

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO



Características De La Succión Efectiva En Lactantes Según La Rehabilitación
Neuro-Oclusal En El Hospital Nacional-Madre Niño San Bartolomé

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGISTER EN FONOAUDILOGÍA
CON MENCIÓN EN MOTRICIDAD ORAL, VOZ Y TARTAMUDEZ

AUTORES

Mamani Mamani, Susy Yulissa
Martínez Obregón, Haydee Flor

ASESORAS:

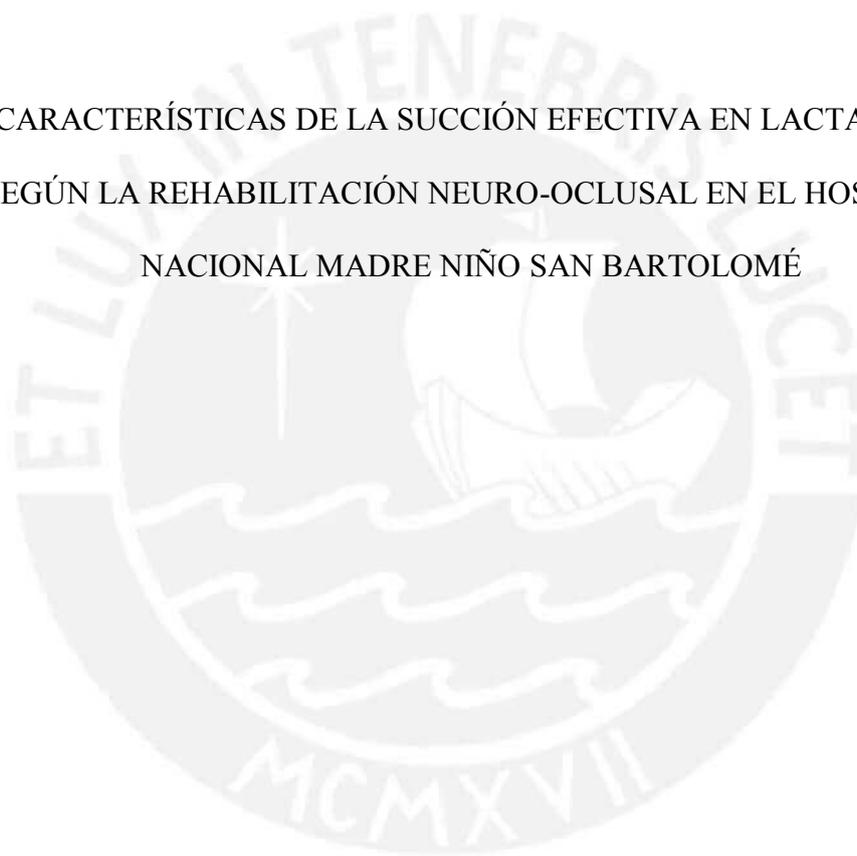
Dra. Esperanza Bernaola Coria
Mag. Mónica Harm Fernández-Dávila

