

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**INFLUENCIA DEL TIEMPO DE LACTANCIA EN EL DESARROLLO DE
LOS HÁBITOS DE SUCCIÓN NO NUTRITIVA EN NIÑOS DE 3, 4 Y 5
AÑOS DE EDAD DE LA I.E.I. BELLAPAMPA. AREQUIPA.2016**

Tesis presentada por la Bachiller
AMPARITO LUCÍA ESCOBEDO DIAZ

Para optar el Título Profesional de
CIRUJANO DENTISTA

AREQUIPA – 2016

DEDICATORIA

*Con todo cariño a mis padres,
Ruby y Reymmer por su
constante apoyo y aliento a lo
largo de este proyecto.*

*A mis hermanos, Giovanna y
Gabriel; y primas (os) para
inspirar el deseo de
superación y el poder de
lograr sus objetivos y nunca
se dejen vencer.*

*A mis abuelitos Elísea, Lucía,
Jesús por sus palabras de aliento
y compañía; y Danilo, aunque
no esté físicamente con nosotros,
pero sé que desde el cielo
siempre me cuida y me guía
para que todo me salga bien.*

*A mis tías (os) por su amor y
compresión, a mi tía
Giovanna por brindarme el
tiempo necesario.*



AGRADECIMIENTO

*Nuestra gratitud a Dios, por ser nuestro
aliento y compañía inseparable.*

*A mi asesora, Dra. Cláudia Barreda por su
visión crítica y por el apoyo constante para
llevar a cabo esta investigación.*

*A mis dictaminadores Dr. Agustín Carpio,
Dra. Elsa Vásquez y Dra. Lenia Cáceres por
su paciencia y el apoyo brindado.*

ÍNDICE

Resumen
Abstract
Introducción

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I.-Planteamiento Teórico.....	13
1. Problema de Investigación.....	13
1.1 Determinación del problema	13
1.2 Enunciado del Problema.....	13
1.3 Descripción del Problema	14
1.3.1. Área del Conocimiento	14
1.3.2. Operacionalización de variables.....	14
1.3.3. Interrogantes Básicas.....	14
1.3.4. Taxonomía de la Investigación.....	15
1.4. Justificación	15
2. Objetivos	17
3. Marco teórico.....	17
3.1 Conceptos Básicos.....	17
3.1.1 Crecimiento Craneofacial.....	17
3.1.2 Lactancia Materna	24
3.1.2.1 Beneficios de la Lactancia Materna.....	27
3.1.3 Lactancia artificial	31
3.1.4 Comparación entre la Lactancia Materna y la succión del biberón	34
3.1.5 El Destete	35
3.1.6 Hábitos	35
3.1.6.1 Factores que modifican la acción de un Hábito	36
3.1.6.2 Hábitos de succión no nutritiva.....	39
3.1.6.2.1 Succión digital.....	40
3.1.6.2.2 Succión de chupón	46
3.1.6.2.3 Succión labial.....	49
3.1.6.3 Hábitos bucales nocivos.....	50
3.2 Revisión de antecedentes investigativos	51
3.2.1 Local	51
3.2.2 Nacionales	53
3.2.3 Internacionales.....	55
4. Hipótesis.....	60

CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II.- Planteamiento Operacional.....	62
1. Técnicas, instrumentos y materiales.....	62
1.1. Técnicas	62
1.2. Cuadro de variables y técnicas	62
1.3. Descripción de la técnica	62

1.4. Instrumentos.....	62
1.5. Materiales.....	62
2. Campo de Verificación.....	63
2.1 Ubicación Espacial.....	63
2.2 Temporalidad.....	63
2.3 Unidad de Estudio.....	63
3. Estrategias.....	64
3.1 Organización.....	64
3.2 Recursos.....	64
3.2.1 Recursos Humanos.....	64
3.2.2 Recursos Físicos.....	64
3.2.3 Recursos Financieros.....	64
3.3 Prueba Piloto.....	64
4. Estrategia para manejar los datos.....	65
4.1 Criterios para el manejo de datos.....	65
4.1.1 Clasificación.....	65
4.1.2 Ordenamiento.....	65
5. Plan de Análisis.....	65
5.1 Tipo de Análisis.....	65
5.2 Tratamiento Estadístico.....	65
5.2.1 Tablas y Gráficas.....	65

**CAPÍTULO III
RESULTADOS**

Tablas y Gráficos.....	57
DISCUSIÓN.....	75
CONCLUSIONES.....	76
RECOMENDACIONES.....	77
BIBLIOGRAFIA.....	78
INFORMATOGRAFÍA.....	79
ANEXOS.....	80

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1	Distribución del Tiempo de Lactancia Materna y Presencia de Hábitos de Succión No Nutritiva	67
TABLA N° 2	Distribución del Tiempo de Lactancia Artificial y Presencia de Hábitos de Succión No Nutritiva	69
TABLA N° 3	Distribución de Hábitos de Succión No Nutritiva	71
TABLA N° 4	Distribución del Tipo de Lactancia	73
TABLA N° 5	Distribución del Tipo de Lactancia por Presencia de Hábito de Succión No Nutritivo	75
TABLA N° 6	Distribución entre del Tipo de Lactancia y Presencia de Hábito de Succión No Nutritivo-Edad	77
TABLA N°7	Distribución entre del Tipo de Lactancia y Presencia de Hábito de Succión Digital -Edad	79
TABLA N°8	Distribución entre del Tipo de Lactancia y Presencia de Hábito de Succión de Labio –Edad	81
TABLA N° 9	Distribución entre del Tipo de Lactancia y Presencia de Hábito de Succión de Objeto -Edad	83
TABLA N°10	Distribución entre Frecuencia e Intensidad de los Hábitos de Succión No Nutritiva	85
TABLA N°11	Distribución del Tipo de Lactancia y Tipo de Parto	87
TABLA N° 12	Relación entre del Tipo de Lactancia y Presencia de Hábito de Succión No Nutritivo	89

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICO N° 1	Distribución del Tiempo de Lactancia Materna	68
GRÁFICO N° 2	Distribución del Tiempo de Lactancia Artificial	70
GRÁFICO N° 3	Distribución de Hábitos de Succión No Nutritiva	72
GRÁFICO N° 4	Distribución del Tipo de Lactancia por Presencia de Hábito de Succión No Nutritivo	74
GRÁFICO N° 5	Distribución entre del Tipo de Lactancia y Presencia de Hábito de Succión No Nutritivo-Edad	76
GRÁFICO N°6	Distribución entre del Tipo de Lactancia y Presencia de Hábito de Succión Digital -Edad	78
GRÁFICO N°7	Distribución entre del Tipo de Lactancia y Presencia de Hábito de Succión de Labio – Edad	80
GRÁFICO N° 8	Distribución entre del Tipo de Lactancia y Presencia de Hábito de Succión de Objeto -Edad	82
GRÁFICO N°10	Distribución entre Frecuencia e Intensidad de los Hábitos de Succión No Nutritiva	84
GRÁFICO N° 11	Distribución del Tipo de Lactancia y Tipo de Parto	86

RESUMEN

El presente es un estudio transversal, cuyo objetivo principal es determinar la influencia del tiempo de la lactancia en el desarrollo de los hábitos de succión no nutritiva en niños de 3,4 y 5 años de edad.

Se utilizó una ficha de encuesta, bajo aprobación y firma del consentimiento a 60 madres de los niños de I.E.I. Bellapampa para el recojo de los datos, se preguntó el tipo de parto, tiempo de gestación, tiempo de la lactancia, si presenta o no hábitos de succión no nutritiva (succión digital, succión de chupón, succión de labio, otros).

Durante el proceso se llevó a cabo un registro documentario y fotográfico.

Los resultados obtenidos muestran que los niños que recibieron lactancia mixta (lactancia materna y lactancia artificial) representan 65% (39) de la población estudiada; de estos 39 niños, el 35.90% (14) presentan hábitos de succión no nutritiva; los niños que recibieron lactancia materna exclusiva representan el 30%(18) de la población estudiada, los cuales no presentaron hábitos de succión no nutritiva y los niños que recibieron lactancia artificial que representan 5% (3) de la población estudiada; de estos 3 niños, el 33.3% (1) presentaron hábitos de succión no nutritiva.

Se concluye que los niños que recibieron lactancia materna exclusiva no presentan hábitos de succión o nutritiva.

Palabras claves: lactancia materna, lactancia artificial, hábitos de succión no nutritiva.

ABSTRACT

This is a cross-sectional study, whose main objective is to determine the influence of time of breastfeeding in the development of non-nutritive sucking habits in children aged 3.4 to 5 years old.

a tab survey was used, under approval and signature of consent to 60 mothers of children I.E.I. Bellapampa for the gathering of data, wondered the type of delivery, gestational age, duration of breastfeeding, whether or not present non-nutritive sucking habits (finger sucking, pacifier sucking, lip sucking, others).

During the process it was carried out a documentary and photographic record.

The results show that children who received mixed feeding (breastfeeding and formula feeding) represent 65% (39) of the study population; 39 of these children, 35.90% (14) have non-nutritive sucking habits; children who were exclusively breastfed account for 30% (18) of the study population, which did not present non-nutritive sucking habits and children receiving artificial feeding representing 5% (3) of the study population; of these 3 children, 33.3% (1) presented non-nutritive sucking habits.

It is concluded that children who were exclusively breastfed have no suction or nutritional habits.

Key words: Breastfeeding, infant formula, non-nutritive sucking habits

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) presentaron la "Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño", destacando a la lactancia materna como fundamental para la supervivencia infantil. Es indudable que el amamantamiento es la medida más eficaz y menos costosa para evitar la desnutrición y las enfermedades infecciosas durante los primeros meses de vida.

En el neonato, la ausencia de la lactancia materna trae como resultado que no se produzca el primer avance fisiológico de la oclusión. El instinto de mamar, al verse frustrado, favorece que se instalen hábitos de succión no nutritiva. (Rodríguez González A, Martínez Brito I. 2013).

La relación existente entre la falta de amamantamiento o un período corto de esta práctica y la presencia de maloclusiones dentarias, o la introducción de hábitos bucales deformantes está descrita en la literatura sobre estomatología. (Pérez Calleja NC. Martín Pérez A, Ocampo Ruiz IM.2013).

El propósito de esta investigación es poder contribuir con la comunidad académica, para que esta se proyecte al área de inserción de la universidad, los estudios realizados con niños de 3, 4 y 5 años en relación al tiempo de la lactancia y de presencia de hábitos de succión no nutritiva.

En el capítulo I, se expone el planteamiento del problema de estudio, la formulación del problema, los objetivos, la importancia y justificación del estudio. También se presenta el marco teórico, haciendo referencia, a la definición del desarrollo craneofacial, lactancia materna, lactancia artificial, hábitos de succión no nutritiva, succión digital, succión de chupón y succión de labio, mencionando los antecedentes de estudio y las bases científicas.

En el capítulo II, planteamiento operacional se desarrolla aspectos metodológicos, como el método, tipo y diseño de la investigación, los sujetos de

estudio, el instrumento seleccionado, las variables del estudio, los procedimientos de recolección de los datos y las técnicas de procesamiento y análisis de datos.

En el capítulo III, se exponen los resultados de la investigación, así como la discusión de los mismos.

Finalmente se presenta la discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.





CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I.-PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Determinación del Problema

La lactancia materna es la forma más clara de crear relaciones en la primera etapa de vida, siendo la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño, proporcionándole nutrientes en calidad y cantidades adecuadas. Es por ello que se considera que la interacción del niño o niña durante los primeros días, semanas y meses con sus padres, es la formación de las bases de su personalidad y seguridad en sí mismo.

Los estímulos provocados por la lactancia materna, lactancia artificial, el tipo de tetina y cantidad de leche proporcionan informaciones sensoriales diferentes. Por lo tanto, los movimientos empleados por los lactantes al succionar exclusivamente el pecho materno no son iguales a aquellos realizados cuando la lactancia es artificial; por ello la lactancia artificial no satisface la necesidad de succión del bebé dejándolo con ganas de seguir succionando, el niño a lo largo de sus primeros meses de vida irá buscando sustitutos como por ejemplo: succión digital, uso del chupón, biberón o puede llevarse objetos a la boca, entre otros hábitos de succión no nutritiva. Si la madre desconoce las consecuencias de no amamantar a su bebe seguirá pensando que el biberón es un buen sustituto.

Actualmente parte de la población se preocupa por el cuidado de la salud bucal y nuestras recomendaciones deben estar orientadas desde que una madre está embarazada brindándoles información sobre los beneficios que tiene la lactancia materna.

1.2 Enunciado del Problema

“Influencia del tiempo de lactancia en el desarrollo de los hábitos de succión no nutritiva en niños de 3, 4 y 5 años de la I.E.I. Bellapampa.Arequipa.2016”

1.3 Descripción del Problema

1.3.1 Área del Conocimiento:

- a. **Área General** : Ciencias de la Salud
- b. **Área Específica** : Odontología
- c. **Especialidad** : Odontopediatria
- d. **Línea** : Hábitos de succión no nutritiva

1.3.2 Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Lactancia	Lactancia materna	*Nunca *Menos de 6 meses *6 meses *Más de 6 mes a 2 años
	Lactancia artificial	*Nunca *Menos de 6 meses *6 meses *Más de 6 mes
Hábitos de succión no nutritiva	Succión digital Succión de labio Chupón OTROS (objetos)	

1.3.3 Interrogantes Básicas

- ¿Cuál será la influencia del tiempo lactancia en el desarrollo de los hábitos de succión no nutritiva en niños de 3, 4 y 5 años de la I.E.I. Bellapampa?
- ¿Cuál fue el tiempo de la lactancia en niños de 3 ,4 y 5 años de edad de la I.E.I. Bellapampa?

- ¿Cuáles serán los hábitos de succión no nutritiva que presentan los niños de 3 ,4 y 5 años de edad de la I.E.I. Bellapampa?

1.3.4 Taxonomía de la Investigación

Abordaje	TIPO DE INVESTIGACIÓN					Diseño	Nivel
	1.Por la técnica de recolección	2.Por el dato que se planifique recoger	3.Por el número de mediciones de la variable	4.Por el número de muestras o población	5.Por el ámbito de recolección		
Cualitativo	Encuesta	Prospectivo	Trasversal	Descriptivo	Campo	No experimental	Relacional

1.4 Justificación

Importancia

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años.

Es por ello que la lactancia materna es el primer y mejor alimento que existe, es el más equilibrado y contiene todos los nutrientes necesarios para el recién nacido también tiene beneficios para su sistema inmunológico y su salud a largo plazo. Pero además favorece el correcto desarrollo de la mandíbula por el acto de succión que contribuye a que la mandíbula avance así alcanzando una posición apropiada. Y además el reflejo de succión en el amamantamiento es importante para el bebé ya que interactúa con el mundo exterior, no solo se alimenta, sino que recibe una sensación de bienestar al satisfacer aquellos requisitos de seguridad y amor al establecer un contacto físico de madre a hijo.

Es por ello que el profesional odontólogo debe saber indicar las pautas necesarias sobre los beneficios de la lactancia materna. Nuestro principal enfoque será facilitar esta información a las madres, sobre todo a las madres primerizas, que muchas veces se ven solas y sin ninguna experiencia en este proceso.

Actualidad

La odontología moderna busca llegar a la prevención y brindar información necesaria para prevenir patologías bucales. La odontopediatría busca dar solución a problemas en edad temprana, la odontología materno infantil en los últimos años toma mayor importancia al tratar al binomio madre e hijo.

Comprometernos más en brindar pautas a nuestros pacientes como la lactancia interviene en la odontología, que es un tema que está tomando relevancia en estos tiempos es por ello que esta investigación toca un tema de actualidad y que toma mayor interés en la odontopediatría en estos últimos años.

Utilidad

En esta investigación obtendremos resultados que permitirán direccionar nuestras recomendaciones y establecer así las medidas correctivas necesarias según sea el caso; por ende, este estudio deja bases teóricas para la determinación de la influencia del tiempo de lactancia en el desarrollo de hábitos de succión no nutritiva la cual servirá de marco teórico a futuras investigaciones de esta índole.

De esta manera esta investigación nos permitirá incrementar las investigaciones en la ciudad de Arequipa.

2. OBJETIVOS

- 2.1 Determinar el tiempo de lactancia en los niños de 3,4 y 5 años de edad de la I.E.I. Bellapampa.
- 2.2 Identificar los hábitos de succión que presentan los niños de 3,4 y 5 años edad de la I.E.I. Bellapampa.
- 2.3 Determinar la influencia del tiempo de la lactancia en el desarrollo de los hábitos de succión no nutritiva en niños de 3,4 y 5 años de edad de la I.E.I. Bellapampa.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 CONCEPTOS BÁSICOS

3.1.1 CRECIMIENTO CRANEOFACIAL

Ackerman & Proffit resaltaron la diversidad de opiniones en cuanto a los determinantes del crecimiento craneofacial, aunque citaron que parecía haber un consenso con relación a la influencia de los tejidos blandos sobre la dirección del crecimiento óseo. Afirmaron aun, en respuesta a la demanda funcional ejercida de ellas.¹

De acuerdo con **Moyers**, la opinión clásica de los estudiosos sustentaba que, aunque el crecimiento craneofacial fuera determinado genéticamente, este podría sufrir variaciones de acuerdo con las funciones ejercidas sobre los tejidos óseos, siendo los factores post- natales y ambientales de influencia secundaria.²

¹ María Salete Nahás P. Corrêa, Odontopediatría la Primera Infancia - Editorial livraria Santos- Edición 2009 -pág. 10

² Ibid.

