibida en los pacientes se encontró que sólo un 32,1% de niños lactaron sólo del seno materno, mientras que la mayoría 67,9% recibió otro tipo de lactancia.

Tabla 7. Lactancia artificial

Lactancia artificial	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	17,9
No	23	82,1
Total	28	100

Fuente: Encuestas dirigidas a representantes legales de los 28 pacientes pediátricos

Gráfico 5. Lactancia artificial



Fuente: Encuestas dirigidas a representantes legales de los 28 pacientes pediátricos.

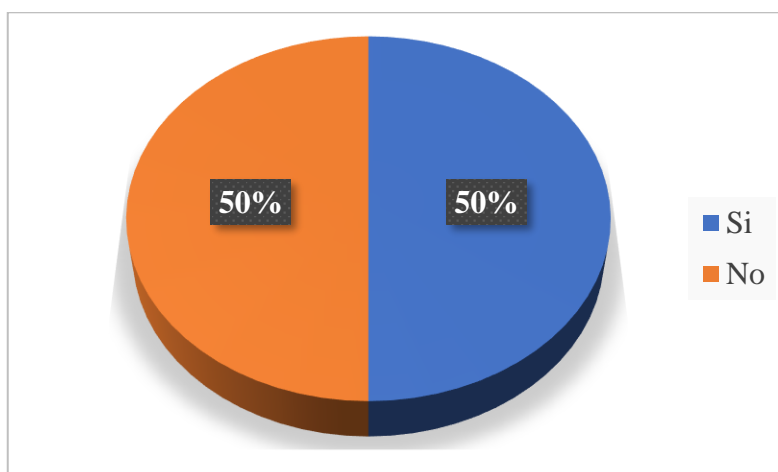
Análisis: En la siguiente muestra se observó que el 82,1% de niños no recibieron lactancia artificial, mientras que sólo un 17,9% de pacientes tuvieron lactancia artificial..

Tabla 8. Lactancia mixta

Lactancia Mixta	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	50
No	14	50
Total	28	100

Fuente: Encuestas dirigidas a representantes legales de los 28 pacientes pediátricos.

Gráfico 6. Lactancia mixta



Fuente: Encuestas dirigidas a representantes legales de los 28 pacientes pediátricos.

Análisis: En referencia a la lactancia mixta el 50% de niños recibieron este tipo de lactancia es decir materna en conjunto con lactancia artificial y otro 50% indicó que no recibió lactancia mixta.

Tabla 9. Hábito uso de chupón

Utilizó chupón	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	53,6
No	13	46,4
Total	28	100
Hasta qué edad		
No aplica	13	46,4
2 años	4	14,3
3 años	11	39,3
Total	28	100
Con qué frecuencia		
No aplica	13	46,4
Durante el día	5	17,9
Durante la noche	7	25
Todo el día	3	10,7
Total	28	100

Fuente: Encuestas dirigidas a representantes legales de los 28 pacientes pediátricos

Análisis: En relación con los hábitos de succión no nutritivos se encuentra el uso del chupón donde un 53,6% lo utilizó en un periodo de tiempo, mientras que el 46,4% no lo recibieron. En cuanto a la edad, la mayoría fue de 39,3% de niños hasta los 3 años que presentaron este hábito mientras que los niños que usaron chupón hasta los 2 años fue un 14,3%. Finalmente,

la frecuencia en la que utilizaron el chupón fue superior al 25% durante la noche, seguido de 17,9% durante el día y la menor con el 10,7% de niños.

Tabla 10. Hábito de succión digital

Succión digital	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	57,1
No	12	42,9
Total	28	100
Hasta qué edad		
No aplica	12	42,9
2 años	9	32,1
3 años	6	21,5
4 años	1	3,6
Total	28	100
Con qué frecuencia		
No aplica	12	42,9
Cuando esta aburrido	10	35,7
Al dormir	3	10,7
Todo el día	3	10,7
Total	28	100

Fuente: Encuestas dirigidas a representantes legales de los 28 pacientes pediátricos

Análisis: Respecto al hábito de succión digital el 57,1% realizaron este hábito por algún periodo de tiempo, a diferencia de un 42,9% que no reportaron esta costumbre. Mientras que los niños de 2 años predominaron en un 32,1%, seguido del 21,5% que fueron niños de 3 años y en 3,6% niños de 4 años. Con relación a la frecuencia de succión digital la mayoría cuando está aburrido con un 35,7%, además se encontró una igualdad del 10,7% de niños que realizaron succión digital al dormir y durante todo el día.

Tabla 11. Hábito de succión de labio

Succión de labio	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	7,1
No	26	92,9
Total	28	100
Hasta qué edad		
No aplica	26	92,9
3 años	1	3,6
4 años	1	3,6
Total	28	100

Fuente: Encuestas dirigidas a representantes legales de los 28 pacientes pediátricos

Análisis: En lo referente a la succión de labio la mayoría de los niños con el 92,9% no succionaron el labio y un 7,1% si lo hizo. Además, se encontró una igualdad de 3,6% en la edad de 3 y 4 años que si succionaron el labio.

Tabla 12. Succión de algún objeto

Succión de objeto	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	3,6
No	27	96,4
Total	28	100
Edad hasta que uso chupón		
No aplica	27	96,4
4 años	1	3,6
Total	28	100
Cuáles		
No aplica	27	96,4
Colores	1	3,6
Total	28	100

Fuente: Encuestas dirigidas a representantes legales de los 28 pacientes pediátricos

Análisis: Del conjunto de niños se observó que en un mayor porcentaje del 96,4% no realizaron succión de algún objeto, a diferencia de un 3,6% que, si succionó un objeto, siendo este caso hasta los 4 años y el objeto succionado fueron unos colores.