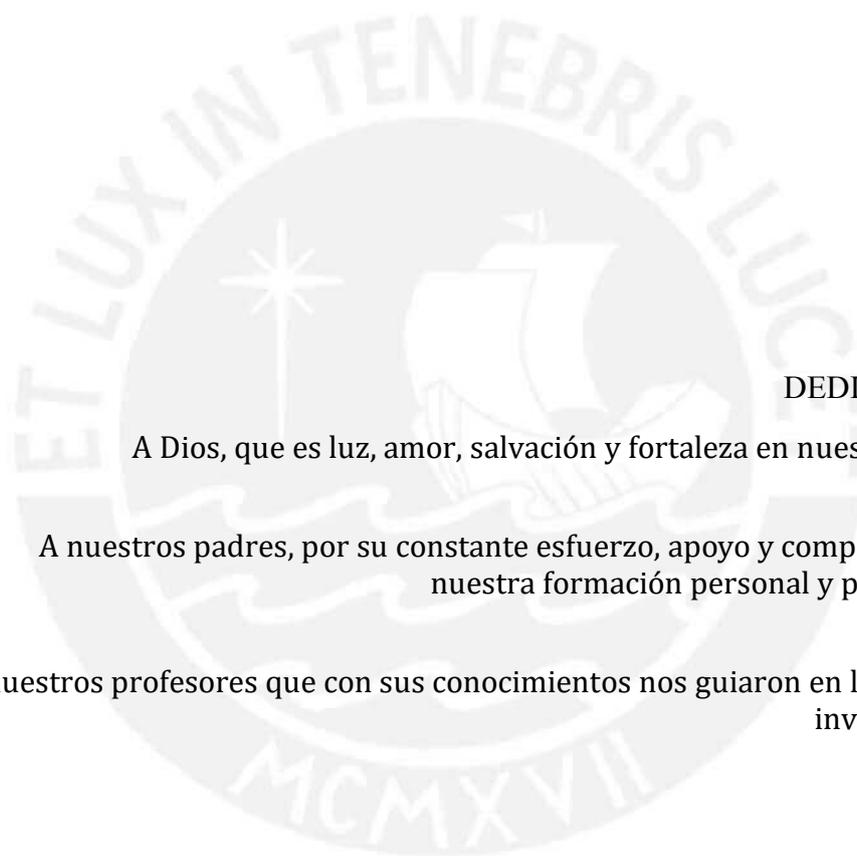
Diciembre, 2017

RESUMEN

La succión es una función que al ser ejecutada de forma adecuada favorece el desarrollo de actividades neuromusculares que estimulan la maduración del sistema estomatognático controlando riesgos como las maloclusiones, Cigüeñas (2013). Dado que estos problemas no comprometen una sintomatología dolorosa, inicialmente, esta área de trabajo es abordada desde el punto de vista epidemiológico, dejando relegados aspectos preventivos. La rehabilitación neurooclusal se aproxima a esta visión preventiva, ya que basa su existencia en el conocimiento y control de estímulos paratípicos y fisiológicos, creándolos si es necesario desde el nacimiento, como lo es en la succión. (Veliz, 2011). Por lo mencionado, siendo de tal importancia esta función primaria, se desarrolla la presente investigación la cual es descriptiva simple con diseño transversal. Cuyo objetivo es determinar las características de la succión efectiva en lactantes según la Rehabilitación Neuro-oclusal. La muestra está constituida por 91 recién nacidos del Hospital “San Bartolomé”, en agosto del 2016, quienes reciben lactancia materna exclusiva y no presentan riesgo al nacimiento. Para la recolección de información se usa la técnica de observación y como instrumento una ficha. Entre los resultados se obtiene que el 87% de los bebés presenta una succión adecuada, de los cuales los ítems con mayor éxito son: la anatomía materna (93%), respuestas del bebé (88%) y vínculo emocional, juntamente con succión (87%). Se concluye que la succión efectiva es favorecida por: la anatomía de los pechos de la madre, el vínculo emocional y la respuesta del bebé en la succión. Entre los criterios que influyen en una posible dificultad se encuentra: la posición del cuerpo y aspectos propios de la succión.

CARACTERÍSTICAS DE LA SUCCIÓN EFECTIVA EN LACTANTES
SEGÚN LA REHABILITACIÓN NEURO-OCCLUSAL EN EL HOSPITAL
NACIONAL MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ





DEDICATORIA

A Dios, que es luz, amor, salvación y fortaleza en nuestras vidas.

A nuestros padres, por su constante esfuerzo, apoyo y comprensión en nuestra formación personal y profesional.

A nuestros profesores que con sus conocimientos nos guiaron en la presente investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Páginas
CARÁTULA	i
HOJA RESUMEN	ii
TÍTULO	iii
DEDICATORIA	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO	v
LISTA DE CUADROS O TABLAS	vii
LISTA DE GRÁFICOS	viii
RESUMEN Y ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Planteamiento del problema	1
1.1.1 Fundamentación del problema	4
1.1.2 Formulación del problema	7
1.2 Formulación de objetivos	7
1.2.1 Objetivo general	7
1.2.2 Objetivos específicos	7
1.3 Importancia y justificación del estudio	8
1.4 Limitaciones de la investigación	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
2.1 Antecedentes del estudio	11