Siguiendo esta línea **Enlow & Hans** afirmaron que la programación del crecimiento de la estructura ósea, sus determinantes genéticos y funcionales no residirían en el propio hueso o en sus membranas, pero, si en el conjunto de tejidos blandos que lo apoyan. De esta forma, la construcción y el crecimiento de los huesos del complejo craneofacial sufrirían influencia directa de los músculos de la lengua, labios, carrillos, espacio aéreo faríngeo, entre otros. De acuerdo con los autores, los principales componentes involucrados en el desarrollo facial son el cerebro, la base del cráneo, el espacio aéreo y el conjunto formado por los huesos y músculos de la boca.³

La configuración de cerebro y de la base del cráneo determinaría la forma de la cabeza de un individuo, caracterizando los diferentes tipos faciales. La base del cráneo larga y estrecha programaría el proceso de desarrollo de un patrón facial del tipo dolicocefalo. Una base de cráneo más redondeada, a su vez, acarrearía una configuración más larga y más corta en el sentido antero-posterior, caracterizando en patrón braquicefalo.⁴

El espacio aéreo de la cara y la faringe sería determinado por las estructuras que recorren el trayecto comprendido desde las narinas hasta la epiglotis, y su manutención fisiológica fue considerada de importancia vital para el ser humano. **Enlow & Hans** consideraron el espacio aéreo como “piedra fundamental” para el desarrollo de la cara, afirmaron que cualquier variación regional a lo largo de su recorrido, podría alterar de manera significativa el curso de desarrollo del esqueleto craneofacial.⁵

La forma de los arcos dentarios y la determinación de la oclusión normal dependen en gran parte del patrón esquelético, pero, para su manutención, parece que es necesario que haya un equilibrio

³ Salete Nahás P. Corrêa Op. Cit. pág.10

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

entre los factores esqueléticos y musculares. De acuerdo a **Strang**, la oclusión normal, así como el tamaño y la forma de los dientes, tendría carácter hereditario. Aunque, la estructura ósea podría ser modificada por las fuerzas funcionales y para que hubiera un desarrollo armónico de los arcos dentarios, tales fuerzas deberían estar equilibradas. La manutención de la forma de los arcos dentarios también dependerá del equilibrio funcional de los músculos que los circulan.⁶

La influencia de la lengua sobre las estructuras adyacentes puede ser notada durante el periodo embrionario donde, cerca de la cuarta semana de vida intrauterina ocurre la diferenciación de la lengua en íntima relación con la mandíbula, influenciando el desarrollo del maxilar. Más o menos en la octava semana, la lengua empieza a guiar a las láminas palatinas para que se fusionen en la línea media, delimitado de esta manera las cavidades propias de la boca y de la nariz. Con esta delimitación se observa el posicionamiento de la lengua entre las eminencias alveolares pudiendo, su tercio inferior, tocar la superficie mucosa del labio inferior según **Moyers y Segovia**, la lengua mantendrá esta posición después del nacimiento. En el transcurso del desarrollo craneofacial, con el aumento de la cavidad oral y de la faringe, propiciado por el cambio del ángulo de la base del cráneo y por madurez de las funciones del sistema estomatognático, se observa una posición más posterior de la lengua en la cavidad oral. Eso no significa que una postura de proyección lingual entre los labios sea adecuada o esperada en un bebe recién nacido o en un niño hasta los 3 años de edad. Todo bebe es, en principio respirador nasal y la postura labial esperada es de oclusión. Se puede observar que la lengua y la función de respiración tienen un papel preponderante en la conformación y manutención de las estructuras faciales.⁷

⁶ Salete Nahás P. Corrêa Op. Cit. pág.10

⁷ Ibid.

El inicio del desarrollo craneofacial se da al final de la cuarta semana de vida intrauterina y al contrario de lo que muchos se imaginan, el tejido muscular surge primero que el tejido óseo, en la quinta semana,

Gracias a la contracción primaria que ocurre en las extremidades musculares, entre la sexta y séptima semana de vida intrauterina, se origina el tejido óseo, cuya formación ocurre por osificación intramembranosa u endocondrial.⁸

Desarrollo embrionario

Primer trimestre

Se considera la tercera semana de embarazo como la primera efectiva, pues en las dos primeras semanas se produce la ovulación y desprendimiento del óvulo que será fecundado. Esta fecundación tiene lugar ya en la tercera semana: el óvulo y el espermatozoide se unen formando el cigoto mientras bajan a través de una de las trompas de Falopio.⁹

El cigoto continúa dividiéndose formando las nuevas células, a las que pronto les aparecerá un recubrimiento, denominando a todo el conjunto como blastocito. La división de células continúa ocurriendo mientras tanto, hasta que en un cierto punto del desarrollo este blastocito se transforma en embrión.¹⁰

En la cuarta semana, el embrión, que ya mide cerca de cinco milímetros, se introduce en la pared uterina y comienza a nutrirse a través de esta. También se desarrolla los arcos, hendiduras y bolsas faríngeas. En la quinta semana ya comienza a desarrollar

⁸ Bordoni, Escobar Rojas, Castillo Mercado, Odontología Pediátrica “La Salud Bucal del Niño y el Adolescente en el Mundo Actual”- Editorial medica panamericana-Edición 2010 pág. 11

⁹ Desarrollo embrionario <http://www.dmedicina.com/familia-y-embarazo/fertilidad/diccionario-de-fertilidad/desarrollo-embionario.html> 23-05-16

¹⁰ Ibid.

los principales sistemas del embrión como el cerebro, la médula espinal, el corazón o el tracto gastrointestinal.¹¹

Las células comienzan a adquirir funciones específicas durante esta semana, y entre las que se desarrollan se pueden encontrar las células sanguíneas, las del riñón y las neuronas. Esta quinta semana es una de las que cuenta con mayores riesgos para el correcto desarrollo del bebé, pues hay un riesgo mayor de que se puedan producir anomalías genéticas por la ingesta de medicamentos, alcohol, drogas o por infecciones como la rubeola.¹²

Durante la sexta y séptima semana se continúan desarrollando rasgos que permiten identificar partes del embrión como los ojos, nariz, paladar los oídos o el corazón, así como las manos, los pies y diferenciación de la lámina dental durante la octava semana. El cerebro del embrión también continúa su desarrollo y se forma el tejido de los distintos huesos. En la novena semana también se pueden empezar a ver los brazos, los codos, y comienzan a crecer sus órganos esenciales.¹³

A partir de la décima semana ya no se considera embrión, sino feto. El feto ya mide cerca de 7 centímetros. Durante esta semana también se comienzan a ver los párpados, las orejas y la cara, y la placenta comienza a nutrir al feto a través del cordón umbilical.¹⁴

Segundo trimestre

Al principio de este trimestre lo más apreciable del feto es su cabeza, que ocupa cerca de la mitad de su tamaño total. Se continúan desarrollando durante estas semanas aspectos como

¹¹ Desarrollo embrionario <http://www.dmedicina.com/familia-y-embarazo/fertilidad/diccionario-de-fertilidad/desarrollo-embriionario.html> 23-05-16

¹² Keith L. Moore, T. V.N. Persaud, Embriología clínica - Editorial Elsevier España S.L.- Edición 2008 pág.15-16

¹³ Ibid.

¹⁴ Ibid.

las uñas o los genitales, y la cara ya está formada. Los párpados cierran los ojos del bebé, y hasta la 28 semana permanecerán así.¹⁵

El feto empieza a hacer sus primeros movimientos entre las semanas 15 y 18. Los movimientos de succión y deglución del feto pueden observarse desde la semana 13 de gestación. A estas alturas, el feto ya tiene una medida cercana a los 18 centímetros y pesa cerca de 200 gramos. Los huesos se vuelven más duros y comienza a aparecer el primer pelo, denominado lanugo. Entre las semanas 19 y 21 el bebé comienza a oír, y además se mueve de forma más activa, de modo que la madre puede llegar a sentir sus movimientos. En la 19 semana se observa el movimiento de deglución, desarrollo las papilas gustativas, hay movimientos musculares de apertura y cierre.¹⁶

En la semana 22 el lanugo ya se ha extendido a todo el cuerpo del feto, apareciendo también las cejas y las pestañas. El bebé también hace su primera deposición, llamada meconio, la cual expulsa por el tracto intestinal. El movimiento también sigue siendo activo, desarrollando ahora los músculos y pudiendo escuchar los latidos de su corazón.¹⁷

Al final de esta etapa, se desarrollan las vías respiratorias del bebé y la médula ósea comienza a producir células sanguíneas. El feto también comienza a almacenar grasa.¹⁸

Tercer trimestre

El bebé comienza a terminar de desarrollar diferentes partes de su cuerpo: todo lo relacionado con los ojos y las huellas de los

¹⁵ Riansares Arriazu Navarro, Desarrollo embrionario- Editorial NAVARRO- 2º Edición 2010 pág. 7- 6

¹⁶ Popescu EA, Popescu M, Wang J, Barlow SM, Gustafson KM. Non-nutritive sucking recorded in utero via fetal magnetography. *Physiol Meas*. 2008; pág. 127-39.

¹⁷ Desarrollo embrionario <http://www.dmedicina.com/familia-y-embarazo/fertilidad/diccionario-de-fertilidad/desarrollo-embrionario.html> 23-05-16

¹⁸ *Ibid.*

pies ya son bien perceptibles. Los pulmones también alcanzan un alto grado de funcionamiento, aunque no el necesario para sobrevivir fuera del útero. Emite los movimientos respiratorios coordinados con la succión y deglución. El feto además es capaz de oír ruidos fuertes del exterior, también sentir el dedo que chupa, el corazón y voz de su madre.¹⁹

Entre las semanas 27 y 30 el bebé vuelve a abrir los párpados, y el sistema nervioso se desarrolla mucho, sobre todo en el cerebro y para las órdenes de diferentes funciones del cuerpo. El sistema respiratorio comienza a producir agente tensioactivo, que hace que los alveolos puedan llenarse de aire cuando nazca. El tamaño del feto para la semana 28 ya ocupa la mayor parte del útero, y se suele posicionar de forma invertida, de forma que tenga más facilidad para mover las rodillas y los pies.²⁰

A partir de la semana 31 el bebé comienza a retener hierro, calcio y fósforo en su organismo, lo que impulsa aún más el desarrollo del cuerpo. Los huesos ya están completamente formados, aunque aún blandos. El sistema respiratorio también continúa su desarrollo, pero los pulmones aún no son lo suficientemente maduros.²¹

Para la semana 35 el bebé ya pesa cerca de 2,5 kilos, y su corazón y vasos sanguíneos ya se han formado por completo, como también lo están los músculos y los huesos. El bebé además adquiere patrones de sueño.²²

En las últimas semanas, entre la 38 y la 40, desaparece el lanugo excepto de hombros y brazos, siendo el cabello desarrollado en la cabeza además más grueso y resistente. Aparecen también los

¹⁹ Desarrollo embrionario <http://www.dmedicina.com/familia-y-embarazo/fertilidad/diccionario-de-fertilidad/desarrollo-embrionario.html> 23-05-16

²⁰ Keith L. Moore, T. V.N. Persaud, Op. Cit. pág. 20

²¹ Ibid pág. 23-24

²² Ibid.

brotos mamarios. A partir de la semana 40 se considera que el embrión está desarrollado por completo y listo para nacer, variando la fecha en que ocurre.²³

3.1.2 LACTANCIA MATERNA

La academia americana de pediatría declara que la lactancia materna exclusiva es la nutrición ideal y suficiente para apoyar el crecimiento y el desarrollo óptimos del bebe durante los primeros 6 meses después del nacimiento, y que lactancia materna debe continuar al menos 12 meses, y a partir de entonces, durante tanto tiempo como lo deseen madre e hijo (Schanler 2001).

Amamantar es dar vida y amor; es compartir, proteger y comunicar. La lactancia natural, el acto de dar al lactante el alimento procedente de la madre. (José Aguilar Cordero 2005).

La Lactancia Materna en forma exclusiva (LME) es cuando el niño(a) no ha recibido ningún alimento sólido ni líquido (agua, té y otros), ni otro tipo de leche que no fuera la materna durante los primeros seis meses de vida (OMS 2016).

La lactancia materna influye de manera positiva en el desarrollo craneofacial ya que durante el acto de succionar es exigida gran fuerza muscular para mantener el flujo de leche satisfactorio, favoreciendo una acción fisiológica de la lengua, mandíbula y sellamiento labial, capacitando al recién nacido a comprimir la aureola y retirar la leche del pecho materno; la lactancia materna es importante no solo desde el punto de vista nutricional sino también psicológico , inmunológico y preventivo de algunas dolencias del bebe y de la mamá²⁴.

²³ Keith L. Moore, T. V.N. Persaud, Op. Cit. pág. 20

²⁴ Corrêa, MSNP. Sucesso no atendimento Odontopediátrico: Aspectos Psicológicos 1ªed. São Paulo Santos, 2002

Es por eso, que se debe de insistir a la madre en la alimentación natural. Está probado que los niños que fueron amamantados resisten mejor a las infecciones, desarrollando una dentición más saludable y siendo más seguros emocionalmente.²⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) presentaron la "Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño", destacando a la lactancia materna como fundamental para la supervivencia infantil. Es indudable que el amamantamiento es la medida más eficaz y menos costosa para evitar la desnutrición y las enfermedades infecciosas durante los primeros meses de vida.²⁶

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de UNICEF sobre la lactancia materna son las siguientes: inicio de la lactancia materna durante la primera hora después del nacimiento; lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses; y lactancia materna continuada durante dos años o más, junto con una alimentación complementaria segura, adecuada desde el punto de vista nutritivo y apropiada para la edad, a partir del sexto mes.²⁷

Amamantamiento

Amamantar es un proceso de aprendizaje que envuelve el binomio madre – bebe y el éxito del acto de amamantar depende de la calidad de información ofrecida a las madres y de las acciones intensivas del apoyo al amamantamiento materno.²⁸

Durante el amamantamiento, el bebé no solo busca su satisfacción nutricional, también experimenta el estímulo

²⁵ María Salete Nahas Pires Correa, Rosangela María Sehmitt Dissenha, Soo Young kim Weffort, Salud bucal bebe y adolescente "Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de salud y los educadores" -Editorial San- Edición 2009 pág. 15-16

²⁶ Lactancia materna UNICEF http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html 06-04 -16

²⁷ Ibid.

²⁸ Cheid, Op.Cit. pág. 48-56

placentero de los labios, lengua y mucosa bucal asociando este estímulo a sensaciones agradables como el cariño y la voz de la madre.²⁹

Para que las madres puedan practicar el amamantamiento exclusivo durante los seis primeros meses, la OMS y el UNICEF recomiendan:

- Iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida;
- Practicar el amamantamiento exclusivo, es decir, proporcionar al lactante únicamente leche materna, sin otros alimentos o bebidas, ni siquiera agua;
- Dar el pecho cuando el niño lo reclame, ya sea de día o de noche;
- No utilizar biberones, tetinas o chupetes.³⁰

El amamantamiento representa el factor inicial del buen desarrollo dentofacial, favoreciendo la obtención de la oclusión dentaria normal y por consecuencia una masticación correcta.³¹

Gracias al amamantamiento tenemos un fortalecimiento de la musculatura bucofacial, dándonos un desenvolvimiento adecuado del habla y de la deglución que juntos resultaran en una buena oclusión dentaria.³²

El acto de lactar el pecho activa la contracción de los dos músculos pterigoideos laterales de forma simultánea junto con los músculos digástricos (vientres anteriores) que realizan propulsión y apertura mandibular, gracias a la contracción de los músculos orbicular de los labios el niño puede sujetar el pezón, la lengua

²⁹ Salete Nahas Pires Correa, Sehmitt Dissenha, kim Weffort Op. Cit. pág. 45

³⁰ http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/

³¹ Salete Nahas P. Correa Op. Cit. pág. 38

³² Bervian J, Fontana M, Caus B. Relação entre amamentação, desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais – revisão de literatura. RFO 2008 maio/agosto; 13(2):76- 81 - Planas P. Reabilitación Neurol-oclusal (RNO) 2ªED. Barcelona: MEDSI, 1997.p. 106-109

permite ser el apoyo en la parte mandibular debido a la relación distooclusal de la mandíbula.

Estos movimientos de apertura y posteroanteriorización serán los responsables por la conformación inicial después del nacimiento de las ATM del bebé. Cuando no hay lactancia materna hay poco desarrollo postero anterior y vertical.³³

Por lo tanto, la lactancia materna no es solo alimentar del pecho, sino también una oportunidad que todos deben experimentar para desarrollarse física y emocionalmente saludables.³⁴

3.1.2.1 Beneficios de la Lactancia Materna

Los beneficios de la lactancia exclusivamente del pecho hasta los seis meses de vida, van desde la leche materna que es el mejor alimento y más completo hasta el importante aspecto inmunológico que confiere protección inmunológica al bebé. Además de eso, propicia mejor desenvolviendo de la musculatura bucofacial de los huesos de la cara y del establecimiento de un patrón respiratorio nasal.³⁵

La succión del pecho materno es un ejercicio vital para el crecimiento correcto de las estructuras óseas y musculares de la cara del bebé, interviniendo de manera positiva en el posicionamiento de los dientes, del habla y respiración.³⁶

Con la succión del pecho realizada por los músculos orbiculares de los labios comenzamos el primer estímulo biomecánico, los nervios encargados de esta acción son:

³³ Cheid- Op. Cit. pág.10-11

³⁴ Ibid pág.5

³⁵ Cárdenas, MMQ Prevención de anomalías dentomaxilofaciales. Rev. Fed Odontotol Colomb, (201): 2002 pág. 69-85, 2002.

³⁶ Cheid- Op. Cit. pág.62-63

el hipogloso, espinal, trigémino, facial, glosofaríngeo y neumogástrico. También intervienen en la succión los músculos de la lengua, supra e infra hioideos músculos de la mímica, masticadores, laringe, faringe y de la porción posterior de la columna.