Tabla 13. Maloclusiones detectadas

Mordida abierta anterior	Frecuencia	Porcentaje
Presente	7	25
Ausente	21	75
Mordida cruzada posterior unilateral		
	Frecuencia	Porcentaje
Presente	7	25
Ausente	21	75
Mordida cruzada posterior bilateral		
	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	28	100
Mordida profunda		
	Frecuencia	Porcentaje
Presente	3	10,7
Ausente	25	89,3
Mordida cruzada anterior		
	Frecuencia	Porcentaje
Presente	1	3,6
Ausente	27	96,4

Ninguna maloclusión	Frecuencia	Porcentaje
Presente	10	35,7

Fuente: Encuestas dirigidas a representantes legales de los 28 pacientes pediátricos

Análisis: Con relación a las maloclusiones presentes y ausentes se encontró en la mayoría un 35,7% de niños que no presentaron ninguna maloclusión, así mismo se halló una equidad del 25% mordida abierta anterior y otro 25% mordida cruzada posterior unilateral, mientras los niños que tuvieron mordida profunda fue 10,7% y con un valor menor de 3,6% con mordida cruzada anterior. Representando un total de 64% infantes con mala mordida.

7.1. Análisis de significancia

Se busca a partir de los datos establecer una relación o asociación entre el tiempo de lactancia materna con los hábitos orales y maloclusiones en niños de 2 a 6 años. Por lo que en base a la naturaleza de los datos se aplicará una prueba no paramétrica Chi-Cuadrado de Pearson con el fin de determinar el p-valor.

Hipótesis 1

H_0 = No existe relación entre los tiempos de lactancia materna exclusiva y las maloclusiones.

IC=95%

Error=5%

Decisión: Si p es menor 0,05 se rechaza la H_0

Prueba

Tabla 14. Chi cuadrado de Pearson H1

Variables de prueba	Valor	gl	Chi-cuadrado de Pearson (p)	Prueba exacta de Fisher (p)
Por más de seis meses* Mordida abierta anterior	4,42	1	0,035	0,062
Por más de seis meses* Mordida cruzada posterior unilateral	4,42	1	0,035	0,062
Por más de seis meses* Mordida cruzada posterior bilateral	-	-	-	-
Por más de seis meses* Mordida profunda	1,592	1	0,207	0,53
Por más de seis meses* Mordida cruzada anterior	0,49	1	0,483	1,00

Variables de prueba	Valor	gl	Chi-cuadrado de Pearson (p)	Prueba exacta de Fisher (p)
Por cuatro meses o meses* Mordida abierta anterior	0,207	1	0,649	1
Por cuatro meses o meses* Mordida cruzada posterior unilateral	10,16	1	0,01	0,03
Por cuatro meses o meses* Mordida cruzada posterior bilateral	-	-	-	-
Por cuatro meses o meses* Mordida profunda	0,008	1	0,927	1
Por cuatro meses o meses* Mordida cruzada anterior	1,867	1	0,172	0,357
Por seis meses* Mordida abierta anterior	1,556	1	0,212	0,545
Por seis meses * Mordida cruzada posterior unilateral	0,00	1	1	1
Por seis meses * Mordida cruzada posterior bilateral	-	-	-	-
Por seis meses * Mordida profunda	7,52	1	0,06	0,045
Por seis meses * Mordida cruzada anterior	0,173	1	0,678	1

Fuente: Encuestas dirigidas a representantes legales de los 28 pacientes pediátricos

Tabla 15. Frecuencias observadas H1

Por cuatro meses o menos	Mordida cruzada posterior unilateral		Total
	Presente	Ausente	
No	1	17	18
Si	6	4	10
Total	7	21	28

Por seis meses	Mordida profunda		Total
	Presente	Ausente	
No	1	23	24
Si	2	2	4
Total	3	25	28

Conclusión: Se pudo encontrar la relación entre los tiempos de lactancia materna exclusiva y las maloclusiones en el caso de infantes que tuvieron mordida cruzada posterior unilateral y una lactancia por cuatro meses o menos ($p=0,03$) al observar que se encuentra presente este tipo de mordida de forma importante en aquellos que tuvieron la lactancia en al menos cuatro meses. Además, se detectó una significancia entre los niños que tuvieron lactancia materna exclusiva por sólo seis meses ($p=0,045$) de los cuales fueron 4 casos, el 50% de ellos presenta mordida profunda y el otro 50% no presenta esta maloclusión, lo que indicaría que no hay una diferencia significativa entre que un niño lacte por 6 meses y presente mordida profunda o que un niño lacte por 6 meses y no presente mordida profunda.

Hipótesis 2

H_0 = No existe relación entre los tiempos de lactancia materna exclusiva y los hábitos de succión no nutritiva.