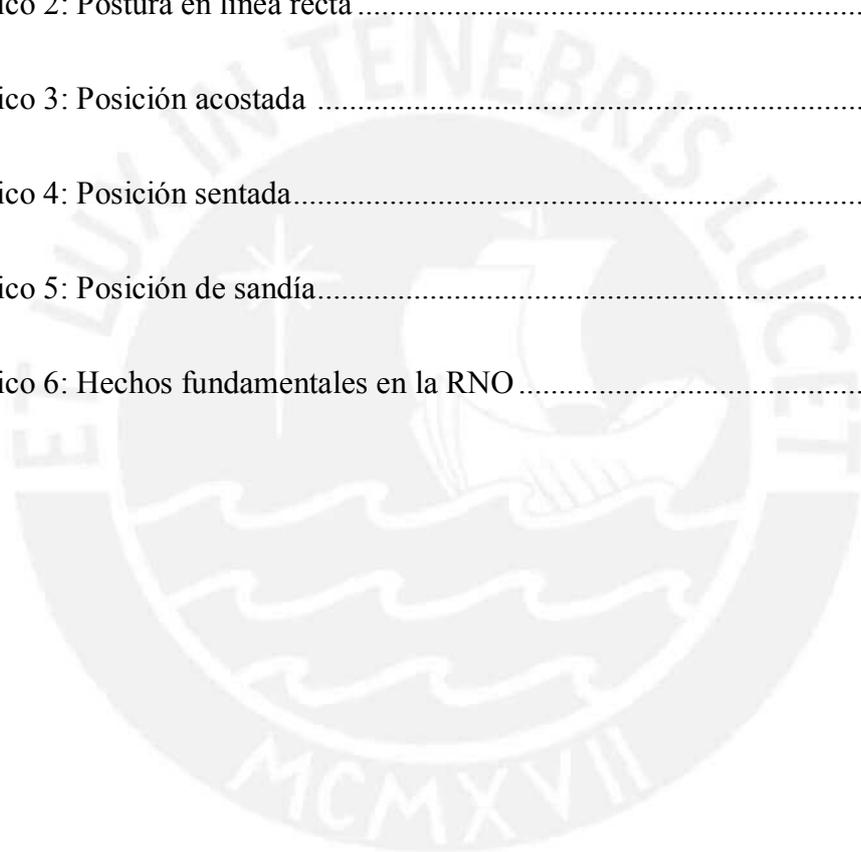
2.1.1	Antecedentes nacionales	11
2.1.2	Antecedentes internacionales	16
2.2	Bases teóricas	20
2.3	Definición de términos básicos	57
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA		
3.1	Tipo y diseño de investigación.....	59
3.2	Población y muestra	60
3.3	Definición y operacionalización de variables	61
3.4	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	64
3.5	Procedimiento	65
3.6	Procesamiento y análisis de datos	65
CAPÍTULO IV: RESULTADOS		
4.1	Presentación de resultados	67
4.2	Discusión de resultados.....	76
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
5.1	Conclusiones	86
5.2	Recomendaciones.....	88
REFERENCIAS		89
ANEXOS		

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Nacimientos agosto 2016	60
Tabla 2:	Operacionalización de la variable	63
Tabla 3:	Aspectos observados en la evaluación de la succión del recién nacido	68
Tabla 4:	Características de la posición del cuerpo en la succión del recién nacido	69
Tabla 5:	Características de la respuesta del recién nacido en la succión	70
Tabla 6:	Características del vínculo emocional en la succión del recién nacido	71
Tabla 7:	Características de la anatomía de los pechos de la madre en la succión del recién nacido	72
Tabla 8:	Características de la succión del recién nacido	73
Tabla 9:	Características del tiempo en la succión del recién nacido	74
Tabla 10:	Comportamiento de los aspectos observados en la succión del recién nacido según datos sociodemográficos	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Posición de los dedos	47
Gráfico 2: Postura en línea recta	47
Gráfico 3: Posición acostada	48
Gráfico 4: Posición sentada	48
Gráfico 5: Posición de sandía	48
Gráfico 6: Hechos fundamentales en la RNO	56



RESUMEN

Esta investigación fue descriptiva simple con diseño transversal. Su objetivo fue determinar las características de la succión efectiva en lactantes según la Rehabilitación Neuro-oclusal. La muestra estuvo constituida por 91 recién nacidos del Hospital “San Bartolomé”, en agosto del 2016, quienes recibieron lactancia materna exclusiva y no presentaron riesgo al nacimiento. Para la recolección de información se usó la técnica de observación y como instrumento una ficha de observación. Entre los resultados se obtuvo que el 87% de los bebés presentó una succión adecuada, de los cuales los ítems con mayor éxito fueron los relacionados con la anatomía materna (93%), respuestas del bebé (88%) y vínculo emocional, juntamente con succión (87%). Se concluye que la succión efectiva fue favorecida por: la anatomía de los pechos de la madre, el vínculo emocional y la respuesta del bebé en la succión. Entre los criterios que influyeron en una posible dificultad se encuentra: la posición del cuerpo y aspectos propios de la succión.