Con estos músculos él bebe realiza: gran apertura de la boca, movimiento de protrusión mandibular; elevación mandibular y cierre de la boca; movimiento de retracción mandibular.³⁷

Marins y Marchon constataron que durante la actividad de succión de pecho la mandíbula y la lengua van hacia la parte anterior de la boca, produciendo los primeros movimientos biomecánicos en dirección sagital, dando inicio no solo a los ejercicios más importantes y de entrenamiento de las estructuras de la articulación temporomandibular, sino también a la musculatura masticatoria y de respiración nasal.³⁸

Como consecuencia de los movimientos correctos de succión, tenemos tonicidad muscular adecuada de toda la musculatura masticatoria, crecimiento mandibular correcto y un funcionamiento correcto del sistema temporomandibular. Sino desarrollamos una tonicidad adecuada tendríamos una lengua hipotónica, mal posicionada, labio inferior flácido.³⁹

Aquí es importante recordar que él bebe nace con retrognatismo fisiológico y son estos movimientos que posibilitan una postura mandibular correcta. El tipo de cartílago condilar permite alteraciones en su velocidad y

³⁷ Cheid- Op. Cit. pág.62-63

³⁸ Maris, H, Marchon, A, Morfogênesecraniofacial Sua importância na formação das disgnâncias. Rev. Odontol Clin, 6(10):27-37,1983

³⁹ Cheid, Op. Cit. pág.63

cantidad de crecimiento, según la necesidad (tracción y compresión). Así la ordeña es el principal y primer factor para el desenvolvimiento correcto de las bases óseas del sistema estomatognático y articulaciones.⁴⁰

El niño que succiona el pecho de la madre mantiene los labios sellados, lleva la lengua a la postura correcta, desenvuelve correctamente las funciones del aparato estomatognático y consecuentemente, establece el crecimiento de las estructuras duras para que los dientes participen con calidad de las funciones futuras.⁴¹

Una de las principales características del pecho materno con relación a la tetina del biberón se refiere a su forma, es decir que la mamila dentro de la boca del niño no presenta una forma constante y delineada, ella va ocupar todo el espacio libre dentro de la cavidad bucal, adaptándose a todas las estructuras (lengua, rodetes gingivales, y paladar duro) los diferentes biberones no hacen esa adaptación y es la boca la que se adapta a ellos.⁴²

También el uso del biberón no produce el estímulo adecuado para el crecimiento anteroposterior de la mandíbula, lo que puede desencadenar oclusopatías y hábitos bucales.⁴³

Forma correcta para dar de lactar según UNICEF:⁴⁴

- La espalda de la madre debe estar derecha.

⁴⁰ Cheid, Op. Cit. pág.63

⁴¹ Ibid.

⁴² Ibid.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Lactancia materna, http://www.unicef.org/republicadominicana/AF_BLACTANCIA_FINAL.pdf, 18-03-16

- Él bebe debe ser llevado al pecho, no el pecho hacia él bebe. (esto evita dolores de espalda y favorece la succión).
- La mano en forma de C sosteniendo la mama que permite controlar cualquier imprevisto.
- Debe sentarse cómoda mientras amamanta, si es necesario usar almohadas o un banquito para subir los pies.
- Verifica que los labios del bebe estén bien abiertos, de manera revertida, hacia afuera.
- La barriguita y el pechito del bebe deben de estar pegaditos a la barriga y pecho de la madre.

Lo que conseguimos con una correcta amamantación⁴⁵

- La lengua colocada debajo del pezón ordeña la leche de los senos lactíferos.
- La areola y el pezón se alargan dentro de la boca del niño hasta tocar el paladar.
- El niño puede sacar bien la leche.
- El pezón de la madre no se lastima.
- Para que el niño mame debe abarcar parte de la areola.
- La barbilla del niño tocando el pecho de la madre.
- La nariz queda libre para respirar.

⁴⁵ Lactancia materna, http://www.unicef.org/republicadominicana/AF_BLACTANCIA_FINAL.pdf, 18-03-16

Lo Que Conseguimos Con Una Incorrecta Amamantación⁴⁶

- Al tomar solamente el pezón, el niño no exprime los senos lactíferos, por lo tanto, no extrae bien la leche.
- Cuando a un niño le han dado biberón se confunde y no toma bien la areola. Al no poder sacar suficiente leche el niño no queda satisfecho, llora y rechaza el seno. Al no mamar se disminuye la producción de leche.
- El niño no aumenta de peso porque no está sacando suficiente leche.
- El pezón se lastima, el pecho se puede congestionar e infectar.
- La madre con dolor no quiere seguir dando el pecho.
- Cuando el niño no mama bien, fracasa la lactancia materna.

3.1.3 LACTANCIA ARTIFICIAL

La lactancia artificial solo debe ser adoptada cuando es totalmente imposible el amamantamiento natural. La principal función de la lactancia artificial es proporcionar un método seguro de alimentar a bebés de bajo peso al nacer y prematuros (insuficiente reflejo de succión) hasta que estos estén fuertes, lo suficiente, para mamar exclusivamente del seno.⁴⁷

La alimentación del bebé con el biberón pone en juego mecanismos totalmente diferentes que pueden perturbar profundamente al recién nacido si los dos medios de alimentación

⁴⁶ Lactancia materna, http://www.unicef.org/republicadominicana/AF_BLACTIONCIA_FINAL.pdf, 18-03-16

⁴⁷ Maria Salette Nahás P. Correa Op. Cit. pág. 53

se alternan; es lo que sucede cuando el bebé presenta confusión de succión⁴⁸.

Existen otras razones más concretas para no amamantar. Hay casos que representan riesgos reales de salud del bebe, como el de las madres que contraen enfermedades contagiosas o son portadoras de virus como el de la hepatitis, VIH, tuberculosis, etc.⁴⁹

En la alimentación artificial es de extrema importancia el uso de una mamila anatómica, funcional, ortodóncica y principalmente con un agujero pequeño. Se debe tener cuidado con el tamaño de la mamila que deberá ser compatible con los meses de edad del bebe.⁵⁰

Después de amamantarse con biberón, el bebé podrá sentir falta del acto de succionar, llevándolo a desarrollar hábitos de compensación, como, por ejemplo, chupar el dedo o el chupón.⁵¹

La madre no deberá tener prisa de que el bebé mame rápido, pero tampoco deberá permitir que el niño se haga de “chupetear” la mamila del biberón.⁵²

Dreyfus y Hoffer citan como consecuencia de la lactancia artificial la falta de estímulo anteroposterior de la mandíbula, la desarmonía entre respiración/ succión/ deglución y menos esfuerzo muscular para extraer el alimento.⁵³

Aun cuando el biberón sea un “éxito”, es importante que la madre recuerde que amamantar es una acción que no solo está ligada con la “nutrición”.⁵⁴

⁴⁸ Raymond, J. La lactancia y la buena mordida. Revista Orthop Dento faciale 2000; 34: 379-402. Les Dossiers de l'Allaitement No. 56, septiembre de 2003, Liga de la Leche de Francia

⁴⁹ Salete Nahas Pires Correa, Sehmitt Dissenha, kim Weffort Op. Cit. pág.21-24-25

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ Ibid.

⁵² Ibid.

⁵³ Nobre Tollara, Bonecker, Carvalho, Nahas P. Correa, Op. Cit. pág. 48

⁵⁴ Salete Nahas Pires Correa, Sehmitt Dissenha, Soo Young kim Weffort Op. Cit. pág.27

¿Cuándo dejar el biberón?

A partir del quinto o sexto mes, ya puede ser iniciada la utilización de alimentos semisólidos por medio de la cuchara, pues existe mayor control de la función de los labios, lo que invalida el uso del biberón después del periodo de alimentación natural por amamantamiento.⁵⁵

Cuando el niño es amamantado hasta el sexto mes, ya puede estar siendo alimentado utilizándose cucharas y vasos entrenadores sin necesidad de pasar por el uso del biberón, pues su uso es innecesario y no trae beneficio alguno para el bebé.⁵⁶

Actualmente el uso de vasos ha sido estimulado lo más temprano posible, como medio para sustituir, o incluso evitar, el uso del biberón; se ha observado buena aceptación del uso de vasos en niños con pocos meses de vida (Dr. Agenor de Freitas, comunicación Personal, 2003)⁵⁷

Según pediatras, el uso del biberón debería ser eliminado, como máximo, a los 18 meses de edad, ya que su uso prolongado solo propiciara la adquisición de hábitos nocivos. Por otro lado **Shelom y Ferreti (1982)** recomendaron que sea eliminado a los 12 meses.⁵⁸

Una vez creado el hábito del biberón, demora en ser removido. Su eliminación será más fácil cuanto más temprana sea hecha la sustitución por vasos entrenadores o cucharas, pues será menor la resistencia ofrecida por el niño.⁵⁹

⁵⁵ Salete Nahas Pires Correa, Sehmitt Dissenha, kim Weffort, Op.Cit. pág. 21-24-26

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Amar de Paula Eduardo, Salete Nahás P. Correa Op.Cit. pág. 56- 57

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ Salete Nahas Pires Correa, Sehmitt Dissenha, kim Weffort, Op.Cit. pág. 21-24-26

3.1.4 COMPARACIÓN ENTRE LA LACTANCIA MATERNA Y LA SUCCIÓN DEL BIBERÓN

Los autores son unánimes cuando se refiere que la amamantación promueven el desenvolvimiento correcto de las estructuras duras y blandas del aparato estomatognático, promovido por los movimientos de ordeña del pecho de la madre, a través del intenso trabajo muscular generado en el acto de mamar el pecho.⁶⁰

Como ya fue anteriormente citado, la amamantación favorece a la respiración nasal por medio del uso adecuado de la función de succión, promoviendo un desenvolvimiento craneofacial adecuado, así como por los componentes presentes en la leche materna que por sí mismo previenen infecciones respiratorias.⁶¹

Silva et al, citan a la respiración bucal como un factor etiológico importante de oclusopatía, pudiendo desencadenar amígdalas y adenoides hipertrofiadas, atresia maxilar mordida abierta anterior y mordida cruzada⁶²

En el amamantamiento artificial, con sus discretos movimientos de apertura y cierre, no hay estimulación de forma efectiva de ninguno de los ítems anteriormente descrito. El cóndilo tiene una pequeña rotación dentro de la cavidad glenoidea, y no permite el estiramiento de los ligamentos retrodiscales, y que también disminuye mucho los estímulos de crecimiento de la mandíbula.⁶³

Los ligamentos y la capsula fibrosa que envuelve la articulación temporomandibular no son debidamente exigidos y pueden causar hipotonía de los ligamentos.⁶⁴

⁶⁰ Cheid, Op. Cit., pág.66-67

⁶¹ Ibid.

⁶² Silva, LPM; Souza Junior, MA; Bastos, EPS. Estudo da mordida cruzada posterior em dentição decídua completa. Relação com hábitos orais. Rev. Bras Odontol, 62(1/2):49-51, ED.2005.

⁶³ Cheid Op. Cit. pág.67

⁶⁴ Ibid.

Así, el complejo cóndilo - disco no madura correctamente y sus movimientos y coordinaciones no se desenvolverá de forma satisfactoria.⁶⁵

3.1.5 EL DESTETE

Las primeras experiencias de sensaciones de placer ocurren a través de la boca, etapa conocida como la fase oral del niño. La fase oral pasiva comprende del nacimiento a la aparición de los dientes. A partir de ese momento transcurre la fase oral activa, es entonces cuando está indicado el destete.⁶⁶

El periodo más favorable del destete es alrededor del 6to al 9no mes.

Los bebés que pasaran por el destete de una forma brusca o prematura, tienden a sustituir el pecho por la succión del dedo, y eso puede transformar en un hábito por tiempo prolongado, que traerá daños a su futura dentición.⁶⁷

El destete precoz puede llevar a rotura del desenvolvimiento motor oral adecuada provocando alteraciones en la postura y fuerza de los órganos fonoarticulatorios y perjudicando las funciones de masticación, deglución, respiración y articulación de los sonidos del habla.⁶⁸

3.1.6 HÁBITOS

Según Academia Real Española edit. 23ª 2014, la define como la tendencia de un acto que se ha convertido en una realización repetida, relativamente fija, constante fácil de efectuar y casi automática. Una vez aprendidos, los hábitos pueden producirse

⁶⁵ Cheid Op. Cit. pág.67

⁶⁶ Salete Nahas Pires Correa, Sehmitt Dissenha, kim Weffort, Op. Cit. pág.30-32

⁶⁷ Ibid pág. 30-32

⁶⁸ Leite – Cavaltani, A, Medeiros- Bezerra, PK, Moura, C Aleitamento Natural, Aleitamiento Artificial, Hábitos de Sucção e Maloclusões em Pré- escolares B rasileiros. Rev. Salud Pública, 9(2):194-204, Abr-Jun,2007

sin intención de la persona y, presentarse sin control; y son difíciles de modificar.

3.1.6.1 FACTORES QUE MODIFICAN LA ACCIÓN DE UN HÁBITO:⁶⁹

Duración

Infantil: (hasta los 2 años), en esta etapa forma parte del patrón normal del comportamiento del infante, no tiene efectos dañinos.

Pre escolar: (2 a 5 años), si el hábito es ocasional no tienen efectos nocivos sobre la dentición, si es continuo o intenso puede producir malposiciones en los dientes primarios, si el hábito cesa antes de los 6 años de edad, la deformidad producida es reversible en un alto porcentaje de los casos con relativa facilidad.

Escolar: (6 a 12 años) requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito, pueden producir malposiciones dentarias y malformaciones dentoesqueleticas.

Frecuencia: pueden ser intermitentes (diurnos) o continuos (nocturnos), hay niños que succionan a cualquier hora del día, y otros que solo en la noche o para dormir.

Intensidad:

Poca intensidad: cuando la inserción del dedo es pasiva, sin mayor actividad muscular, primordialmente de los buccinadores. Generalmente no se introduce el dedo completo sino distraídamente la punta del dedo

⁶⁹ Flavio Vellini F. Ortodoncia Diagnostico y Planificacion clínica Editorial artes medicas Edición 2004

Intensa: Cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es fácilmente apreciable.

La Edad: en la que se inicia, de tal forma que mientras más antes comience este mal hábito, mayor será el daño ya que a edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable.

Según Pinkham y cols. (1999), la duración y la frecuencia desempeña un papel crítico en el movimiento dentario causado por el hábito del dedo. De cuatro a seis horas de presión al día es probablemente lo mínimo necesario para causar movimiento dentario. Un niño que se sigue succionando el dedo hasta después de los 4 años tendrá más probabilidades de desarrollar una maloclusión permanente (fututa y cols., 1996)⁷⁰

Según la sociedad española de odontopediatria la succión es completamente normal en bebés y niños pequeños hasta los 2 años, aproximadamente. Les proporciona seguridad. Para los niños pequeños es una manera de establecer contacto con el mundo que los rodea. De hecho, los niños comienzan a chuparse los dedos o los pulgares incluso antes de nacer, mientras están en el interior de sus madres.⁷¹

De acuerdo a la psicología la conducta a seguir ante un hábito es la siguiente:⁷²

- **0 meses a 1 año:** Despreocúpese. Esta conducta es absolutamente normal, y aparte de ser una respuesta biológica, también sirve como medio para

⁷⁰ Bordoni, Escobar Rojas, Castillo Mercado, Odontología Pediátrica Editorial medica panamericana ED. 2010 pág. 660

⁷¹ Sociedad española de odontopediatria <http://www.odontologiapediatrica.com/img/PreguntasmásfrecuentesOP.pdf> 04-02-16

⁷² Centro psicológico y desarrollo Psc. Maricruz Coto Chotto <http://www.psicologiaydesarrollocr.com/34.pdf> 09-03-16

autorregularse cuando llora, tiene hambre o está alterado.

- **1-2 años:** Detecte las situaciones que generan la conducta, si es ansiedad, sueño, hambre, temor, aburrimiento, etc. La primera recomendación es distraerlo con alguna actividad, o juguete.
- **2-4 años:** A partir de esta edad ya no se considera el chupar dedo como un acto involuntario y el niño necesitará de su ayuda para dejar de hacerlo. Puede hacer un acuerdo con su hijo, explicarle que chupar dedos es de bebés y el ya no lo es, así como ofrecerle recompensas por abandonar el hábito. Muchas familias tienden a castigar, sin embargo, el sólo acto de prohibir el hábito no suele tener mucho efecto y por el contrario genera que el niño lo haga a escondidas, con mayor intensidad y frecuencia por lo que aumenta la probabilidad de daños. En lugar de esto se recomienda premiar la conducta de no chupar dedo, explicar por qué es importante que deje de hacerlo, proveer confianza en sus padres y distraer. También suele ser frecuente que, si no han dejado el hábito a esta edad e ingresan al ámbito escolar, otros niños empiecen a censurar su conducta, lo cual hace que el niño empiece a reducirlo a espacios más privados hasta que logre abandonar la costumbre.
- **4 años en adelante:** Si su hijo ya está más grande y no ha dejado de chupar dedo; si usted observa alteraciones dentales o faciales; si su hijo dejó de hacerlo durante un tiempo y retomó la conducta; consulte con un Pediatra y un especialista en Psicología. La recomendación es que usted primero conozca a su bebé y los motivos por los cuales tiene

este hábito. No debe ni preocuparse en extremo si está en los primeros años, pero tampoco dejarlo pasar para evitar problemas futuros.