IC=95%

Error=5%

Decisión: Si p es menor 0,05 se rechaza la H_0

Prueba

Tabla 16. Chi cuadrado de Pearson H2

Variables de prueba	Valor	gl	Chi-cuadrado de Pearson (p)	Prueba exacta de Fisher (p)
Por más de seis meses* Uso de chupón	9,6	1	0,02	0,04
Por más de seis meses* Se chupó el dedo	17,84	1	0,00	0,00
Por más de seis meses* Succiona el labio	1,032	1	0,312	1
Por más de seis meses* Succiona objeto				
Por cuatro meses o menos* Uso de chupón	1,68	1	0,194	0,254
Por cuatro meses o menos * Se chupó el dedo	11,67	1	0,001	0,001
Por cuatro meses o menos * Succiona el labio	0,191	1	0,662	1
Por cuatro meses o menos * Succiona objeto				

Variables de prueba	Valor	gl	Chi-cuadrado de Pearson (p)	Prueba exacta de Fisher (p)
Por seis meses * Uso de chupón	0,024	1	0,877	1
Por seis meses * Se chupó el dedo	0,097	1	0,755	1
Por seis meses * Succiona el labio	2,244	1	0,134	0,270
Por seis meses * Succiona objeto				

Fuente: Encuestas dirigidas a representantes legales de los 28 pacientes pediátricos

Tabla 17. Frecuencias observadas H2

Por más de seis meses	¿Utilizó chupón?		Total
	Si	No	
No	14	5	19
Si	1	8	9
Total	15	13	28

Por más de seis meses	¿Se chupó el dedo?		Total
	Si	No	
No	16	3	19
Si	0	9	9
Total	16	12	28

Por cuatro meses o menos	¿Se chupó el dedo?		Total
	Si	No	
No	6	12	18
Si	10	0	10
Total	16	12	28

Conclusión: Con relación a los tiempos de lactancia materna y los hábitos de succión no nutritiva se encontró que existe una relación directa entre el tiempo de lactancia materna por más de seis meses ($p=0,04$) y el uso del chupón; encontrándose que sólo 1 niño de 9 usó chupón.

Con respecto al hábito de chuparse el dedo y el tiempo de lactancia materna exclusiva por más de 6 meses se encontró que de la muestra total, sólo 9 niños tuvieron lactancia materna exclusiva por más de 6 meses de los cuales ninguno de ellos presentó hábito de succión digital.

En lo referente a la lactancia materna y la succión digital se observó una asociación directa entre el tiempo de lactancia materna de cuatro o menor a cuatro meses con el hábito de succión digital ($p=0,001$) encontrándose que 10 niños del total de la muestra presentaron succión digital cuyo tiempo de lactancia materna exclusiva fue menor a 4 meses.

8. DISCUSIÓN

La leche materna aporta a los bebés todos los nutrientes que requieren para su crecimiento y desarrollo, así como también para mantener un sistema inmunológico completamente formado. Por ello, la OMS y UNICEF recomiendan que la leche materna sea el alimento único de los lactantes hasta mínimo los 6 meses y hasta los 2 años se debe mantener en combinación con alimentos completos y una nutrición adecuada a la edad del niño. Actualmente se conoce que existe poca o ninguna influencia de lactancia materna exclusiva causando diversas enfermedades y alteraciones a nivel de todo el organismo y cavidad oral desde edad temprana; como menciona Reyes⁽⁵⁵⁾ en su estudio con respecto al tipo y tiempo de lactancia y la aparición de hábitos deformantes, en donde la mayoría de la muestra recibió lactancia materna exclusiva de menos de 4 meses, encontrándose una similitud con los resultados del presente estudio donde se evidenció una frecuencia de 35,7% de niños que recibieron lactancia materna exclusiva de 4 a menos meses. De igual forma nuestros resultados concuerdan con la investigación de Rodríguez⁽⁵⁷⁾ sobre el periodo de lactancia exclusiva en infantes de 6 a 12 años quién indicó un 39,1% de niños que fueron lactados exclusivamente hasta los 3 meses y en nuestra investigación se obtuvo un 35,7% de niños que lactaron hasta 4 meses o menos. Por otro lado, Vergara⁽⁵⁸⁾ encontró que sólo el 28,3% recibió lactancia materna exclusiva por 4 meses o menos, determinando la influencia del tiempo de la lactancia materna en la presencia de maloclusiones. En el transcurso de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, que se lleva a cabo en 170 países del 1 al 7 de agosto, la OMS confirmó que la prolongación de la lactancia hasta los dos años salvaría 1.5 millones de vidas cada año y resaltó que actualmente alrededor del 35 % de los niños a nivel mundial lactan únicamente durante sus primeros 6 meses⁽⁵⁷⁾, mientras que en nuestro estudio se encontró que los niños de 2 a 6 años que lactaron en un periodo de sólo hasta 6 meses fue de 14,3% resultado que difiere al menos en un 11% con los estudios de Dickmar⁽⁵⁹⁾ donde se encontró que los infantes recibieron leche materna exclusiva 24,3% y Rodríguez⁽⁵⁷⁾ un 26% de niños, en los cuales se mostrarían resultados diferentes a lo encontrado. Nuestro estudio también investigó sobre niños que lactaron por más de seis meses encontrándose 32,1% existiendo una gran diferencia con la investigación de Morales⁽⁵⁾, en su estudio sobre la influencia de lactancia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones encontrando un predominio de 62,1% de niños que tuvieron lactancia por más de 6 meses resultados mayores al nuestro, así mismo el estudio de Rodríguez Suárez⁽⁵⁷⁾ concluyó que el

5,7% de niños extendieron su lactancia materna exclusiva por más de 6 meses; resultados que difieren totalmente con las cifras encontradas en nuestro estudio.