Palabras clave: recién nacido, succión, lactancia materna, rehabilitación Neuro oclusal.

ABSTRACT

This research was descriptive simple with cross-sectional design. Its objective was to determine the characteristics of effective suckling in infants according to Neuro-Occlusal Rehabilitation. The sample was constituted of 91 newborns from the "San Bartolomé" Hospital, in August of 2016, who received exclusive breastfeeding and did not present risk at birth. For the collection of information, the observation technique was used and as an instrument an observation sheet. Among the results, was obtained 87% of the babies presented adequate suction, of which the most successful items were those related to maternal anatomy (93%), baby responses (88%) and emotional attachment, together with Suction (87%). It is concluded that effective sucking was favored by: the anatomy of the mother's breasts, the emotional bond and the baby's response to suction. Among the criteria that influenced a possible difficulty is: the position of the body and aspects of suction.

Key words: newborn, suction, breastfeeding, Neuro occlusal rehabilitation.

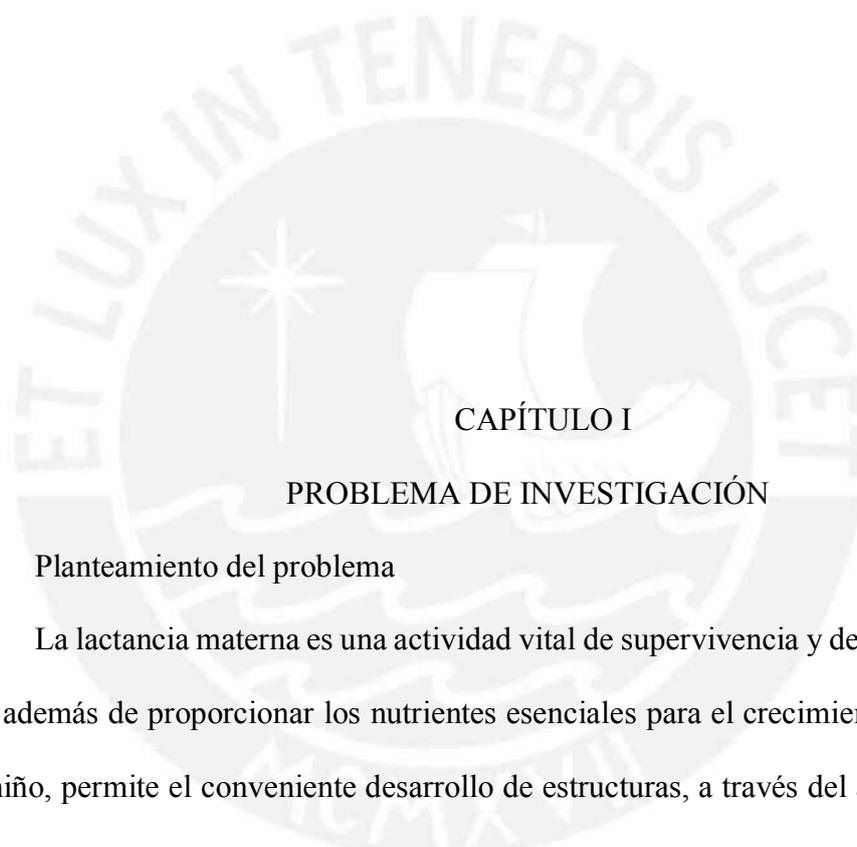
INTRODUCCIÓN

La succión y deglución son los primeros reflejos presentes en el ser humano como medio de supervivencia del recién nacido, y su eficaz desarrollo en el neonato puede contribuir a una buena nutrición, crecimiento y desarrollo craneofacial. Es así que, Simoes, citado por Veliz (2011) sostiene que la succión de leche materna en los neonatos es una función considerada de importancia porque a través de este acto se genera el crecimiento mandibular, lo cual permite un crecimiento equilibrado y armónico de otras estructuras óseas y musculares del complejo orofacial, que como consecuencia se manifiestan a través de un adecuado desempeño de las funciones del sistema estomatognático. Sin embargo para que esta función sea realizada de forma óptima, se debe tomar en cuenta varios aspectos durante este proceso que se dan durante el amamantamiento.