3.1.6.2 HÁBITOS DE SUCCIÓN NO NUTRITIVA

El hábito de succionar es una necesidad para la supervivencia del bebe, es una parte importante y satisfactoria que es parte normal del desarrollo del mismo y por ello se genera desde el vientre materno. La cavidad bucal, mediante la succión es de extrema importancia para el niño recién nacido, es a través de la boca que el niño sobrevive, alimentándose e integrándose al medio que está cerca, satisfaciéndose emocionalmente.⁷³

Se sabe que el reflejo de la succión aparece aproximadamente desde la semana 16 de vida intrauterina y puede ser observado durante el ultrasonido rutinario que el niño se succiona su dedo, esto al nacimiento está bien desarrollado y conforma los reflejos de búsqueda y succión, ambos se encuentran encaminados a que el niño encuentre el pezón materno y sea alimentado. La succión puede estar alterada cuando él bebe es prematuro, habitualmente el proceso de succión y deglución están poco desarrollados, es necesario colaborar bastante con él bebe al momento de alimentarlo, pues a este le costara bastante succionar. Esto depende mucho de cuan prematuro sea él bebe, ya a partir de los 7 u 8 meses el refieren nacido es capaz de poder alimentarse, pero con algo de dificultad al principio.⁷⁴

Estos hábitos son totalmente normales durante la lactancia. El lactante chupa cualquier objeto que se ponga

⁷³ Salete Nahas Pires Correa, Sehmitt Dissenha, Soo Young kim Weffort, Op. Cit. Pág.37-45

⁷⁴ Claudia M. Sánchez Saravia, Protegiendo los dientes de tu bebe "guía práctica para padres"
Editorial boliviadental Edición 2005 pág. 16-17-18

en contacto con sus labios. Esta conducta refleja se mantiene durante los primeros meses de vida posnatal.⁷⁵

3.1.6.2.1 SUCCIÓN DIGITAL

Dado que es una actividad normal, la succión de los dedos puede pasar desapercibida durante la lactancia. Si cesa a los 2-3 años de edad no produce malformaciones permanentes en los maxilares ni desplazamientos de los dientes. Si continúa tras la erupción de los incisivos permanentes constituye casi siempre un factor que favorece a la maloclusión en la zona anterior de la boca.⁷⁶

Los efectos de la succión digital dependerán de la duración, frecuencia e intensidad del hábito, del número de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la boca y del patrón morfogenético. Si el hábito se elimina antes de los 3 años de edad, los efectos producidos son mínimos y se corrigen espontáneamente. Idealmente el hábito debe cesar antes de la erupción de los incisivos permanentes. Las medidas preventivas de la succión de dedo van desde la interferencia mecánica colocada en el propio dedo del niño o bien en su paladar, con la intención de impedir el hábito, hasta acercarle psicológicamente al problema, haciéndole ver la alteración que le produce y motivando su colaboración en la eliminación del hábito.⁷⁷

Se cree, que desde el nacimiento y hasta los dos años de edad, el niño puede estar relacionando con el útero

⁷⁵ A. Camerón, R. Widmer, Manual de Odontopediatría Editorial s.a. elsevier España Edición 1998 pág. 271

⁷⁶ A.Cameron, R. Widmer Op.Cit. pág. 271

⁷⁷ Asociación Española Pediátrica de Atención Primaria <http://www.aepap.org/avalpap/odontopediatría.pdf>, 17-02-16

materno. A partir de los dos años la succión no es más una necesidad, a partir de ahí se considera un hábito.⁷⁸

Teorías Sobre El Desarrollo De La Succión Digital

- **Teoría psicoanalítica del desarrollo psicosocial (Freud)**

Freud describe las 5 etapas de la personalidad o estadios psicosexuales, que están asociados a zonas erógenas o áreas sensitivas en el cuerpo. El primer estadio es el oral o narcisista, que dura desde el nacimiento hasta el año de edad y se enfoca en las necesidades de satisfacción de la boca y el tracto digestivo, incluso la lengua y los labios. En él se encuadra la succión digital, que es una forma de satisfacer un área sensitiva del cuerpo.⁷⁹

La teoría psicoanalítica ve la continuación del hábito más allá de los 3 años como una manifestación de un disturbio psicológico y, por lo tanto, un mecanismo para el manejo del estrés (Jossell, 1995). Según esta teoría, eliminar el hábito abruptamente puede ser perjudicial para el desarrollo. Un estudio sugiere que, si se intenta cesar el hábito antes de los 2 años de edad, se pueden crear síntomas neuróticos y problemas de personalidad (Greenleaf y col., 2003). Esta teoría psicoanalítica ha sido revertida por estudios posteriores, algunos de los cuales ha demostrado que no existe ninguna relación entre succión digital y psicopatología y que el niño que se succiona los dedos está más cerca de los pacientes normales que los pacientes con desordenes psicológicos o psicosexuales (Friman y cols., 1994).⁸⁰

⁷⁸ Salete Nahas Pires Correa, Sehmitt Dissenha, Soo Young kim Weffort, Op. Cit. Pág.46-47-49

⁷⁹ Bordoni, Escobar Rojas, Castillo Mercado Op. Cit. pág. 658

⁸⁰ Ibid.

- **Teoría del Aprendizaje**

Esta segunda teoría sugiere que la succión digital no nutritiva es un patrón aprendido de comportamiento y que, en ciertas circunstancias, se convierte en adaptado. Da por sentado que no existe ninguna causa psicológica para el hábito prolongado y que, si se elimina el hábito, no aparecerá otro sustituto (Davidson y cols., 1967; Johnson y col., 1993; Josell; Maguire, 2000).⁸¹

- **Efectos físicos y bucales:**⁸²

- Incisivos en labioversion (Fukuta y cols, 1996; Moore y cols., 1972; Josell 1995)
- Incisivos inferiores con inclinación anteroposterior alterada: la mayor parte de niños que se succionan el pulgar tienen incisivos inferiores en labioversion y no en linguoversion, como se podría esperar. Las razones para estas diferencias están en el grosor y la tensión del labio inferior, la pérdida temprana de molares primarios y ángulos entre los dientes y el pulgar al momento de la succión (Aftzelius – Alm y cols., 2004)
- Aumento de sobre mordida horizontal, se ha encontrado aumento en el overjet en niños que se succionan el dedo (Farsi y col., 1997)
- Mordida abierta anterior puede deberse a una combinación de interferencia con erupción de los incisivos y exceso de erupción de los dientes posteriores (Fukuta y cols, 1996; Farsi y cols., 1972; Josell1995; Rvn 1976)

⁸¹ Bordoni, Escobar Rojas, Castillo Mercado Op. Cit. pág. 658

⁸² Ibid pág. 660

- Mordidas cruzadas posteriores: la duración y la intensidad del hábito de succión tienen una influencia negativa al reducir el ancho transversal del arco. Parece que la succión digital en la dimensión transversal, principalmente en el área canina (Lindner y col., 1989). La teoría dice que al succionar el o los dedos se produce aumento de la cavidad del músculo buccinador que genera una presión, lo cual limita el crecimiento transversal del arco superior. Otros estudios han demostrado que no hay mayor prevalencia de mordida cruzada posterior en niños que se succionaban los dedos (Farsi y col., 1997). Aparentemente el mayor efecto se verifica a la altura de las comisuras de la boca de arco en V (Josell, 1995)
- Maloclusiones clase II: Hay estudios que han demostrado mayor prevalencia de clase II en pacientes que presentan succión digital (Nanda y cols., 1972), aunque esto no ha sido comprobado por otros estudios. Otros estudios demostraron mayores niveles de escalón distal y molar y clase II canina en niños de 3 a 5 años (Farsi y col., 1997)
- Problemas esqueléticos (Moore y col., 1997)
- Aumento de prognatismo mandibular
- Aumento de prognatismo relativo
- Aumento de la longitud anteroposterior del maxilar superior
- Rotación del plano maxilar hacia abajo posteriormente y arriba anteriormente.

- Otros: Paladar ojival profundo, traumatismo en las mucosas, posible aumento en la prevalencia de traumatismo (por incisivos superiores en labioversión), reabsorción radicular atípica, trastornos temporomandibulares.
- Otros efectos físicos y funcionales: deformación de dedos (si es prolongado), eccema o infecciones por hongos, riesgo de envenenamiento accidental problemas de lenguaje, hábitos paralelos (tirarse los cabellos puede llevar a una alopecia)

Efectos psicológicos

Un efecto adverso es la actitud de los padres con los niños que se succionan los dedos. Los padres que ridiculizan y castigan a los niños que se succionan los dedos pueden generarles efectos psicológicos negativos (Greenleaf y col., 2003). Además, tendrá baja aceptación social del niño, si el hábito se prolonga más de los 4 años que lleva complicaciones de salud, relaciones sociales y relaciones con sus compañeros, padres y hermanos (Friman y cols., 1993).⁸³

Consecuencias de la succión de dedo:⁸⁴

- Problemas de articulación.
- Apoyo de la lengua contra dientes durante alimento y cuando habla.
- Protrusión (inclinación dental hacia adelante) de incisivos superiores con o sin presencia de espacios entre dientes (diastemas).

⁸³ Bordoní, Escobar Rojas, Castillo Mercado Op. Cit. pág. 662

⁸⁴ Dra. Claudia Navas García http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf 26-03-16

- Retroinclinación de los incisivos inferiores (incisivos inclinados hacia atrás).
- Mordida abierta anterior (no hay contacto entre los dientes anteriores; superiores e inferiores).
- Prognatismo alveolar superior (maxilar superior adelantado).
- Estrechamiento de la arcada superior (disminución transversal del ancho del maxilar superior). Mordida cruzada (molares inferiores sobrepasan los molares superiores).
- Cierre labial no existe.
- Labio superior corto y flácido

Tratamiento:⁸⁵

Tratamientos no invasivos :Explicar al niño con un vocabulario acorde a su edad los daños que le causaría persistir el hábito y persuadirlo a dejarlo o por lo menos disminuir la frecuencia; Refuerzo positivo (premio)concesión de un premio si deja de succionar el dedo; tiempo de descanso, se lee un cuento para dormir y cada vez que succionaba el dedo se dejaba de leer de igual manera cuando el niño miraba televisión; Modelo (cuando hay dos hermanos, el mayor succionaba y el menor también cuando el mayor dejó de succionar también lo hizo el menor (imitación).

Tratamientos invasivos: atenuación sensorial (cubrir las manos o dedos); líquidos aversivos al gusto (pimienta de

⁸⁵ Dra. Claudia Navas García http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf 26-03-16

cayena, ácido cítrico, alcohol isopropílico, acetona, y barniz (aparatos sonora; vendas en los codos para que no pueda flexionar y llevar el dedo a la boca; aparatos rompehábitos, se recomienda a partir de los 6 años (barra palatina, con rejilla bluegrass (Aparatología)).

Terapia mio-funcional, favorecer tono de musculatura ya sea adentro o alrededor de la boca por flacidez o tensión de la musculatura, disociación de movimientos de las estructuras orales.

Sin embargo, la desaparición del hábito tendría que ser antes de los 3 años, pero esto es muy difícil ya que, si el niño no desea dejar de chupar se dedo, la insistencia de los padres reforzara y fijara más la costumbre. Es muy poco frecuente que antes de los 6 años el niño manifieste voluntad de cesar el hábito y, mientras esto no ocurra, no se deben colocar aparatos restrictivos en la boca pues el niño, a pesar del aparato, seguirá haciéndolo y la deformación se agravara.⁸⁶

3.1.6.2.2 SUCCIÓN DE CHUPÓN

El hábito de succión de chupón es muy perjudicial cuando permanece alrededor del segundo año de vida, tornándose esencial la disciplina de restringir su uso.⁸⁷

El uso del chupón impide el estímulo oral del habla; por lo tanto, no se debe dar el chupón a la primera señal de descontento, o para calmar el llanto, pues ese camino llevara al hábito.⁸⁸

⁸⁶ Dra.Elena Barberia Leache, Atlas de odontología infantil "para pediatras y odontólogos"- primera Editorial - medica Ripano Edición 2005 pág. 114

⁸⁷ Salete Nahas Pires Correa, Sehmitt Dissenha, Soo Young kim Weffort, Op. Cit. pág. 39-40-41

⁸⁸ Ibid.

Su uso solamente está indicado para satisfacer la necesidad básica de chupar, generalmente más acentuada en los tres primeros meses de vida.⁸⁹

Dentro de la odontología y de la fonoaudiología, la conducta preventiva, para el bebé recién nacido cuando está en la fase de amamantamiento, indica el uso de chupón ortodóntico, que su forma semejante al seno materno evita problemas bucales. Aconsejamos el uso de chupón sin aros.⁹⁰

Recomendaciones Para El Uso De Chupón

Maguire (2000):⁹¹

- Debe ser construido de una sola pieza
- Debe tener un asa para que se pueda sostener fácilmente
- Debe tener un protector bucal de diámetro adecuado y con orificios para ventilar
- No debe tener tiras o correas que se puedan soltar
- No debe ser nunca amarrado alrededor del cuello del niño
- Debe mantenerse limpio
- Nunca debe ser cubierto con azúcar, miel u otros productos azucarados.

⁸⁹ Salete Nahas Pires Correa, Sehmitt Dissenha, Soo Young kim Weffort, Op. Cit. pág. 39-40-41

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ Bordoni, Escobar Rojas, Castillo Mercado Op. Cit. pág. 666

Consecuencias De La Succión Del Chupón:⁹²

- Maloclusiones dentales (alteración de la mordida)
- Hipotonía de la musculatura orofacial (flacidez de los músculos faciales)
- Alteraciones en el habla debidas a la disminución en la fuerza muscular oro-facial.
- Mayor overjet
- Relación canina clase II en dientes

Tratamiento:⁹³

- Terapia mio-funcional, activación de patrones musculares orofaciales por medio de masajes y ejercicios específicos, así mismo, regulación y eliminación del uso del biberón, utilización de otros utensilios y consecuencias alimenticias.
- Aparatología.

Sustitución Del Dedo Por Chupón

Para evitar que se instale el hábito de succión digital se aconseja el uso de chupón ortodóntico desde los primeros días de vida, hasta no más de un año y medio a dos de edad.⁹⁴

La mayoría de los niños portadores del hábito se chupan el dedo pulgar, más encontramos aquellos que usan el

⁹² Dra. Claudia Navas García http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf 26-03-16

⁹³ Ibid.

⁹⁴ Salete Nahas Pires Correa, Sehmitt Dissenha, Soo Young kim Weffort, Op. Cit. pág. 39-40-41

dedo índice, y minoría que chupa ambos dedos el pulgar e índice y aun otros dedos.⁹⁵

Cuando se succiona el pulgar este se posiciona presionando las rugosidades del paladar. El índice se apoya muchas veces sobre la punta de la nariz o doblado con los demás dedos.⁹⁶

Es conveniente que la remoción del hábito ocurra antes de los cuatro o cinco años edad, como máximo, para que se consiga una auto corrección en la que el propio organismo se encargue de disminuir o corregir los defectos por medio del equilibrio muscular y funcional.⁹⁷

3.1.6.2.3 SUCCIÓN LABIAL

Los hábitos labiales son los que envuelven la manipulación de los labios y de las estructuras peribucales.⁹⁸

En cuanto a los efectos en esta, los hábitos de lamerse y chuparse (retraer) los labios son relativamente benignos. Los cambios más evidentes que se relacionan con estas costumbres son enrojecimientos, inflamación y resequedad de labios y tejidos peribucales durante épocas de frío. Poco es lo que se puede hacer para suspenderlos con eficiencia, de modo que el tratamiento suele ser paliativo, y se limita a la humectación de los labios. Aunque la mayor parte de estos hábitos no produce problemas dentarios, es obvio que la succión y la mordedura de labios pueden hacer que persista una maloclusión ya existente si el niño continuo ejerciéndolos con suficiente intensidad, frecuencia y duración. La presentación más frecuente de succión de labios es la retracción del labio inferior por

⁹⁵ Salete Nahas Pires Correa, Sehmitt Dissenha, Soo Young kim Weffort, Op. Cit. pág. 39-40-41

⁹⁶ Ibid Pág.46-47-49

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ Thomazinho da Cunha, Montanari Leber, Santos Schalka, Salete Nahás P. Corrêa Op. Cit. pág.565

detrás de los incisivos superiores. Se aplica así una fuerza con dirección lingual sobre los dientes inferiores, y otra vestibular sobre los superiores.⁹⁹

Los hábitos de succionarse los labios o carrillo se ven con frecuencia en niños con exceso de overjet. Los hábitos de succión del labio no son generalmente causa de maloclusión, sino consecuencia de ella. Una vez que se corrige el exceso overjet que entrapa al labio inferior entre los dientes, este recupera su posición original y por lo general se elimina la succión.¹⁰⁰

Otros, objetos de succión: tela, lapicero, lápiz, etc.¹⁰¹

3.1.6.3 HÁBITOS BUCALES NOCIVOS

La succión del dedo o chupón es extremadamente perjudicial para las arcadas dentarias, causando problemas graves con estrechamiento del maxilar o mordida abierta. El estrechamiento del maxilar lleva al posicionamiento inadecuado (maloclusión) del tipo mordida cruzada. Al mismo tiempo, puede llevar a mordida abierta anterior, en la cual los dientes anteriores no se tocan. La mordida abierta puede llevar a otro tipo de mal hábito bucal, la interposición lingual. De esta forma, aunque el hábito de succión sea removido, la mordida abierta es mantenida inadecuadamente por la lengua en deglución.¹⁰²

Las malformaciones afectan a los tres planos del espacio. En sentido sagital los incisivos se adelantan y también puede hacerlo la premaxila; en sentido transversal se presenta mordida cruzada lateral y crecimiento asimétrico

⁹⁹ Fields McTigue, Neak, Odontología Pediátrica 2da edición Pinkhamcasamassimo, 1996 pág. 379- 380

¹⁰⁰ Bordoni Escobar Rojas, Castillo mercado, Op. Cit. pág. 666

¹⁰¹ Amar de Paula Eduardo, Salete Nahás P. Correa Op. Cit. pág.556

¹⁰² Salete Nahas Pires Correa, Rosangela Maria Sehmitt Dissenha, Soo Young kim Weffort, OP. CITA Pág.132

en uno y otro lado de los huesos del maxilar; y en sentido vertical se inhibe el crecimiento de la apófisis alveolar de la zona incisal evidenciándose una mordida abierta de difícil solución y que suele ser lo más llamativo para los padres. Además, los labios pueden estar hipotónicos y la lengua permanece baja persistiendo la deglución infantil.¹⁰³

Los hábitos labiales también pueden mantener una maloclusión preexistente, dependiendo de su intensidad, duración y frecuencia.¹⁰⁴

Durante el hábito de succión labial, se observa la interposición del labio inferior detrás de los incisivos superiores, produciendo una fuerza vestibular sobre ellos y lingual sobre los incisivos inferiores. Esas fuerzas contrarias causan la inclinación de los incisivos superiores hacia vestibular e inferiores hacia lingual, acentuando consideradamente el traspase horizontal (overjet).¹⁰⁵

El tratamiento de la maloclusión instalada es ortodóntico. Y la desaparición del hábito sigue un patrón semejante al de los otros hábitos citados anteriormente.¹⁰⁶

3.2 REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.2.1 Local

TITULO: Asociación de malos hábitos bucales con maloclusiones en escolares de 12 a 16 años del centro educativo señor de la esperanza de cerro colorado Arequipa – 2010

¹⁰³ Barberia Leache, Op. Cit. pag112

¹⁰⁴ Thomazinho da Cunha, Montanari Leber, Santos Schalka, Salete Nahás P. Corrêa, Op. Cit. pág. 565

¹⁰⁵ Ibid.

¹⁰⁶ Ibid.

AUTOR: Collado Calderón, Gabriela Luisa

RESUMEN: El presente trabajo corresponde a una investigación de tipo relacional de corte transversal que intenta determinar la Asociación de los Malos Hábitos Bucales con maloclusiones en escolares de 12 a 16 años del Centro Educativo Señor de la Esperanza.

Esta investigación fue aplicada a un grupo de 94 escolares de ambos sexos, con dentición permanente para esto se aplicó una ficha de observación clínica donde se detalló las características de la oclusión para determinar la clase de maloclusión en cada escolar. También se realizó una ficha de entrevista que tenía como propósito registrar el hábito bucal y la edad en la que se presentó el hábito contando con la colaboración de los padres o tutores del escolar.