La nutrición es un elemento primordial y determinante para el crecimiento y desarrollo del ser humano, existe una estrecha relación entre la principal causa de enfermedad en la edad adulta y la calidad de alimentación durante la niñez y adolescencia, hace necesario conocer todos los aspectos que rodean a la nutrición durante los primeros años de vida. Es por ello que las ventajas y beneficios de la lactancia natural han sido apreciados por quienes han valorado muy positivamente sus cualidades durante décadas. Sin embargo, los últimos años han sido de crisis para la lactancia materna, comenzando por los países industrializados con el nivel de vida más alto, provocando una disminución del amamantamiento y su reemplazo por formulas artificiales que no producen estimulación muscular a nivel de la cavidad oral; así Garibo y Cols.⁽⁶⁰⁾ en su estudio sobre la asociación entre el tiempo de lactancia y el desarrollo de maloclusiones, analizó el tipo de lactancia recibida por los pacientes encontrando que el 44% recibió alimentación al seno materno combinada con biberón, mientras que el 12% recibieron alimentación exclusiva sólo con biberón. Por lo tanto, estos datos tienen relación con los resultados del presente estudio al encontrar un 50% de niños que recibieron lactancia mixta y un 17,9% de pacientes que solo recibieron biberón. En la investigación de Prieto y Cols.⁽³²⁾ según la distribución del tipo de lactancia con una muestra de 343 preescolares evaluados obtuvo un 59,77% de pacientes con lactancia mixta, así mismo los niños lactados artificialmente se encontró en un 27,99% siendo estos datos similares con el estudio realizado en donde se encontró mayor frecuencia de niños con lactancia mixta y en un menor porcentaje pacientes con lactancia artificial.

Un problema de salud bucodental que está recibiendo mucha atención durante los últimos años en odontología infantil es la maloclusión, en los que una de las causas primordiales o secundarias es la aparición de hábitos de succión no nutritivos. Los estudios muestran que en los infantes, la presencia de una maloclusión provoca un impacto negativo en la calidad de vida del niño; los resultados de la presente investigación en una muestra de 28 pacientes indican que el hábito con mayor frecuencia es el de succión digital en un 57,1%, a continuación del uso del chupón con 53,6% de niños, existiendo divergencia con los resultados de Mendoza⁽⁶⁾ en su investigación sobre la prevalencia de hábitos orales y sus consecuencias dentomaxilares en escolares de 6 a 11 años en donde predominó 38,95% de hábitos como onicofagia, biberón, manta y succión de brazo, mientras que la succión digital se encontró sólo en un 13,08% y succión del chupete 9,59% resultados muy divergentes con

el nuestro; sin embargo estudios de Carrillo⁽⁶¹⁾ quien estableció la relación de la succión no nutritiva con la maloclusión en 435 niños ecuatorianos, encontró que el hábito más frecuente fue la succión digital en un 21,6% seguido del uso del chupón 14,5% y el hábito de queilofagia el 9,9% siendo estos resultados similares con el presente estudio posiblemente por las características socio culturales de la población estudiada. Con relación a la presencia de maloclusiones nuestro estudio determinó un 64%, siendo las más comunes mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior unilateral cada una representó 25%, además se encontró la presencia de mordida profunda 10,7% y mordida cruzada anterior 3,6%, siendo estos resultados divergentes con la investigación de Mendoza⁽³⁶⁾ el cual analizó historias clínicas y examen clínico de 202 pacientes observando que las maloclusiones más frecuentes fue la mordida profunda 15,8% y mordida abierta anterior 14,3%; también investigaciones de Moreno⁽⁶²⁾ indican que la alteración más frecuente fue la mordida abierta anterior obteniendo una similitud con el presente estudio, de igual manera con los resultados reportados en el estudio de Navarrate⁽⁶³⁾ donde se analizaron los factores relacionados con maloclusiones en niños ecuatorianos de 3 a 9 años demostrando que el 84% de niños presentaban maloclusiones siendo la más frecuente la mordida cruzada posterior unilateral.

La lactancia materna insuficiente se asocia con un subdesarrollo del complejo masticatorio y formación de hábitos ya que se produce una escasa actividad muscular perioral trayendo consecuencias negativas en la deglución, respiración, el habla y por consiguiente maloclusiones; es así, que los resultados de nuestro estudio indicaron que un corto periodo de lactancia materna exclusiva está relacionado con una mayor prevalencia de presentar mordida cruzada posterior unilateral; concordando con estudios de Chen⁽⁶⁴⁾ sobre los efectos de la duración de la lactancia materna, la duración de la alimentación con biberón y los hábitos orales sobre las características oclusales de la dentición temporal, quien encontró que una corta duración de lactancia se asocia directamente con mordida cruzada posterior; sin embargo, algunos estudios no encontraron asociación entre lactancia materna y la aparición de maloclusiones como menciona Morales.⁽⁵⁾ Un hallazgo importante en nuestro estudio indicó que la lactancia materna por más de seis meses no determinó la relación con la presencia o ausencia de mordida profunda; sin embargo resultados de Silva⁽⁶⁵⁾, concluye que la lactancia materna durante 6 meses o más se asocia directamente como un factor de riesgo de mordida profunda; lo que no concuerda con estudios de Puga⁽⁶⁶⁾ quien estableció varios indicadores de maloclusión encontrando que la lactancia materna tiene una influencia protectora de mordida profunda.