Pedro Planas (2008), menciona que la prevención debe ser más importante que el tratamiento, busca encontrar el origen e identificar trastornos funcionales y morfológicos del sistema estomatognático en busca de una intervención, lo cual implicaría la eliminación o la rehabilitación de estas alteraciones desde el

nacimiento a través de sus leyes y técnicas, con el único objetivo de lograr un sistema estomatognático sano y equilibrado, que evite posibles alteraciones y disminuya los factores de las maloclusiones dentarias.

Considerando esto, la presente investigación pretende determinar las características de la succión efectiva en lactantes según la rehabilitación neuro – oclusal. Para ello, el presente estudio está estructurado en 5 capítulos. En el capítulo I: problema de investigación, se muestra el origen del problema, su formulación, los objetivos planteados, la justificación y las limitaciones de la investigación, es decir la relevancia e importancia que representa su realización y el propósito del estudio. En el capítulo II: marco teórico conceptual, se presenta la revisión de la literatura, constituido por los antecedentes, es decir los estudios realizados anteriormente, que guardan relación con el tema de tesis; así mismo se presenta la base teórica conceptual en la que se sustenta, constituyendo el soporte teórico analítico del presente estudio, y la definición de términos. En el capítulo III: metodología, se muestra el tipo y diseño de la investigación, la definición y operacionalización de las variables, teniendo en cuenta la naturaleza del problema; además se observan las técnicas e instrumentos empleados para la recolección de datos, así mismo, el procedimiento, la recolección, el procesamiento y el análisis de los datos. En el capítulo IV: resultados, se muestra la presentación y discusión de los resultados, a través del análisis e interpretación de los datos obtenidos. Finalmente, en el capítulo V: conclusiones y recomendaciones, se presentan las consideraciones finales de la investigación.



CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La lactancia materna es una actividad vital de supervivencia y desarrollo, ya que, además de proporcionar los nutrientes esenciales para el crecimiento integral del niño, permite el conveniente desarrollo de estructuras, a través del acto reflejo de la succión, el cual es aprendido desde el vientre materno. Como sostiene Simoes, citado por Veliz (2011), si esta función se lleva a cabo correctamente, desarrolla actividades neuromusculares que estimulan el crecimiento craneofacial, y proporcionan al maxilar y a la mandíbula el tamaño y relación adecuados para alojar a los dientes. Así mismo, Merino, citado por Discacciati (2010) reitera la importancia de estos estímulos de succión en el desarrollo del sistema

estomatognático (SE), refiriendo que la respiración nasal determina la postura de la mandíbula y la posición de la lengua. La corriente de aire ingresada por las fosas nasales incita los procesos de remodelación que permiten el desplazamiento del paladar hacia abajo, mientras que la lengua posicionada contra el mismo, se opone a la fuerza ejercida por la corriente de aire nasal, provocando el crecimiento transversal del maxilar. Por su parte la succión, producida por medio de un complejo movimiento muscular de lengua, labios y mandíbula, favorece el avance de esta última, evita el retrógnatismo mandibular y disminuye los factores causales de las maloclusiones dentarias: vestibuloverciones, giroverciones, apiñamientos, mordidas cruzadas, mordidas abiertas, que afectan la función y estética dentofacial. Todo ello constituye una serie de problemas de gran prevalencia, con intervenciones preventivas, dirigidas a los cuidados que se deben presentar una vez originado el daño. Esto observado en las prácticas clínicas, dejando de lado un aspecto tan importante como el fomento de una adecuada succión como medida preventiva de alteraciones en el SE.