Finalmente, toda la información obtenida después de haber sido ordenada y procesada respectivamente nos muestra la verdadera situación bucal de los alumnos presentando los siguientes resultados, que los malos hábitos al morder fueron la mayor prevalencia (41.5%), seguidos de los malos hábitos de succión (37.2%), los malos hábitos de postura con (18.1%), Interposición Lingual con (2.1%) y Respiración Bucal (1.1%).

En cuanto a la edad de presentación de los malos hábitos bucales puede observar que la edad en que mayormente se presentaron es entre 6 años hasta edad actual (con un 59%), en tanto la menor proporción de unidades de estudio mantuvieron los malos hábitos hasta los 2 años (9.6). Así mismo en la distribución según el número de malos hábitos se encontró que en la mayoría de ellos solo se encuentra un hábito (66.0%) y en menor proporción presentan 3 hábitos (10.6%).

También se apreció que la maloclusión de mayor prevalencia fue la Clase I (52.1%), seguida de la maloclusión Clase II (26.6%) y

la Clase III con (8.7%), existiendo un 12.8 % de escolares que no presentaron maloclusión.

Los resultados indican que la asociación de malos hábitos bucales y las maloclusiones dentarias en este estudio presentaron una relación significativa. Es decir, la presencia de malos hábitos bucales es uno de los factores determinantes para la maloclusión.

Así se encontró que los malos hábitos de succión, al morder y postura tuvieron mayor relación con la clase I, la clase II para el hábito de interposición lingual, y la clase III para el hábito de respiración bucal.

3.2.2 Nacionales

TITULO: “Lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva en relación a la oclusión decidua de niños en un Centro poblado de Huancavelica- 2015”

AUTORES: Hidalgo Fabián, María Isabel

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de describir las características de la oclusión decidua de niños de un Centro Poblado de Huancavelica alimentados con lactancia materna y con presencia o no de hábitos de succión no nutritiva. La muestra fue de 45 niños de 3 a 5 años de edad con dentición decidua completa que nunca se alimentaron con biberón, se realizó un examen clínico bucal al niño y un cuestionario a la madre. Se encontró que los niños de la muestra se alimentaron con lactancia materna en un promedio de 19 meses desde su nacimiento, siendo siempre exclusiva hasta los 6 meses, el 56% presentaron hábitos de succión no nutritiva de dedo, juguete o ambos y por un tiempo menor a 2 años. En el plano terminal predominó el escalón mesial (60%) y recto (36%) sin encontrarse presencia de escalón distal, el

espacio primate en ambas arcadas se presentó en el 9% de la muestra sin tener relación estadística con los hábitos de succión no nutritivos. De los niños con hábitos de succión no nutritiva, solo el 4% (1) presentó mordida cruzada anterior relacionado al hábito de succión no nutritiva de un juguete; no hubo presencia de mordida abierta anterior ni mordida cruzada posterior. En la muestra los hábitos de succión no nutritiva no presentaron asociación con la oclusión decidua. Palabras claves: lactancia materna, hábitos de succión no nutritiva, oclusión decidua.

TITULO: “La lactancia materna y los hábitos de succión de los niños inscritos en el programa de salud materno-infantil - 2014”

AUTORES: Teresinha Soares Pereira Lopes, Lucía de Fátima Almeida de Moura Dios, y María Cecilia Marconi Pinheiro Lima

RESUMEN: El destete temprano puede causar cambios en la postura y la fuerza de los órganos del habla, lo que favorece la instalación de hábitos orales no deseados. El objetivo de la investigación fue evaluar la relación entre la práctica de la lactancia materna exclusiva y su influencia en el desarrollo de hábitos orales en los niños. Este fue un estudio observacional transversal, con ambos sexos de 252 niños de entre 30 y 48 meses de edad, participando en un programa de atención dental para las madres y los recién nacidos, instrumento de recolección de datos fue un cuestionario para las madres de los niños con preguntas semi-estructuradas sobre la forma y duración de la lactancia materna y los hábitos orales no nutritivos en los niños.

Resultados: En esta muestra, el 48,4% de los niños fueron amamantados en forma exclusiva durante por seis meses; 20.2% de hábitos de succión que implican el uso de chupón, que fue más frecuente entre las niñas. Los factores asociados con la disminución de la incidencia de los hábitos de succión no

nutritivos, son la lactancia materna exclusiva. Los niños alimentados con leche materna durante seis meses por doce meses exclusivamente, tienen el 69,0% de disminución posibilidades de conseguir hábitos de succión no nutritivos en comparación con aquellos que fueron alimentados con leche materna hasta por un mes.

CONCLUSIÓN Cuanto más larga sea la duración de la lactancia materna, es decir, en exclusiva, menor serán las posibilidades de que los niños desarrollen hábitos de succión no nutritiva.

3.2.3 Internacionales

TÍTULO: “Relación entre periodo de amamantamiento y la presencia de hábitos nocivos en niños venezolanos - 2013”

AUTORES: Blanca Dickmar Lozada D. María de las Nieves Hernández María Elena Guerra G

RESUMEN: Establecer la relación entre período de amamantamiento y la presencia de hábitos nocivos en niños entre 3 y 6 años.

Materiales Y Métodos: Estudio transversal y observacional, con una muestra de 37 niños que acudieron a la consulta de niño sano en el Ambulatorio Docente del Hospital Universitario de Caracas durante el mes de agosto del año 2013. Bajo aprobación y firma del consentimiento informado se entrevistaron a las madres para determinar su nivel educativo, la duración del período de amamantamiento y presencia hábitos viciosos bucales como succión de dedo u objeto, alergias y problemas de otorrinolaringología, un examen clínico bucal para el análisis de hábitos de deglución atípica y respiración bucal. Resultados: Se observó que aquellos pacientes que fueron amamantados por un periodo mayor a 6 meses presentaron menos enfermedades alérgicas y de Otorrinolaringología, así

como menos presencia de hábitos viciosos bucales como: uso de chupete, biberón, deglución atípica y respiración bucal.

Conclusión: Se observa en los niños estudiados la importancia del amamantamiento en los primeros meses de vida para lograr una maduración adecuada en las funciones del aparato bucal, sin presencia de hábitos viciosos bucales, así como también un crecimiento y desarrollo óptimo de su estructura cráneo facial.

TITULO: “Influencia de la lactancia materna en la prevención de hábitos bucales deformantes - 2012”

AUTORES: Dra. Julia R. Fuguet Boullon, Dra. Ana Ibis Betancourt García, Dra. Lourdes Ochoa Jiménez, Dra. Marlén González Pérez, Dra. Arelis Crespo García, Dra. Dianeya Viera Rodríguez

RESUMEN: la lactancia materna constituye uno de los pilares fundamentales de la promoción de salud y la prevención de numerosas enfermedades.

Objetivo: Identificar la influencia de la lactancia materna exclusiva con la presencia de hábitos bucales deformantes.

Métodos: se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en niños 3-5 años de ambos sexos, pertenecientes al círculo infantil “20 primaveras”, del municipio de Cienfuegos, en el período comprendido entre septiembre de 2011 y marzo de 2012. El universo estuvo constituido por 193 infantes, y la muestra que se utilizó fue aleatoria estratificada, que incluyó a 107 niños. Para la recolección de información, se utilizó una encuesta confeccionada, los datos fueron procesados en tablas confeccionadas y la medida resumen que se utilizó fue el porcentaje.

Resultados: predominó el sexo femenino, con 56 hábitos, para un 52,3 %; y el grupo de edad de 4 años, con 39, para un 36,4%. 69 niños son portadores de hábitos bucales deformantes, para

un 64,4 %. En relación al tiempo de lactancia materna y la presencia de hábitos bucales deformantes, el 86,6 % de los que recibieron lactancia materna de 0-3 meses eran portadores de hábitos bucales deformantes. **Conclusiones:** los hábitos bucales deformantes disminuyeron a medida en que aumentaba el tiempo de lactancia materna. Se concluyó que el total de los niños que realizaron lactancia materna exclusiva, los hábitos bucales encontrados fueron en orden decreciente: uso de biberones y chupón, succión digital y deglución atípica, los cuales parecen estar en estrecha relación con el tiempo de lactancia

TITULO: “Los factores asociados a los hábitos de succión no nutritivos prolongados en dos cohortes de niños brasileños- 2014”

AUTORES: Marcela Maia-Nader, Camila Silva de Araujo Figueiredo, Felipe Pinheiro de Figueiredo, Antônio Augusto Moura da Silva, Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz, Maria Conceição Pereira Saraiva, Marco Antonio Barbieri, y Heloisa Bettiol

RESUMEN: hábitos de succión no nutritiva (NNSH) son muy comunes en la infancia. Sin embargo, si estos hábitos se mantuvieron durante 36 meses de edad o más, se considera prolongada (PNNSH) y pueden causar maloclusiones, fisiológicos y cambios estéticos. Existe controversia sobre su prevalencia y si las características perinatales, sociales, demográficas y de salud influyen en su aparición y duración. Por lo tanto, los objetivos de este estudio son estimar la prevalencia de PNNSH y para evaluar consideramos la vida perinatal, edad escolar y los primeros factores asociados con su aparición en los niños.

Métodos Una muestra de 1.463 niños de 7-11 años nacida en Ribeirão Preto (RP-1994) y São Luís (SL de 1997/98), Brasil, fue reevaluado en la edad escolar en 2004/05. El peso al nacer, edad gestacional y las variables perinatales se obtuvieron al nacer. Tipo de alimentación, frecuencia y duración de la succión del chupete y el dedo se registraron de forma retrospectiva en la edad escolar. PNNSH se define cuando persistido durante los 36 meses de edad o más. Las razones de prevalencia ajustadas (PR) se estimaron por regresión de Poisson (alfa = 5%).

Resultados Prevalencia de PNNSH fue mayor en MR (47,6%) que en SL (20.2%) - ($p < 0,001$). las variables perinatales no se asociaron a PNNSH, mientras que el sexo femenino (RP = 1,27 en RP; PR = 1,47 en SL) y la alimentación por biberón durante 24 meses o más (RP = 2,24 en RP; PR = 2,49 en SL) fueron factores de riesgo. La lactancia materna durante 12 meses o más (RP = 0,53; en RP RP = 0,31 en SL) se asoció con una menor prevalencia de PNNSH en ambos lugares. En SL, los niños cuyas madres vivían en unión libre (RP = 1,62) y trabajaban fuera del hogar (RP = 1,51) mostraron mayor prevalencia de PNNSH en comparación con sus homólogos.

Conclusiones Prevalencia de PNNSH era alto, especialmente en RP y no se asoció con variables perinatales. En ambas ciudades existe una asociación entre el sexo femenino, la duración de la lactancia materna más corta, la alimentación con biberón duración más larga y mayor prevalencia de PNNSH.

TITULO: “Tres sistemas de alarma: para tratar el hábito de chuparse el dedo- 2015”

AUTORES: Raghavendra M Shetty, el autor correspondiente Manoj Shetty, N Shridhar Shetty, y Anushka Deoghare

RESUMEN: Pulgar y el dígito-hábitos de succión no nutritiva se considera que son los más prevalentes entre los hábitos de

orales. La mayoría de los niños dejan de chuparse el dedo por su propia cuenta. Si el hábito continúa más allá de 3 a 4 años de edad, que no sólo afecta a la oclusión dental, pero la forma del pulgar / dígitos puede ser alterado también. En este artículo se presenta la gestión de chuparse el dedo por RURS modificados, protector del codo incorporado al sistema de tres alarmas'.

TITULO: “La influencia del tipo de parto en la lactancia materna Iniciación en las mujeres con un parto por cesárea previa: Un estudio poblacional -2013”

AUTORES: Jodi Regan, Amy Thompson, y Emily DeFranco

RESUMEN: Objetivo Se comparó la iniciación de la lactancia después parto cesáreo, parto vaginal exitoso después de una cesárea (PVDC), y el juicio sin éxito de la mano de obra.

Métodos Se realizó un estudio retrospectivo de cohorte basado en la población de nacimientos Ohio (2006-2007) con un parto por cesárea anterior. Los resultados primarios fueron las tasas de inicio de lactancia entre las mujeres con un parto por cesárea anterior. Las tasas de inicio de la lactancia se compararon entre los tres diferentes tipos de entrega por segunda cesárea, PVDC exitoso, y los ensayos sin éxito de la mano de obra. Los factores sociodemográficos, factores de riesgo médico y factores de riesgo relacionados con el embarazo también se compararon para evaluar la influencia sobre las tasas de inicio de la lactancia.

Resultados Mujeres dieron a luz por parto vaginal exitoso eran 47% más propensos a iniciar la lactancia materna que las mujeres entregadas por una segunda cesárea programada (riesgo relativo ajustado 1,47; intervalo de confianza del 95%: 1,35; 1,60). Las mujeres que en última instancia dieron por cesárea con el juicio sin éxito de la mano de obra también eran más propensas a amamantar que las mujeres con una cesárea programada de repetición (61% vs. 58,7%, respectivamente)

(riesgo relativo ajustado 1,17; intervalo de confianza del 95% 1.04, 1.33).

Conclusiones Los pacientes que se someten a un parto por cesárea programada son menos propensos a iniciar la lactancia materna. Las mujeres que emprenden con éxito en el logro de un parto vaginal después de una cesárea previa son más propensas a amamantar que son las mujeres que tienen un parto por cesárea de repetición. Además, las mujeres que en última instancia tuvieron partos por cesárea tras un juicio sin éxito de la mano de obra también eran más propensas a amamantar que aquellas mujeres con una cesárea de repetición programada. Esto sugiere que hay factores que influyen en la elección del paciente para la entrega, que también pueden influir en la decisión del paciente para amamantar.

4. HIPÓTESIS

Dado que, el reflejo de succión en la alimentación natural constituye un vínculo importante para el bebé, pues con esta acción no solo se alimenta, sino que recibe la sensación de bienestar al sentir seguridad y amor.

Es probable que si el niño deja de lactar del seno materno tempranamente desarrolle hábitos de succión no nutritiva.



II.- PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES

1.1. Técnicas:

En esta investigación se utilizó: ficha de encuesta

1.2. Cuadro de Variables y Técnicas

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Lactancia	Lactancia materna	*Nunca *Menos de 6 meses *6 meses *Más de 6 mes	Encuesta	Ficha de Encuesta
	Lactancia artificial	*Nunca *Menos de 6 meses *6 meses *Más de 6 mes	Encuesta	Ficha de Encuesta
Hábitos de succión no nutritiva	Succión digital Succión de labio Chupón Otros (objetos)		Encuesta	Ficha de Encuesta

1.3. Descripción de la técnica

Encuesta

1.4. Instrumentos

Ficha de encuesta

1.5. Materiales

- ✓ Papel
- ✓ Cámara fotográfica
- ✓ Computadora
- ✓ Lapicero

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación espacial

a.- **Ámbito general**

La investigación se realizó en la I.E.I. Bellapampa Arequipa.

b.- **Ámbito específico**

Madres de los niños de 3, 4 y 5 años

2.2 Temporalidad

La investigación se realizó durante el mes de mayo del 2016, es una investigación transversal, por el cual la variable será estudiada solo en un determinado periodo.

2.3 Unidad de estudio

Unidad experimental: madres de los niños de 3,4 y 5 años de la I.E.I. Bellapampa.

Opción: cualitativo

Criterios de:

Inclusión

- Madres de los niños (as) sanos de 36 meses a 71 meses de edad de la I.E I. Bellapampa que acepten participar en la investigación.

Exclusión

- Madres de los niños de 36 meses a 71 meses de edad de la I.E.I. Bellapampa que presenten algún síndrome o condición especial.

Población

La población es de 60 madres de los niños (as) 3, 4 y 5 años de edad de la I.E.I. Bellapampa.

3. ESTRATEGIAS

3.1 Organización

Una vez aprobado el plan de tesis se procedió a realizar las siguientes coordinaciones:

- ✓ Solicitud a la directora de la I.E.I. Bellapampa.
- ✓ Autorización de padres de familia para colaborar con el estudio.

3.2 Recursos

3.2.1 Recursos humanos

Investigadora: Amparito Lucia Escobedo Díaz.

Asesora: C.D. Esp. en Odontopediatria Claudia Barreda Salinas.

3.2.2 Recursos físicos

Ambiente de trabajo: I. E.I. Bellapampa (inicial de 3, 4 y 5 años).

3.2.3 Recursos financieros

El presupuesto para la recolección de datos fue aportado por la investigadora.

3.3 Prueba Piloto

Se realizó la encuesta a 6 (10% de la población) madres de los niños de 3, 4 y 5 años de la I.E.I. Bellapampa, la prueba piloto fue de tipo incluyente.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS DATOS

4.1 EN EL AMBITO DE SISTEMATIZACION

4.1.1 CLASIFICACIÓN

Matriz de Información.

4.1.2 ORDENAMIENTO

El procesamiento será manual y de cómputo mediante la contabilización de la información para tal efecto se emplea un plan de tabulación basado en el empleo de matrices de conteo.

5. PLAN DE ANALISIS

5.1 Tipo de análisis: Cualitativo

5.2 Tratamiento estadístico

CUADRO DE TRATAMIENTO ESTADISTICO

VARIABLES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICA O MEDICIÓN
Lactancia	Cualitativa	nominal	Frecuencia relativa, absoluta, chi cuadrado
Hábitos nocivos de succión	Cualitativa	nominal	Frecuencia relativa, absoluta, chi cuadrado

5.2.1 Tablas y gráficas

Se utilizó tablas de distribución de frecuencias.

También se utilizó grafica de barras.