Algunos autores plantean que, si la alimentación al pecho de la madre no es satisfactoria, el niño tiende a chuparse el dedo, a masticarse las uñas, el brazo, el labio, el cabello, llevarse objetos extraños a la boca y otros hábitos, lo que puede conducir a la aparición de maloclusiones. El hallazgo de que la lactancia materna exclusiva tuvo un efecto protector y disminuyó el riesgo de adquirir hábitos de succión no nutritivos está de acuerdo con varios estudios como la investigación de Dickmar⁽⁵⁹⁾ en niños amamantados durante más de 6 meses tenían menor probabilidad de desarrollar enfermedades alérgicas, de otorrinolaringología y en menor presencia hábitos orales como el uso de chupón, alimentación con biberón, deglución atípica y respiración oral; resultados semejantes con nuestro estudio donde no se encontró la presencia de hábitos de chupón y succión digital en niños que lactaron por más de seis meses; sin embargo se encontró el hábito de succión digital en niños de 2 a 6 años que sólo lactaron por 4 meses o menos, lo que concuerda con autores como Rondón⁽¹³⁾ quien manifestó que mientras menor fue el periodo de lactancia materna exclusiva mayor la prevalencia del hábito de succión digital. Totalmente opuestos a estos resultados concluyeron los estudios de Roscoe⁽⁴⁶⁾ quien manifiesta que inclusive con altas tasas y extensos períodos de lactancia materna durante 10 meses, los hábitos de succión no nutritiva se encontraron presentes en la mayoría de los infantes.

9. CONCLUSIONES

- Se concluye que la mayoría de niños recibió lactancia materna exclusiva por 4 meses o menos, seguido de niños que lactaron por más de seis meses y en un menor porcentaje niños que lactaron solo hasta 6 meses.
- En lo referente al tipo de lactancia se concluye que la mayoría de la muestra tuvo lactancia mixta (seno materno combinado con biberón), seguido de lactancia materna exclusiva y un porcentaje menor de niños que recibieron lactancia artificial.
- Entre los hábitos más frecuentes encontrados en nuestro estudio se identificó la succión digital, seguido del hábito del uso del chupón, queilofagia y finalmente, el hábito de succión de objetos en menor porcentaje. En cuanto a maloclusiones se identificó como las más frecuentes la mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior unilateral, seguida de la mordida profunda.
- Nuestro estudio concluyó que mientras más tiempo de lactancia materna exclusiva tuvieron los niños, menor fue la presencia de hábitos y maloclusiones.

10. RECOMENDACIONES

- La OMS y UNICEF recomiendan que la leche materna sea el alimento único de los lactantes hasta mínimo los 6 meses y hasta los 2 años se debe mantener en combinación con alimentos completos y una nutrición adecuada a la edad del niño.
- Fomentar la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses es indispensable en vista de que la lactancia materna es considerada como el primer aparato de ortodoncia natural.
- Evitar el uso prolongado del biberón debido a que provoca alteraciones a nivel óseo dental del niño.
- Se recomienda un control del tiempo en los hábitos de succión digital, uso del chupón, entre otros los cuales no sean prolongados por más de dos años, con el fin de evitar la instauración de hábitos de succión no nutritiva y por ende maloclusiones.
- Es importante la visita al odontopediatra apenas erupciona el primer diente en boca, y control periódico del niño lo que permitirá identificar precozmente hábitos orales que se traduzcan en maloclusiones a través de plantear tratamientos preventivos-interceptivos.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño [Internet]. World Health Organization; 2003 [cited 2021 Apr 21]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42695/9243562215.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Moreno Arias A, Sáez Luna M, Sotolongo Chacón L, Alegret Rodríguez M. Validación de un índice para determinar la necesidad y la prioridad del tratamiento ortodóncico. *Acta Médica del Cent.* 2016;10(2):39–43.
3. Mercado S, Mamani L, Mercado J. Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes. *Rev KIRU.* 2018;15(2):94–8.
4. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev Chil Pediatr.* 2017;88(1):15–21.
5. Morales Chávez M, Stabile Del Vechio R. Influencia de la lactancia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones. Estudio transversal. *Univ Odontológica.* 2014;33(71):19–24.
6. Mendoza P, Méndez J, Florentín D, Martínez G, Aguilar G, Ríos González CM. Prevalencia de hábitos de succión no nutritiva y su relación con maloclusión y anomalías dentomaxilares en preescolares de Cnel. Oviedo, Paraguay. *Memorias del Inst Investig en Ciencias la Salud.* 2019 Oct 30;17(3):49–54.
7. Rosales Vega G, Roa González S, Rodríguez López D. Relación de la Lactancia Materna y Maloclusiones. *Rev Mex Med Forense.* 2020;(5):177–80.
8. OMS. Lactancia Materna Exclusiva [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 21].