TABLA N° 1

**DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA Y
PRESENCIA DE HÁBITOS DE SUCCIÓN NO NUTRITIVA**

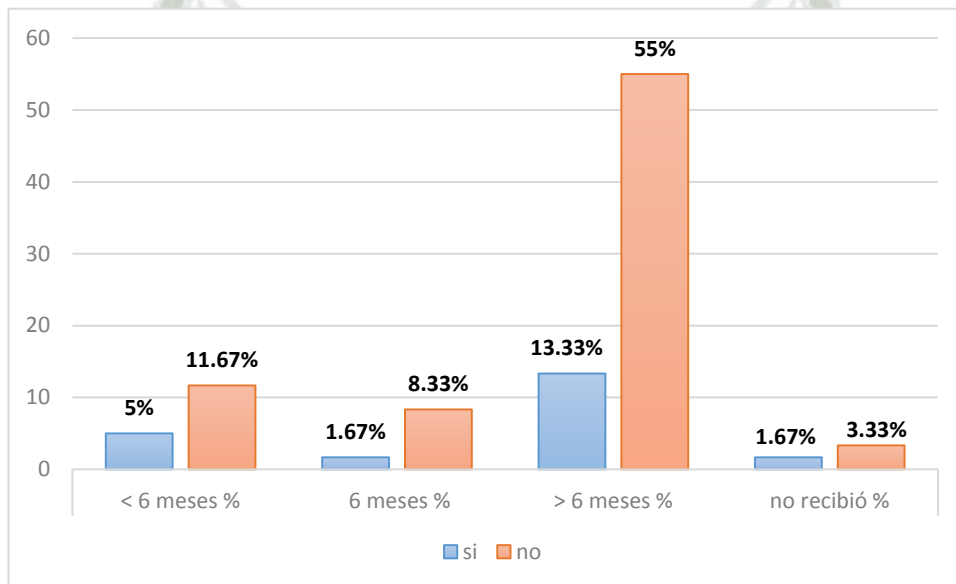
Hábitos De Succión No Nutritiva	lactancia materna								Total	
	<6 meses	%	6 meses	%	> 6 meses	%	no recibió	%	conteo	%
si	3	5	1	1.67	8	13.33	1	1.67	13	21.67
no	7	11.67	5	8.33	33	55	2	3.33	47	78.33
total	10	16.67	6	10	41	68.33	3	5	60	100

Fuente: Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

En la tabla N° 1 observamos que, de los 60 niños, el 10% de niños que recibió 6 meses lactancia materna presento menos hábitos de succión no nutritiva.

GRAFICA Nº 1

DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO DE LA LACTANCIA MATERNA Y PRESENCIA
DE HÁBITOS DE SUCCIÓN NO NUTRITIVA



Fuente: Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

TABLA N° 2

**DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO DE LACTANCIA ARTIFICIAL Y PRESENCIA DE
HÁBITOS DE SUCCIÓN NO NUTRITIVA**

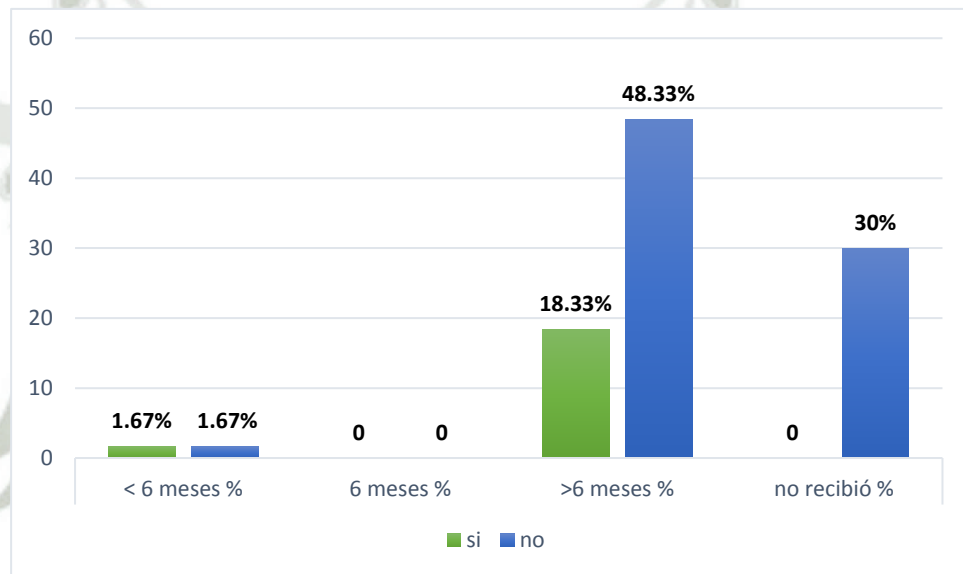
Hábitos De Succión No Nutritiva	lactancia artificial								Total	
	< 6 meses	%	6 meses	%	> 6 meses	%	no recibió	%	Conteo	%
si	1	1.67	0	0	11	18.33	0	0	12	20
no	1	1.67	0	0	29	48.33	18	30	48	80
total	2	3.33	0	0	40	66.67	18	30	60	100

Fuente: Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

En la tabla N° 2 observamos que, de los 60 niños, el 66.67% que recibió lactancia artificial más de 6 meses presento más hábitos de succión no nutritiva.

GRAFICA Nº 2

DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO DE LACTANCIA ARTIFICIAL Y PRESENCIA DE
HÁBITOS DE SUCCIÓN NO NUTRITIVA



Fuente: Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE HÁBITOS DE SUCCIÓN NO NUTRITIVA

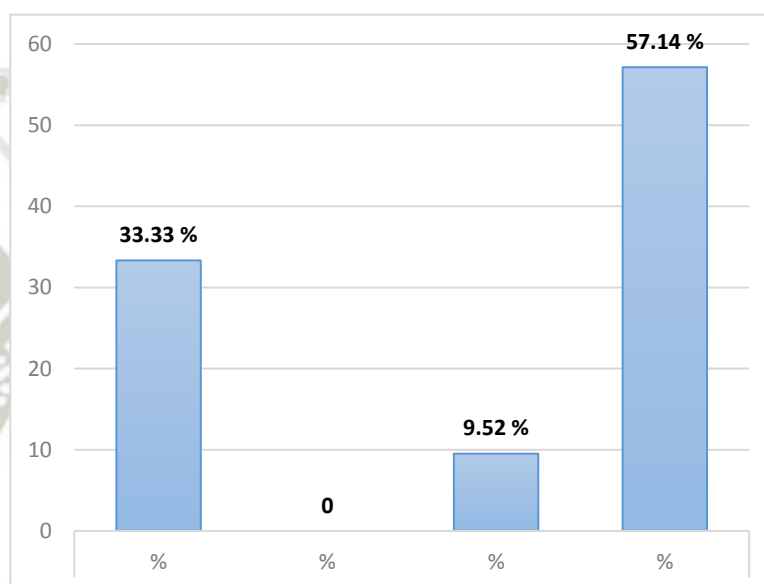
HABITO DE SUCCIÓN NO NUTRITIVA	CONTEO	(%)
Succión digital	7	33.33
Succión de chupón	0	0
Succión de labio	2	9.52
Otros	12	57.14
Total	21	100

Fuente: Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

En la tabla N° 3 observamos que, de los 60 niños, el mayor porcentaje que corresponde al 57.14 % presenta hábitos de succión de objetos. No se presentaron hábitos de succión de chupón.

GRÁFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN DE HÁBITOS DE SUCCIÓN NO NUTRITIVA



Fuente: Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

TABLA N° 4

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE LACTANCIA

Lactancia artificial	Lactancia Materna									
	Menos de 6		6 meses		Más de 6		No		Total	
	Conteo	%	Conteo	%	Conteo	%	Conteo	%	Conteo	%
Menos de 6	0	0	0	0	2	3.33	0	0	2	3.33
6 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Más de 6	10	16.67	4	6.67	23	38.33	3	5	40	66.67
No	0	0.	2	3.33	16	26.67	0	0	18	30.00
Total	10	16.67	6	10	41	68.33	3	5	60	100

Fuente: Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

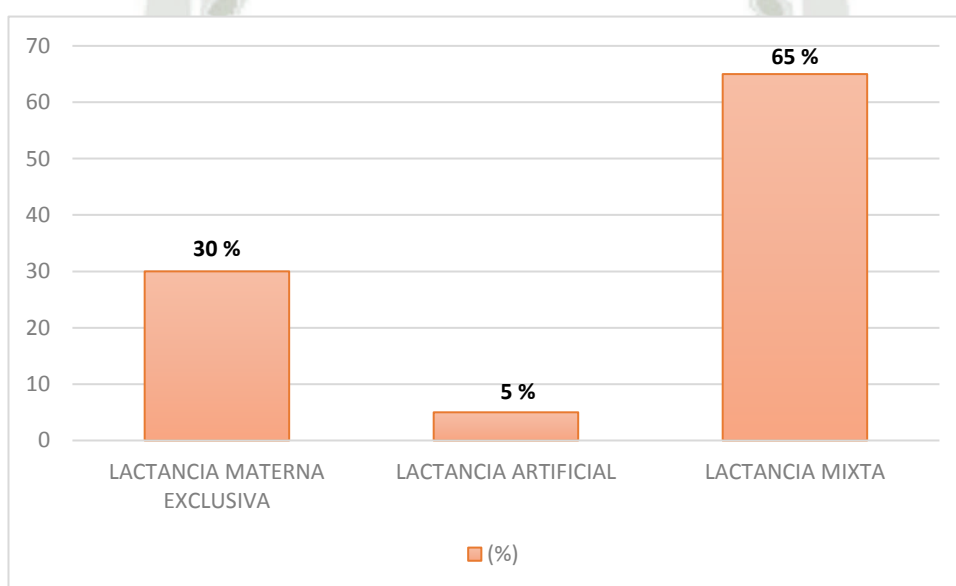
Leyenda: Lactancia materna exclusiva ■ lactancia artificial ■ lactancia mixta ■

En la tabla N° 4 observamos que 39(65%) niños recibieron lactancia mixta; de estos, 10(16.67%) niños predominó lactancia artificial por más de 6 meses, 4 niños (6.67%) recibió lactancia exclusiva y la lactancia artificial por más de 6 meses, 23(38.33%) niños recibieron ambos tipos de lactancia por más de 6 meses y 2(3.33%) niños donde predominó la lactancia materna por más de 6 meses.

18(30%) niños que recibieron lactancia materna exclusiva; de estos, 2(3.33%) de niños recibieron lactancia hasta los 6 meses, 16(26.67%) de niños recibió lactancia materna más de 6 meses. 3(5%) niños recibieron lactancia artificial

GRÁFICO Nº 4

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE LACTANCIA



Fuente: Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

TABLA N° 5

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE LACTANCIA Y PRESENCIA DE HÁBITO DE SUCCIÓN NO NUTRITIVO

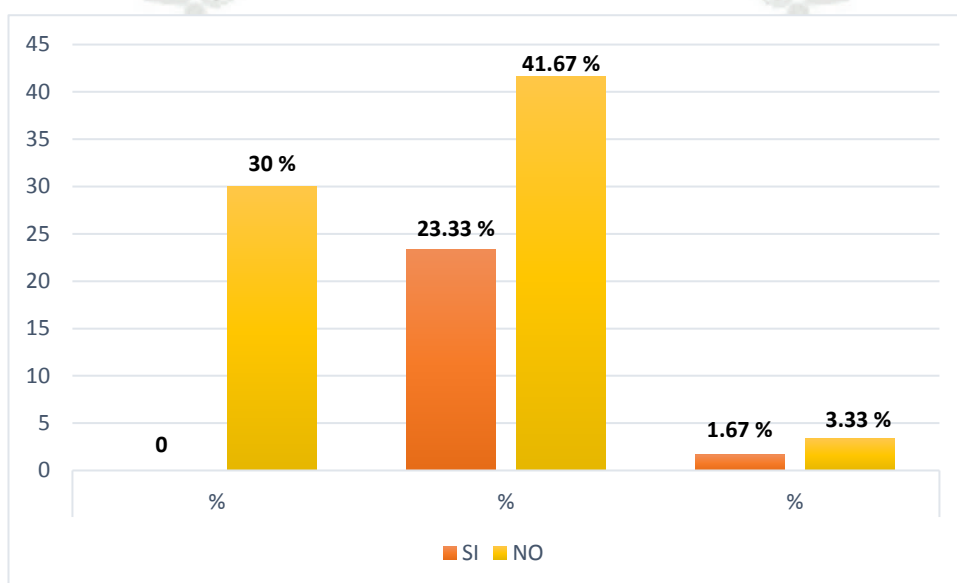
Hábito de succión no nutritiva	LACTANCIA EXCLUSIVA		LACTANCIA MIXTA		LACTANCIA ARTIFICIAL		TOTAL	
	Conteo	(%)	Conteo	(%)	Conteo	(%)	Conteo	(%)
SI	0	0	14	23.33	1	1.65	15	25
NO	18	30	25	41.67	2	3.33	46	75
Total	18	30	39	65	3	5	60	100

Fuente: Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

En La tabla N° 5 observamos que los 39 niños que recibieron lactancia mixta el (23.33%) presentan hábitos de succión no nutritiva y los que recibieron lactancia materna exclusiva no presentaron hábitos de succión no nutritiva.

GRÁFICO: N° 5

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE LACTANCIA Y PRESENCIA DE HÁBITO DE
SUCCIÓN NO NUTRITIVO



Fuente: Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

TABLA N° 6

**DISTRIBUCIÓN ENTRE DEL TIPO DE LACTANCIA Y PRESENCIA DE
HÁBITO DE SUCCIÓN NO NUTRITIVO – EDAD**

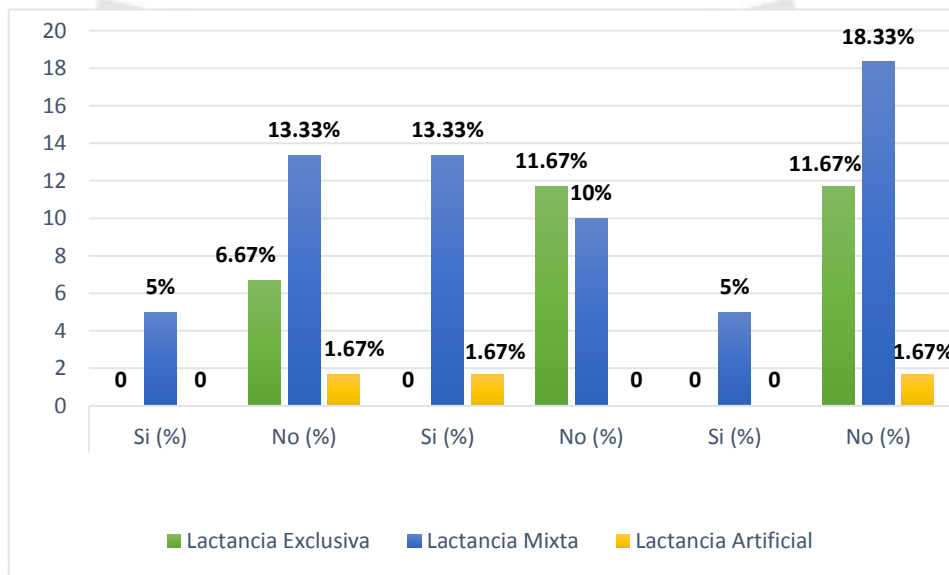
HÁBITO DE SUCCIÓN NO NUTRITIVA	3 años				4 años				5 años					
	Si	(%)	No	(%)	Si	(%)	No	(%)	Si	(%)	No	(%)	total	(%)
Lactancia Exclusiva	0	0	4	6.67	0	0	7	11.67	0	0	7	11.67	18	30
Lactancia Mixta	3	5	8	13.33	8	13.33	6	10	3	5	11	18.33	39	65
Lactancia Artificial	0	0	1	1.67	1	1.67	0	0	0	0	1	1.67	3	5
Total	3	5	13	21.67	9	15	13	21.67	3	5	19	31.67	60	100

Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

En la tabla N° 6 observamos que el mayor porcentaje de niños que presentan hábitos de succión no nutritiva se encuentra en el grupo de niños de 4 años los cuales recibieron lactancia mixta y artificial.

GRÁFICO N°6

DISTRIBUCIÓN ENTRE DEL TIPO DE LACTANCIA Y PRESENCIA DE
HÁBITO DE SUCCIÓN NO NUTRITIVO – EDAD



Fuente: Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

TABLA N°7

DISTRIBUCIÓN ENTRE DEL TIPO DE LACTANCIA Y PRESENCIA DE
HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL – EDAD

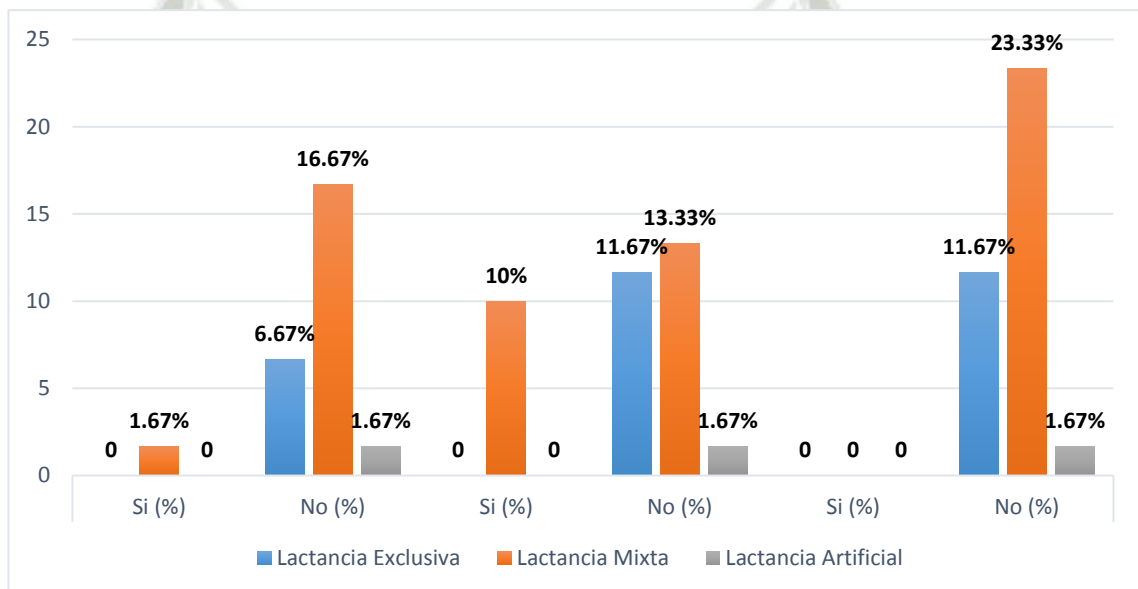
Succión de digital														
Tipo de lactancia	3 años				4 años				5 años					
	Si	(%)	No	(%)	Si	(%)	No	(%)	Si	(%)	No	(%)	total	(%)
Lactancia Exclusiva	0	0	4	6.67	0	0	7	11.67	0	0	7	11.67	18	30
Lactancia Mixta	1	1.67	10	16.67	6	10	8	13.33	0	0	14	23.33	39	65
Lactancia Artificial	0	0	1	1.67	0	0	1	1.67	0	0	1	1.67	3	5
Total	1	1.67	15	25	6	10	16	26.67	0	0	22	36.67	60	100

Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

En La tabla N° 7 observamos que el mayor porcentaje de niños que presentaron hábitos de succión digital se encuentra en el grupo de niños de 4 años los cuales recibieron lactancia mixta y artificial.

GRÁFICO N°7

DISTRIBUCIÓN ENTRE DEL TIPO DE LACTANCIA Y PRESENCIA DE
HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL – EDAD



Fuente: Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

TABLA N°8

**DISTRIBUCIÓN ENTRE DEL TIPO DE LACTANCIA Y PRESENCIA DE
HÁBITO DE SUCCIÓN DE LABIO – EDAD**

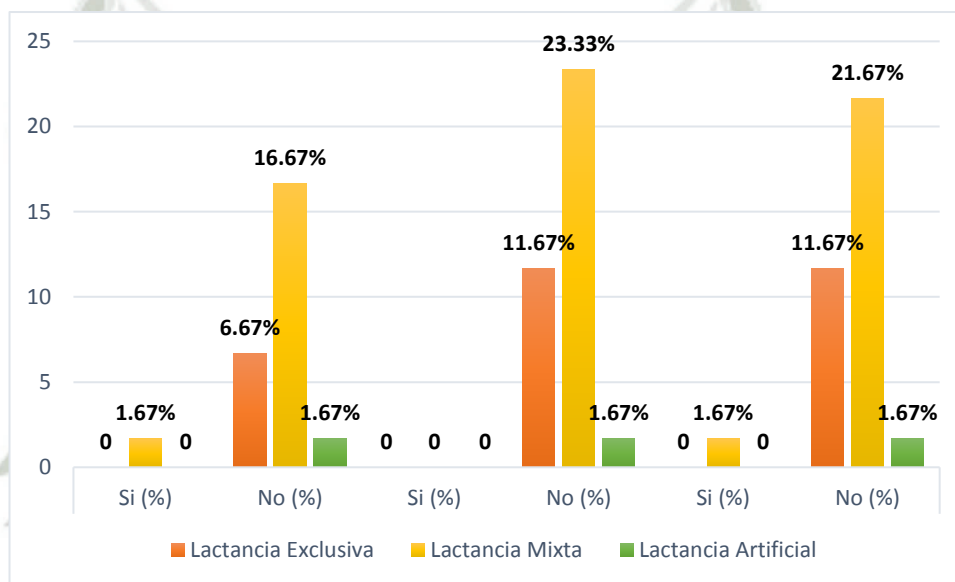
Succión de labio														
Tipo de lactancia	3 años				4 años				5 años				Total (%)	
	Si	(%)	No	(%)	Si	(%)	No	(%)	Si	(%)	No	(%)		
Lactancia Exclusiva	0	0	4	6.67	0	0	7	11.67	0	0	7	11.67	18	30
Lactancia Mixta	1	1.67	10	16.67	0	0	14	23.33	1	1.67	13	21.67	39	65
Lactancia Artificial	0	0	1	1.67	0	0	1	1.67	0	0	1	1.67	3	5
Total	1	1.67	15	25	0	0	22	36.67	1	1.67	21	35	60	100

Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

En La tabla N° 8 observamos que los niños que presentan hábitos de succión de labio se encuentran en el grupo de 3 y 5 años de edad los cuales recibieron lactancia mixta.

GRÁFICO N°8

DISTRIBUCIÓN ENTRE DEL TIPO DE LACTANCIA Y PRESENCIA DE
HÁBITO DE LABIO – EDAD



Fuente: Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

TABLA N° 9

**DISTRIBUCIÓN ENTRE DEL TIPO DE LACTANCIA Y PRESENCIA DE
HÁBITO DE SUCCIÓN DE OBJETO – EDAD**

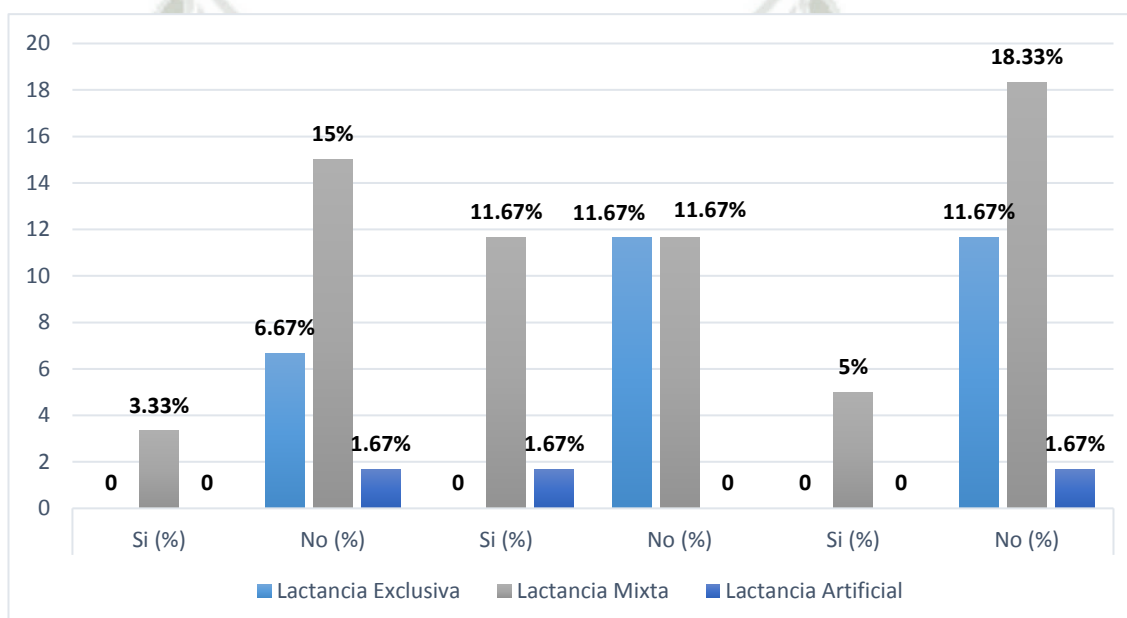
Succión de objetos														
Tipo de lactancia	3 años				4 años				5 años					
	Si	(%)	No	(%)	Si	(%)	No	(%)	Si	(%)	No	(%)	Total	(%)
Lactancia Exclusiva	0	0	4	6.67	0	0	7	11.67	0	0	7	11.67	18	30
Lactancia Mixta	2	3.33	9	15	7	11.67	7	11.67	3	5	11	18.33	39	65
Lactancia Artificial	0	0	1	1.67	1	1.67	0	0	0	0	1	1.67	3	5
Total	2	3.33	14	23.33	8	13.33	14	23.33	3	5	19	31.67	60	100

Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

En la tabla N° 9 observamos que el mayor porcentaje de niños que presentan hábitos de succión de objetos se encuentra el grupo de niños de 4 años los cuales recibieron lactancia mixta.

GRAFICA N°9

**DISTRIBUCIÓN ENTRE DEL TIPO DE LACTANCIA Y PRESENCIA DE
HÁBITO DE SUCCIÓN DE OBJETO – EDAD**



Fuente: Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

TABLA N° 10

**DISTRIBUCIÓN ENTRE FRECUENCIA E INTENSIDAD DE LOS HÁBITOS DE
SUCCIÓN NO NUTRITIVA**

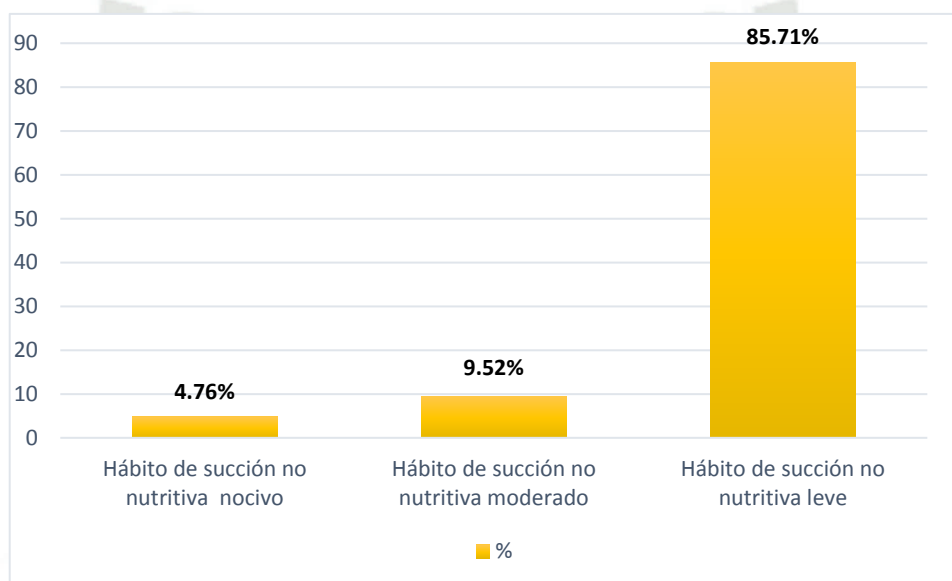
INTENSIDAD	FRECUENCIA						TOTAL	
	POCAS VECES		VARIAS VECES		TODO EL TIEMPO			
	CONTEO	%	CONTEO	%	CONTEO	%	CONTEO	%
POCO INTENSO	18	85.71	1	4.76	0	0	19	90.48
INTENSO	0	0	1	4.76	1	4.76	2	9.52
TOTAL	18	85.71	2	9.52	1	4.76	21	100

Fuente: Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

En la tabla N° 10 observamos que solo un niño tiene hábito de succión nocivo (todo el tiempo- intenso).

GRÁFICO N° 10

DISTRIBUCIÓN ENTRE FRECUENCIA E INTENSIDAD DE LOS HÁBITOS DE SUCCIÓN NO NUTRITIVA



Fuente: Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

TABLA N^o 11

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE LACTANCIA Y TIPO DE PARTO

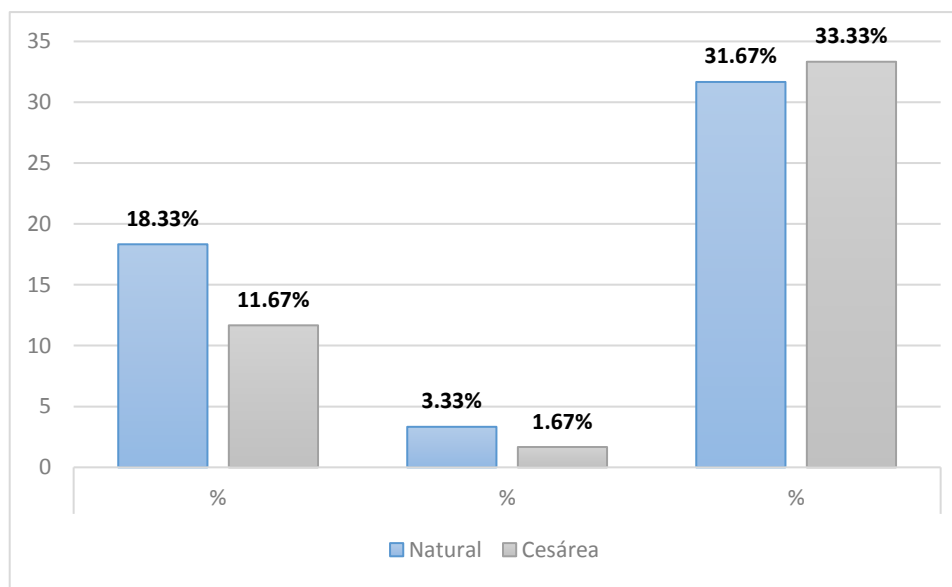
TIPO DE PARTO	Lactancia materna exclusiva		Lactancia artificial		Lactancia mixta		Total	
	Conteo	%	Conteo	%	Conteo	%	Conteo	%
Natural	11	18.33	2	3.33	19	31.67	32	53.33
Cesárea	7	11.67	1	1.67	20	33.33	28	46.67
Total	18	30	3	5	39	65	60	100

Fuente: Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

En la tabla N^o 11 observamos que, de los 60 niños, el mayor porcentaje que corresponde al 33.33% nació por cesárea y recibió lactancia mixta; el 1.67% nació por cesárea y recibió lactancia artificial.

GRÁFICA N° 11

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE LACTANCIA Y TIPO DE PARTO



Fuente: Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

TABLA N° 12

RELACIÓN ENTRE DEL TIPO DE LACTANCIA Y PRESENCIA DE HÁBITO DE
SUCCIÓN NO NUTRITIVO

HÁBITO DE SUCCIÓN NO NUTRITIVO	LACTANCIA EXCLUSIVA		LACTANCIA MIXTA		LACTANCIA ARTIFICIAL		TOTAL
	O _i	e _i	O _i	e _i	O _i	e _i	
SI	0	4.5	14	9.75	1	0.75	15
NO	18	13.5	25	29.25	2	2.25	45
TOTAL	18		39		3		60

Fuente: Elaboración propia. Matriz sistemática de sistematización. Observación 2016

X ² cal	9.2877
X ² crit	7.378

GL: 2

INTERPRETACION:

En la tabla N° 12 se establece la relación estadística entre tiempo lactancia y hábitos de succión no nutritivo que presentaron los niños.

La hipótesis estadística vendría a ser la siguiente:

H₀= El tiempo lactancia es independiente al hábito de succión no nutritivo

H₁= El tiempo lactancia es dependiente al hábito de succión no nutritivo

Ya que el valor de chi cuadrada calculada es mayor que la chi cuadrado crítico para un nivel de confianza del 95%, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis crítica, por lo que podemos concluir el tiempo lactancia es dependiente al hábito de succión no nutritiva que presentan los niños.

DISCUSIÓN

La lactancia materna ha sido promovida por organismos internacionales como UNICEF y OMS debido a que este tipo de alimentación favorecerá el correcto desarrollo y crecimiento de los lactantes. La influencia del tiempo de la lactancia en el desarrollo de hábitos de succión no nutritiva ha sido poco estudiada, no existen investigaciones a nivel local que permitan comparar.

La presente investigación ha permitido confirmar que existe influencia del tiempo de la lactancia en el desarrollo de hábitos de succión no nutritiva en niños de 3, 4 y 5 años edad de la I.E.I. Bellapampa; los niños que recibieron lactancia materna exclusiva por un periodo de 6 meses a más no presentaron hábitos de succión no nutritiva. En congruencia, Blanca Dickmar Lozada D. María de las Nieves Hernández María Elena Guerra G. en su artículo (2013) se observó que aquellos pacientes que fueron amamantados por un periodo de más de 6 meses no presentaron hábitos de succión no nutritiva. De igual manera Marcela Maia-Nader, y col. en su estudio (2015), nos dice que, si la duración de la lactancia materna es más corta, habrá mayor prevalencia de hábitos de succión no nutritiva.

Además, en otro estudio de Gabriela Mesquita Lopes y col. (2015). Concluye que la lactancia materna exclusiva tuvo un efecto protector y disminuye el riesgo de adquirir hábitos de succión no nutritivos. Al igual que en el estudio de la Dra. Yilian López Méndez, y col. (2000) donde también indica que la alimentación por el seno materno favorece el crecimiento y desarrollo del aparato masticatorio, evita la adquisición de hábitos deformantes bucales.

A diferencia de Hidalgo Fabián María Isabel en su artículo (2015) con una muestra de 45 niños que nunca recibieron biberón, el 56% de niños presento hábitos de succión no nutritiva de dedo, juguetes o ambos por un tiempo menor a los 2 años. En la presente investigación el 30% de niños que recibieron lactancia materna exclusiva no presentaron hábitos de succión no nutritiva.

En el estudio de la Dra. Julia R. Fusquet Boullon, y col. (2012) con una muestra de 107 niños, predominó el grupo de edad de 4 años con 36,4%, de hábitos y en

comparación a nuestro estudio también predominó el grupo de 4 años de edad con un 13.3% de hábitos de succión no nutritiva.

El más prevalente de los hábitos de succión no nutritiva en este estudio fue succión de objetos con 57.14 % mientras que, en el estudio de Alfredo Mendoza, y col. (2008) el más frecuente es la succión digital con un 53%.

En el artículo de Teresinha Soares Pereira Lopes, y col. (2014) fueron estudiados 252 niños, el 20.2% presentó hábitos de succión no nutritiva presentando hábitos de succión de chupón, también en el estudio de Milagros B. Carrasco Loyola, Rita S. Villena Sarmiento (2009) presentaron hábito de chupón con 9,2% de los niños. A diferencia de esta investigación 25% presentó hábitos de succión sin presentarse el hábito de succión de chupón.

En concordancia con la presente investigación Rosa M. Stabile-Del Vechi Mariana Carolina Morales- Chávez en su artículo (2014) se determinó una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de lactancia menor a 6 meses y la aparición de hábitos parafuncionales, donde 84,1% presentó hábitos parafuncionales (muestra de 195 niños).

En nuestro estudio el 5% presentó hábitos de succión no nutritiva con una frecuencia (todo el tiempo) e intenso y de acuerdo con Rajesh J Kamdar e Ibrahim Al-Shahrani (2015) en su artículo nos indica que, si los hábitos de succión no nutritiva persisten más allá de los 3 años, pueden suponer un gran daño a los dientes en desarrollo, la oclusión, y los tejidos circundantes orales. De igual manera en el estudio de Nagalakshmi Chowdhary, y col. (2010) nos indica que hábito oral en niños de 3-6 años de edad no se considera como normal, si el hábito de succión no se detiene, dará lugar a un problema dental en el niño.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Los resultados obtenidos muestran; el 16.67% de los niños recibió lactancia materna menos de 6 meses y lactancia artificial más de 6 meses, el 6.67 % recibió lactancia materna 6 meses y lactancia artificial más de 6, el 38.33% recibió lactancia materna más de 6 meses y lactancia artificial más de 6 meses, el 3.33% recibió lactancia materna más de 6 mes y lactancia artificial menos de 6 meses; el 5% recibió lactancia artificial y el 30 % recibió lactancia materna.

SEGUNDA: El 25% de las madres encuestadas refirió presencia de hábitos de succión no nutritiva en sus hijos (as); de este grupo el 60% presento un hábito de succión no nutritiva y el 40% presento dos hábitos de succión no nutritiva.