Available from: <https://www.who.int/es/home>

9. OMS. Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 21]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
10. OPS. Leche materna desde la primera hora de vida [Internet]. 2018. p. 1–5. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14530:3-in-5-babies-not-breastfed-in-the-first-hour-of-life&Itemid=135&lang=es
11. Ministerio de Salud Pública. Ecuador impulsa la Semana Mundial de la Lactancia Materna [Internet]. 2020. p. 1–3. Available from: <https://www.salud.gob.ec/ecuador-impulsa-la-semana-mundial-de-la-lactancia-materna/>
12. INEC. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [Internet]. 2018. p. 722. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales_resultados_ENSANUT_2018.pdf
13. Rondón RG, Zambrano GA, Guerra ME, De Galarraga B. Relación entre un periodo de lactancia materna exclusiva menor de 6 meses y presencia de hábitos parafuncionales en un grupo de niños y adolescentes venezolanos . *Rev Odontopediatría Latinoam.* 2018;8(1):17–28.
14. Govoni L, Ricchi A, Molinazzi MT, Galli MC, Putignano A, Artioli G, et al. Breastfeeding pathologies: Analysis of prevalence, risk and protective factors. *Acta Biomed.* 2019;90(4):56–62.
15. López Rodríguez YN. Función motora oral del lactante como estímulo de

- crecimiento craneofacial. *Univ Odontol.* 2016 Jun 28;35(74).
16. Lima Illescas M, Rodríguez Soto A, García González B. Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos. *Rev Cuba Estomatol.* 2019;56(2):187–97.
 17. Vargas Zarate M, Becerra Bulla F, Balsero Oyuela SY, Meneses Burbano YS. Lactancia materna: mitos y verdades. Artículo de revisión. *Rev la Fac Med.* 2020 Oct 1;68(4).
 18. Tirano DC, Pinzón OL, González JL. Risk factors and barriers to implementation of breastfeeding: Review. *Rev Española Nutr Humana y Diet.* 2018;22(4):263–71.
 19. OMS. Lactancia materna exclusiva para un crecimiento, desarrollo y salud óptimos de los bebés. [Internet]. Available from: https://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en/
 20. García López R. Composición e inmunología de la leche humana. *Acta Pediatr Mex.* 2011;32(4):223–30.
 21. Vásquez Garibay EM. Primer año de vida. Leche humana y sucedáneos de la leche humana. *Gac Med Mex* [Internet]. 2016;152(1):13–21. Available from: www.anmm.org.mx
 22. Galindo Sevilla NDC, Contreras Carreto NA, Rojas Bernabé A, Mancilla Ramírez J. Breastfeeding and covid-19. *Gac Med Mex.* 2021;157:201–8.
 23. Chambers C, Krogstad P, Bertrand K, Contreras D, Tobin NH, Bode L, et al. Evaluation for SARS-CoV-2 in Breast Milk from 18 Infected Women. *Jama - J Am Med Assoc.* 2020;324(13):1347–8.
 24. Costa S, Posteraro B, Marchetti S, Tamburrini E, Carducci B, Lanzone

- A, et al. Excretion of SARS-CoV-2 in human breast milk. *Clin Microbiol Infect.* 2020 Oct 1;26(10):1430–2.
25. Tam PC, Ly KM, Kernich ML, Spurrier N, Lawrence D, Gordon DL, et al. Detectable severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in human breast milk of a mildly symptomatic patient with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Clin Infect Dis* [Internet]. 2021;71(1). Available from: <https://academic.oup.com/cid/advance-article-abstract/doi/10.1093/cid/ciaa673/5848850>
 26. OMS. Recomendación de la OMS sobre la alimentación del lactante [Internet]. [cited 2021 Sep 6]. Available from: https://apps.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/es/index.html
 27. Quintero Fleites E, Roque Peña P, De la Mella Quintero S, Fong Zurbano G. Posiciones correctas y un buen agarre al amamantar: clave del éxito en la lactancia materna. *Medicent Electrónica.* 2014;18(4).
 28. Abanto J, Duarte D, Feres M. Primeros mil días del bebé y salud bucal: lo que necesitamos aprender! 1st ed. Quintessence Publishing España, editor. 2019.
 29. Zini Carbone C, Medina M de las M, Zini Carbone M, Galiana A. La importancia de la lactancia materna en odontología. *RAAO.* 2021;64(1).
 30. Condori Quispe WW, Ayca Castro IDR. Relación entre la lactancia materna y artificial con el crecimiento mandibular en niños De 0 a 6 meses de edad atendidos en el centro de salud La Esperanza, Tacna-2017. *Rev Odontológica Basadrina.* 2019;3(1):15–9.
 31. Cabedo R, Manresa J, Cambredó V, Montero L. Tipos de lactancia

- materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Estudio Lactem. *Matronas Profesión*. 2019;20(2).
32. Prieto B, Gómez G. Lactancia artificial prolongada asociada a hábitos orales , maloclusiones y características sociodemográficas en preescolares españoles : Estudio observacional. *Rev Española Nutr Humana y Dietética*. 2022;26(2).
 33. Pérez E, Guillén J. Lactancia materna y su importancia para evitar la aparición de anomalías dentomaxilofaciales. *Rev Científico Estud las Ciencias Médicas Cuba*. 2011;(July):1–5.
 34. Gramal Aguilar E, Navarrete Angulo N, Wilfrido Palacios Paredes E. Relación entre lactancia y maloclusiones en preescolares de 3-5 años de la Parroquia Miguel Egas Cabezas-Otavalo. *CES Odontol*. 2015;17(1):75–80.
 35. Urgellés Pérez Y, Arsenia Abellas M. Algunas consideraciones sobre la alimentación del lactante para la conservación de su salud bucal. *Medisan*. 2012;16(3):596.
 36. Mendoza Castro A, Tovar Moreira E. Lactancia materna. Su influjo en las malas oclusiones en niños escolares. *Dominio Las Ciencias*. 2018;4(1).
 37. Parra Iraola S, Zambrano Mendoza A. Hábitos deformantes orales en preescolares y escolares: Revisión Sistemática. *Int J Odontostomat*. 2018;12(2):188–93.
 38. Pausa M, Suárez M, Raimundo E, Pérez E. Maloclusiones y variables de oclusión en niños de escuela primaria Felipe Poey 2019. *Estomatol* 2020. 2020;12.