TERCERA: Encontramos en la población evaluada que si influye el tiempo de lactancia materna exclusiva de 6 meses a mas en que no se desarrolle hábitos de succión no nutritiva. En cuanto a la lactancia artificial y mixta si influye en el desarrollo de hábitos de succión no nutritiva.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se recomienda a los estudiantes de Odontológica de la Universidad Católica Santa María, ampliar estudios clínicos sobre la influencia de hábitos de succión no nutritiva en el desarrollo de maloclusiones.

SEGUNDA: Se recomienda a los estudiantes de odontología y profesionales impartir educación sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva, para el adecuado desarrollo físico y psicológico del niño.

TERCERA: Se recomienda introducir temas sobre motricidad orofacial en los estudiantes de pre grado.

CUARTA: Se recomienda a los especialistas de odontopediatria tener un área de asesoría en la clínica odontológica de Universidad Católica Santa María sobre la lactancia materna.

BIBLIOGRAFIA

Angus Camerón, Richard P. Widmer, Manual de Odontología Pediátrica, Editorial Elsevier España, S.L., 3º Edición 2010.

Bordoni, Escobar Rojas, Castillo Mercado, Odontología Pediátrica la Salud Bucal del Niño y el Adolescente en el Mundo Actual, Editorial Médica Panamericana, Edición 2010.

Cameron, R. Widmer, Manual de Odontología Pediátrica, Editorial S.A. Elsevier España, Edición 1998.

Claudia M. Sánchez Saravia, Protegiendo los dientes de tu Bebe guía práctica para padres, Editorial Boliviadental, Edición 2005.

Elena Barbería Leache, Atlas de Odontología Infantil para Pediatras y Odontólogos, Editorial Médica Ripano, Edición 2005.

E.Barbería Leache J.R.Quesada, C. García Ballesta, A. Mendoza Mendoza Odontopediatria, Editorial Masson 2º, Edición 2002.

Flavio Vellini F., Ortodoncia Diagnostico y Planificación Clínica, ED. 2004.

Johmsons, El Desarrollo del niño tu Hijo del Nacimiento a los 6 meses, una Guía de Paso a Paso para Padres, Editorial Norma, Edición 2002.

J.R.Boj, M. Catalá, C. García Ballesta, A. Mendoza, Odontopediatria, Editorial Masson II, 1º edición 2004.

Marcelo Bönecker, Jenny Abanto, María Salete Nahás Pires Corrêa, José Carlos Pettrossi Imparato, Antonio Carlos Guedes Pinto Problemas Bucales en Odontopediatria: Uniendo la Evidencia Científica a la Práctica Clínica-, Editorial médica Ripano, Edición 2014.

María Salete Nahás P. Correa, Odontopediatria la Primera Infancia, Editorial Livraria Santos, Edición 2009.

María Salete Nhas Pires Correa, Rosangela Maria Sehmitt Dissenha, Soo Young Kim Weffort, Salud Bucal del Bebe y Adolescente, Editorial SAN, Edición 2009.

Pinkham Casamassino, Fields, Mc Tigue, Nowak, Odontología Pediátrica, Editorial Interamericana, S.A. de C.F., 2º edición 1996.

Silvia José Cheid. Ortopedia e Ortodontia para Denticao Decidua, Editorial Santos, Edición 2013.

INFORMATOGRAFÍA

Acta Odontología de Venezuela-

<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/3/art1.asp>; 01-04-16

MIRANGE- <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/4294> ;05-03-16

PUBMED- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4067086/> ;02-03-16

PUBMED- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4223628/> ;17-03-16

PUBMED- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4472878/> ;17-03-16

PUBMED- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4209487/> ;17-03-16

PUBMED- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4291124/> ; 09-05-16

PUBMED <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4684560/> ;26-05-16

PUBMED <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3220147/>; 29-06-16

PUBMED <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4409805/>; 29-06-16

Revista Cubana-

http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_1_99/ord07199.htm;06-04-16

Revista Cubana- http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_1_99/ord07199.htm
06-04-16

Revista De La Sociedad Boliviana De Pediatría

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752008000100002; 07-04-16

Revista estomatológica Herediana

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1826>;
07-04-16

Revista Javeriana

<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/14240>
; 07-04-16

REVISTA MEDISAN-

http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_2_03/san03203.htm ;17-05-16

Revista de Odontopediatría Latinoamericana-

<http://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2015/1/art-4/> ;01-02-16

REVISTA SCIELO - http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000500004; 27-04-16

Universidad Católica Santa María- cybertesis <http://www.ucsm.edu.pe/> ;12-04-16



ANEXO N° 1

MODELO DE LA FICHA DE REGISTRO



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA



NOMBRE de la madre.....

Nombre del niño.....**Edad**.....

ENCUESTA:

“INFLUENCIA DEL TIEMPO DE LACTANCIA EN EL DESARROLLO DE LOS HÁBITO DE SUCCIÓN NO NUTRITIVA EN NIÑOS DE 3,4 Y 5 AÑOS I.E.I. BELLAPAMPA”

1. Tipo de parto:

- a. Natural
- b. cesárea

2. ¿A los cuántos meses nació su hijo? (tiempo de gestación):

- a. Prematuro (de menos de 37 semanas de gestación)
- b. A término (de 37 a 42 semanas de gestación)
- c. Postérmino (nacido después de 42 semanas de gestación)

3. ¿cuánto tiempo su hijo recibió lactancia materna exclusiva (solo pecho de la madre)?

- a. Menos de 6 meses
- b. 6 meses
- c. Más de seis meses
- d. No recibió

4. ¿cuánto tiempo recibió su hijo lactancia artificial (biberón)?

- a. Menos de 6 meses
- b. 6 meses
- c. Más de seis meses
- d. No recibió

5. Su hijo tiene el hábito de succionarse el dedo:

- a) si
- b) no

Según su opinión: ¿Cuántas veces al día su hijo succiona el dedo?

- a. pocas veces (menos de 2 horas)
- b. varias veces (2h a 4h)
- c. Todo el tiempo (más de 4 horas)

Según su opinión: la succión de dedo de su hijo se da con una intensidad de nivel:

- a. Poco intenso
- b. intenso

6. Su hijo usa chupón

- a. si
- b. no

Según su opinión: ¿Cuántas veces al día su hijo succiona el chupón?

- a. pocas veces (menos de 2horas)
- b. varias veces (2h a 4h)
- c. Todo el tiempo (más de 4horas)

Según su opinión la succión del chupón se da con una intensidad de nivel:

- a. Poco intenso
- b. intenso

7. Su hijo tiene el hábito de succionarse el labio

- a. si
- b. no

Según su opinión: ¿Cuántas veces al día su hijo succiona el labio?

- a. pocas veces (menos de 2horas)
- b. varias veces (2h a 4h)
- c. Todo el tiempo (4 a mas)

Según su opinión: la succión de labio de su hijo se da con una intensidad de nivel:

- a. Poco intenso
- b. intenso

8. ¿Su niño succiona algún objeto?

- a. si
- b. no

Especifique:

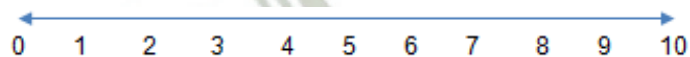
¿Cuántas veces al día?.....

¿Cuánta intensidad?.....

9. EN TÉRMINOS GENERALES

¿Qué tan dañino o malo es el hábito de su hijo? Marque el puntaje q le pondría Si 0 es no dañino y 10 es extremadamente dañino.

(Encerrar en círculo)



ANEXO N°2

SOLICITUD

“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

SOLICITO: REALIZAR INVESTIGACIÓN PARA TESIS

SRTA. GENY MARCELA GARCÍA PINEDA
DIRECTORA DE LA I.E.I. BELLAPAMPA

Yo Amparito Lucía Escobedo Díaz identificada con el DNI 71412108, domiciliada en la Calle Unión MZ. D LT. 3-4A Bellapampa- Socabaya, Bachiller en Odontología de la Universidad Católica Santa María ante usted con el debido respeto me presento y expongo a usted:


Que por motivo de estar realizando mi investigación para mi tesis titulada “Influencia del tiempo de la lactancia en el desarrollo de hábitos nocivos de succión en niños de 3,4 y 5 años de edad” por medio de una entrevista a los padres de familia, para así obtener mi título de CIRUJANO DENTISTA, solicito me permita realizar dicha investigación en la institución que usted dirige.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted acceder a mi solicitud, agradeciendo de antemano la atención prestada a la presente.

Arequipa, 28 de abril, 2016




Amparito Lucía Escobedo Díaz
DNI 71412108

ANEXO N°3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

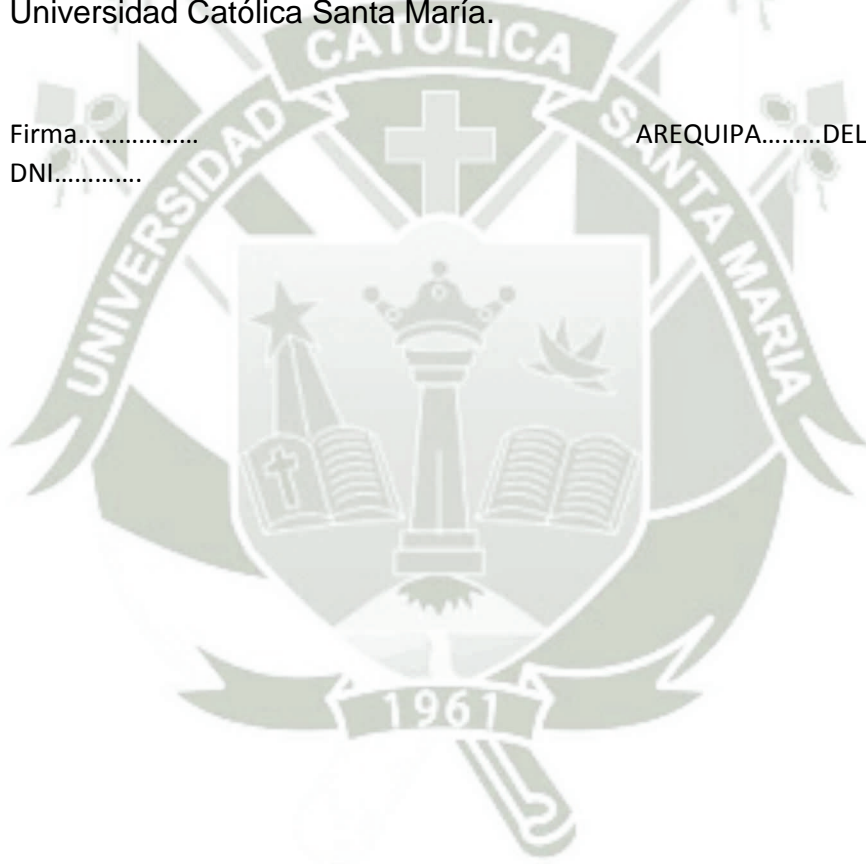
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....con el DNI.....acepto ser entrevistada y a su vez participar en la investigación titulada “influencia del tiempo de lactancia en el desarrollo de hábitos de succión no nutritiva en niños de 3, 4 y 5 años de edad”, que se realizara a todas las madres de la I.E.I. Bellapampa – Socabaya. Que será realizada por la señorita Amparito Escobedo DÍAZ, Bachiller en Odontología – Universidad Católica Santa María.

Firma.....

AREQUIPA.....DEL 2016.....

DNI.....



ANEXO N°4: MATRIZ DE REGISTRO DE DATOS

N°	Edad	Tipo Parto	L. Matern	L. Artifici	Succión Ded	Frecuencia	Intensidad	Succión Chupo	Frecuencia	Intensidad	Succión Labi	Frecuencia	Intensidad	Succión Objet	Frecuencia	Intensidad
1	4 años	N	Más de 6	Más de 6	No			No			No			No		
2	4 años	N	Menos de 6	Más de 6	No			No			No			No		
3	3 años	C	Más de 6	Más de 6	No			No			No			No		
4	3 años	C	Más de 6	Más de 6	No			No			No			Si	Pocas veces	poco intenso
5	3 años	C	Más de 6	No	No			No			No			No		
6	3 años	C	No	Más de 6	No			No			No			No		
7	3 años	N	Más de 6	Más de 6	No			No			No			Si	Pocas veces	poco intenso
8	3 años	C	Más de 6	Más de 6	No			No			No			No		
9	3 años	C	Más de 6	Más de 6	No			No			No			No		
10	3 años	N	Menos de 6	Más de 6	No			No			No			No		
11	3 años	N	Más de 6	No	No			No			No			No		
12	3 años	N	Más de 6	Más de 6	No			No			No			No		
13	3 años	N	Más de 6	No	No			No			No			No		
14	3 años	N	Más de 6	Más de 6	Si	Varias veces	Intenso	No			Si	Pocas veces	poco intenso	No		
15	3 años	C	Menos de 6	Más de 6	No			No			No			No		
16	3 años	N	Más de 6	No	No			No			No			No		
17	3 años	C	Más de 6	Más de 6	No			No			No			No		
18	3 años	N	Más de 6	Más de 6	No			No			No			No		
19	4 años	N	Más de 6	No	No			No			No			No		
20	4 años	C	Más de 6	No	No			No			No			no		
21	4 años	C	Más de 6	Más de 6	No			No			No			No		
22	4 años	N	Más de 6	Más de 6	Si	Pocas veces	poco intenso	No			No			Si	Pocas veces	poco intenso
23	4 años	C	Menos de 6	Más de 6	No			No			No			No		
24	4 años	C	Menos de 6	Más de 6	Si	Pocas veces	poco intenso	No			No			Si	Pocas veces	poco intenso
25	4 años	N	Más de 6	Más de 6	No			No			No			Si	Pocas veces	poco intenso
26	4 años	N	Más de 6	No	No			No			No			No		
27	4 años	C	Más de 6	Más de 6	Si	Pocas veces	poco intenso	No			No			No		
28	4 años	N	Más de 6	No	no			No			No			no		
29	4 años	N	Más de 6	No	No			No			No			no		
30	4 años	N	Menos de 6	Más de 6	Si	Todo el tiempo	Intenso	No			No			Si	Varias veces	poco intenso

31	4 años	C	6 meses	No	No			No			No			No		
32	4 años	N	Más de 6	Más de 6	No			No			No			Si	Pocas veces	poco intenso
33	4 años	N	No	Más de 6	No			No			No			Si	pocas veces	poco intenso
34	4 años	N	6 meses	Más de 6	Si	Pocas veces	poco intenso	No			No			No		
35	4 años	N	6 meses	Más de 6	No			No			No			No		
36	4 años	N	Menos de 6	Más de 6	No			No			No			No		
37	4 años	N	Más de 6	Menos de 6	Si	Pocas veces	poco intenso	No			No			Si	Pocas veces	poco intenso
38	4 años	C	Más de 6	No	No			No			No			no		
39	5 años	C	Más de 6	Más de 6	No			No			No			No		
40	5 años	C	Más de 6	Más de 6	No			No			No			No		
41	5 años	N	Más de 6	No	No			No			No			No		
42	5 años	N	Más de 6	No	No			No			No			No		
43	5 años	N	Más de 6	No	No			No			No			No		
44	5 años	C	6 meses	Más de 6	No			No			No			No		
45	5 años	C	Más de 6	Más de 6	No			No			No			Si	Pocas veces	poco intenso
46	5 años	C	Más de 6	Más de 6	No			No			Si	Pocas veces	poco intenso	Si	Pocas veces	poco intenso
47	5 años	C	Menos de 6	Más de 6	No			No			No			Si	Pocas veces	poco intenso
48	5 años	N	6 meses	Más de 6	No			No			No			No		
49	5 años	C	Más de 6	No	No			No			No			No		
50	5 años	C	Menos de 6	Más de 6	No			No			No			No		
51	5 años	N	6 meses	No	No			No			No			No		
52	5 años	C	Más de 6	No	No			No			No			No		
53	5 años	C	Más de 6	Más de 6	No			No			No			No		
54	5 años	C	Más de 6	Más de 6	No			No			No			No		
55	5 años	N	Más de 6	Más de 6	No			No			No			No		
56	5 años	N	Más de 6	Más de 6	No			No			No			No		
57	5 años	N	No	Más de 6	No			No			No			No		
58	5 años	N	Más de 6	Menos de 6	No			No			No			No		
59	5 años	C	Más de 6	No	No			No			No			No		
60	5 años	C	Menos de 6	Más de 6	No			No			No			No		

ANEXO N° 5 SECUENCIA FOTOGRÁFICA







ANEXO N° 6
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante : Barrero de Salinas Claudia Cecilia
 1.2. Cargo e Institución donde labora : UGSM Docente Contratado
 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación : Fecha de Entrega
 1.4. Autor del Instrumento : Amparito I. Escobedo Dora

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.			X		
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables			X		
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Presentación Ordenada				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.			X		
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados			X		
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.			X		
8. ANALISIS	Descompone adecuadamente las variables/ Indicadores/ medidas.			X		
9. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.				X	
10. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.				X	

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Marcar con una aspa)

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
X		

Lugar y fecha: UCSM 25 de Abril 2016

Firma del Experto Informante

COD: 24697

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante : Gilberto Centeno San Román
 1.2. Cargo e Institución donde labora : UCSM Docente
 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación : Ficha de Encuesta
 1.4. Autor del Instrumento : Américo J. Escobedo Díaz


II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.			✓		
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables			✓		
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Presentación Ordenada				✓	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.				✓	
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.			✓		
8. ANALISIS	Descompone adecuadamente las variables/ Indicadores/ medidas.				✓	
9. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.				✓	
10. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.				✓	

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Marcar con una aspa)

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
✓		

Lugar y fecha: 28 de Abril 2018



 Firma del Experto Informante

COD: 7972

Gilberto Centeno San Román

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante : Pablo Bernal Requielme
 1.2. Cargo e Institución donde labora : USM Docente
 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación : Ficha de Encuesta
 1.4. Autor del Instrumento : Amparito L. Escobedo Díaz

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.		X			
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Presentación Ordenada				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.		X			
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados				X	
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.			X		
8. ANALISIS	Descompone adecuadamente las variables/ Indicadores/ medidas.		X			
9. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.			X		
10. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.					

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Marcar con una aspa)

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
X		

Lugar y fecha:

A.S.P. mayo 23
2016

Firma del Experto Informante

COD: 09670