39. Okeson J. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. Elsevier H. 2013.
40. Staley R, Reske N. Fundamentos en Ortodoncia Diagnóstico y tratamiento. Amolca. 2012. 3–5 p.
41. McDonald R, Avery D, Dean J. Odontología para el niño y el adolescente. Amolca. 2014. 518 p.
42. Carvajal MT, Agregado P. Desarrollo de la Dentición. La dentición primaria. Rev Latinoam Ortod y Odontopediatría. 2009;1–25.
43. Martínez Ramos MR, Valles YG, Llópiz Milanés Y, Pérez Vidal B, Bosch Marrero L. Características de la oclusión dentaria en niños de 4 y 5 años. Medisan. 2017;21(12):3424–31.
44. Reyes Fonseca A, Méndez Ferrales Y, Navarro Arias I, Verdecia Quintana D. Estudio de espacios fisiológicos en niños de 5 años de círculos infantiles. Policlínico René Vallejo Ortíz. Bayamo. Multimed. 2019;23(5).
45. Martínez Del Toro B. Manejo ortodóncico de líneas medias en un caso asimétrico previo a colocación de implantes osteointegrados. Dent Mod. 2019;(43).
46. Roscoe MG, Bonifácio SV da S, Silva TB da, Pinguero JM, Lemos MM, Feres MF. Association of breastfeeding duration, nonnutritive sucking habits, and malocclusion. Int J Clin Pediatr Dent. 2018;11(1):18–22.
47. Arocha A, Aranda M, Pérez Y, Granados AE. Malocclusions and deforming oral habits in school children with early mixed teething. MediSan. 2016;20(04):426–32.

48. Miranda Salguero Á, Sánchez Valverde A. Corrección de una mordida abierta anterior esquelética mediante miniimplantes y un bite block modificado. *Rev Mex Ortod.* 2017;5(2):107–15.
49. De la Parte Serna A, Martínez Laclaustra M, Vasquez Castrillón L, Fernández Negrete D. La succión digital y el biberón: efectos en la cavidad oral del paciente pediátrico. *Rev Eur Odontoestomatol.* 2020;
50. Liriano Martínez B, Gurrola Martínez B, Casasa Araujo A. Mordida cruzada anterior y posterior tratamiento ortodóncico-ortopédico con expansor Hyrax. *Rev Latinoam Ortod y Odontopediatría.* 2018;
51. García G, Gurrola B, Araujo A. Tratamiento ortopédico de mordida cruzada en dentición primaria. Reporte de un caso. *Rev Latinoam Ortod y Odontopediatría.* 2016;1–27.
52. Agostino P, Ugolini A, Signori A, Silvestrini Biavati A, Harrison JE, Riley P. Tratamiento ortodóncico para las mordidas cruzadas posteriores. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(8).
53. Oblitas Pereyra O, Villalobos Terán C, Farje Gallardo C, Coronel Zubiato F. Maloclusiones verticales en estudiantes de cinco carreras profesionales de salud. *Rev Salud Vida Sipanense.* 2020;7(1):29–36.
54. Emmerich A, Fonseca L, Elias AM. The relationship between oral habits, oronasopharyngeal alterations, and malocclusion in preschool children in Vitória, Espírito. *Cad Saude Publica.* 2004;20(3):689–97.
55. Reyes Romagosa DE, Quesada ADS, Paneque Gamboa MR, Suárez G del CD, Lastres YM. Influences of the type and time of breastfeeding in the onset of deforming oral habits. *Rev Cubana Estomatol.* 2017;54(4):34–9.

56. Echeverría R, Figueroa P. Prevalencia de hábitos de succión no nutritiva y alteraciones oclusales en niños de 3 a 6 años, Comuna de Valdivia, 2017 [Internet]. 2017. Available from: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmp978p/sources/fmp978p.pdf>
57. Rodríguez Suárez S, González Ramos R, Domínguez Santana L. Lactancia materna y hábitos bucales deformantes. *Rev ciencias médicas La Habana*. 2014;20(2).
58. Vergara R, Barrueco L, Del Mazo L, Pérez E, Sánchez T. Influencia de la lactancia materna sobre la aparición de maloclusiones en escolares de 5 a 6 años. *Medisan*. 2014;18(8):1064–70.
59. Dickmar B, Hernández M de las N, Guerra ME. Relación entre periodo de amamantamiento y la presencia de hábitos nocivos en niños Venezolanos. *Rev Odontopediatria Latinoam*. 2015;5(1):22–32.
60. Garibo Ruiz MA, Barrera Brito D, Garibo Ruiz D. Asociación entre el tiempo de lactancia y el desarrollo de maloclusiones. *Salud Publica Mex*. 2018;60(2):128–128.
61. Carrillo Valencia MI, Tello G, Navarrete NE. Relación de la succión no nutritiva con la maloclusión en niños ecuatorianos. *Rev “Odontología.”* 2016;18(1):13–9.
62. Moreno Y, Rodríguez C, Rodríguez H, Marrero M, González R, Cruz L. Comportamiento de maloclusiones en niños de 6 a 12 años, Municipio Arroyo Naranjo, 2018. *Rev Cuba Tecnol la Salud*. 2019;10(2):44–52.
63. Navarrete Angulo NE, Pita Sobral MA. Factores relacionados con maloclusiones en niños ecuatorianos de 3-9 años de edad. *Rev Cuba estomatol*. 2020;57(2).

64. Chen X, Xia B, Ge L. Effects of breast-feeding duration, bottle-feeding duration and non-nutritive sucking habits on the occlusal characteristics of primary dentition. *BMC Pediatr.* 2015;15(1):1–9.
65. Silva Sarmiento G. Lactancia materna frente a la alimentación con biberón y maloclusión. *J Hum Lact.* 2018;1–2.
66. Puga PM, Gálvez D, Sanz L. Influencia de la lactancia materna en la prevención de anomalías dentales y maxilofaciales. Revisión bibliográfica. *Rev Electrónica Portales Medicos [Internet].* 2015; Available from: <https://www.salud.gob.ec/ecuador-impulsa-la-semana-mundial-de-la-lactancia-materna/>

12.ANEXOS

Anexo 1: Certificado de Permiso

CERTIFICADO

De mi consideración

Yo, **RAISSA GABRIELA MADURO JÁCOME**, certifico que la Srta. **CINTYA GABRIELA RAMÍREZ HERRERA** estudiante del décimo semestre de la Carrera de Odontología de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO** realizará su proyecto de investigación y se brindará la donación de instrumentos necesarios para la elaboración de su tesis "LACTANCIA MATERNA, HÁBITOS ORALES Y MALOCCLUSIONES EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS" en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas en los consultorios **DENTAL KIDS, DENTISTICA Y DENTALMED GROUP**

Atentamente



Raissa Gabriela Maduro Jácome
ODONTÓLOGA
Libro: 4 Folio: 124 No. 424

Dra. **RAISSA GABRIELA MADURO JÁCOME**

C.I. 1713359808

ODONTÓLOGA- RESIDENTE EN ODONTOPEDIATRÍA

Anexo 2: Encuesta

ENCUESTA A REPRESENTANTES |

Primera parte: Tiempo y Tipo de Lactancia

Por medio de la presente solicitamos su colaboración, una vez ha accedido a cooperar con el equipo de investigadores para obtener los siguientes datos.

Coloque una X si su representado cumple lo indicado.

- Nombre del niño(a) _____
- Sexo: a) Masculino__ b) Femenino__
- Edad: a) 2 años__ b) 3 años__ c) 4 años__ d) 5 años__ e) 6 años__

Tipo de Lactancia

1. Dio usted lactancia materna exclusiva a su hijo(a): Si__ No__

Tiempo de lactancia exclusiva:

Por 4 o menos meses__

Por 6 meses__

Por más de 6 meses__

2. Lactancia Artificial (biberón): Si__ No__

3. Lactancia Mixta (Lactancia materna combinada con otro tipo de leche): Si__ No__

Segunda parte: Hábitos de succión no nutritiva

A continuación, se les presentará diferentes opciones de malos hábitos orales. Debe indicar SI o NO y la frecuencia con la cual se general los hábitos del menos representado.

Su hijo:

4. ¿Utiliza o utilizó chupón?	SI	NO	
¿Hasta qué edad?			
¿Con qué frecuencia?	Durante el día	Durante la noche	Todo el día
5. ¿Se chupa o chupaba el dedo?	SI	NO	
¿Hasta qué edad?			
¿Cuándo?	Está aburrido	Al dormir	Todo el día
6. ¿Se succiona o succionaba el labio?	SI	NO	
¿Hasta qué edad?			
7. Succiona o succiona algún otro objeto, ¿cuáles?	SI	NO	
	¿Hasta qué edad?		
	¿Cuáles?		

FIRMA
C.I.

Anexo 3: Ficha de recolección de datos

FICHA DE DATOS

- Nombre: _____
- Edad: ____
- Sexo: Masculino__ Femenino__

Maloclusión	Presente	Ausente
Mordida abierta anterior		
Mordida cruzada posterior unilateral		
Mordida cruzada posterior bilateral		
Mordida profunda		
Mordida cruzada anterior		
Desviación línea media		
Overbite aumentado		
Overjet aumentado		

Anexo 4: Plantilla de Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento de consentimiento informado se entregará a los participantes con el propósito de proveer una previa explicación oral de esta investigación.

Yo, Cintya Gabriela Ramírez Herrera, estudiante de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Chimborazo. La meta de este estudio es analizar la relación del tiempo de lactancia materna exclusiva con hábitos orales y maloclusiones en niños de 2 a 6 años. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder 7 preguntas en una entrevista, lo cual no tomará mucho de su tiempo.

Además, se hace saber los siguientes aspectos.

Por lo que usted debe declarar en pleno ejercicio de sus facultades estar de acuerdo con:

- Participar una vez conocidas sus características;
- Que la información que brinde será utilizada exclusivamente con fines investigativos para su propio beneficio y el de la comunidad, y no será divulgada indebidamente.
- Que los procedimientos a utilizar no provocaran riesgo o posibilidad alguna de daño para su salud y sí para la beneficencia.
- Si se decide abandonar el estudio, puede hacerlo en el momento que desee lo que no afectará su atención integral.

Expresa su conformidad como representante legal de participar en el estudio de Lactancia materna, hábitos orales y maloclusiones en niños de 2 a 6 años por la autora Cintya Gabriela Ramírez Herrera.

Y para que así conste, firmo el presente.

Firma: _____