Tal es así, que según el Ministerio de Salud del país, la lactancia materna exclusiva, presenta promedios que mantienen cifras del 68 % en el 2012 y un incremento del 72% en el 2013. Sin embargo, existe escasa información, acerca de si la práctica en la que se lleva a cabo la succión se realiza de forma eficaz. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI (2014)

En relación a las maloclusiones, como producto de una succión deficiente; la Organización Mundial de Salud (OMS), describe que éstos ocupan el tercer lugar

como problemas de salud oral, siendo que la prevalencia, con alta frecuencia, va desde el 65 hasta el 89% de la población afectada, como lo reportado por Dacosta y Onyeaso citado por Murrieta, Arrieta, Juarez, Linares, Gonzales y Melendez. (2012), en el cual la clase I con mal posiciones dentarias, son las más frecuentemente observadas, en comparación con las clases II y III, de acuerdo con la clasificación de Angle, aun cuando existen casos aislados en los que este comportamiento varía, como lo reportado por Segura, Gutiérrez y Ochoa (2004), quienes observaron mayor frecuencia de casos de maloclusión clase II. En el país, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se presenta una prevalencia del 70% de maloclusiones (2004). En el Perú se vienen realizando estudios epidemiológicos sobre maloclusiones desde 1954, existiendo algunos estudios en regiones de la costa, sierra y selva, con una prevalencia de 81,9%, 79,1% y 78,5% respectivamente, siendo esta última región la que menos datos reportados presenta. Aliaga, Matos y Del Castillo (2011). Casi todos los estudios muestran datos de población urbana, especialmente aquellas de fácil acceso, pero existen muy pocos reportes de población rural y de comunidades nativas.

Esta alta incidencia, cobra consecuencias en cada individuo dentro de las que se puede mencionar: problemas periodontales, inflamación de las encías, reabsorción ósea, acúmulo de alimento, dificultad para la masticación deviniendo en problemas nutricionales y alteraciones en el habla. Igualmente, las maloclusiones, pueden producir problemas a nivel de la articulación temporomandibular, dolores musculares a nivel de cabeza, cuello y presencia de bruxismo. Elias, M (2013).

En vista que estos problemas no conllevan riesgo de muerte, frecuentemente se ven relegados o se les da una mínima importancia, ya que no comprometen directamente una sintomatología dolorosa, al menos no en un nivel inicial.

Actualmente, en nuestro país no se cuenta con programas de salud bucal bien enfocados que lleguen a la totalidad de la población y en los cuales se observen mejoras o avances en el tratamiento de las enfermedades bucales, siendo hasta este momento abordado desde el punto de vista epidemiológico, principalmente, olvidando el aspecto preventivo y la posibilidad de realizar una intervención precoz que permita el desarrollo equilibrado y armónico del SE. Como ejemplo de ello, la lactancia materna cuenta en el Perú con incentivo de pequeñas campañas de prevención pero que no enfocan en su totalidad la importancia de ésta, ya que no se tocan todos los puntos de los beneficios que aportan a la maduración del SE, y al igual que las enfermedades de salud bucal no cuenta con programas implementados dentro de las entidades de salud que sirvan de curso progresivo para su control y observación en las mejoras implementadas, Veliz (2011)

1.1.1. Fundamentación del problema

La filosofía de la Rehabilitación Neuro - Oclusal (RNO), creada por el Dr. Pedro Planas, plantea que nunca debe esperarse para resolver estos problemas.

Esta filosofía profundiza en el estudio de la etiología y de los trastornos funcionales y morfológicos del SE, teniendo como objetivo eliminarlos y rehabilitarlos precozmente, si es preciso desde el nacimiento, aplicando sus propias

leyes y técnicas. El objetivo que persigue en la infancia es lograr un SE sano, equilibrado para toda la vida, sin extracciones de dientes permanentes, aparatologías fijas innecesarias y sin esperar a edades avanzadas para iniciar el tratamiento.

Veliz (2011), menciona que los enfoques preventivos de la práctica estomatológica han sido enfatizados desde finales del siglo XIX. Anteriormente se tenía en cuenta como prioridad en salud la curación de la enfermedad, ya que existía un paradigma biologicista donde lo social no era determinante. Actualmente los paradigmas se han transformado y lo social juega un papel determinante en el proceso salud enfermedad por lo que la prevención de las enfermedades es sumamente importante. La prevención no es más que el conjunto de medidas directas que bloquean la enfermedad, limitan e impiden el progreso de ellas, en cualquier momento de su evolución, cuya efectividad será mejor cuanto más temprano se pueda frenar el curso de la enfermedad o impedir que se desarrolle en el individuo.

La RNO, se acerca cada vez más a este objetivo, basando su existencia en el conocimiento y control de los estímulos paratípicos fisiológicos, creándolos si es necesario y posible desde el momento del nacimiento, como son el amamantamiento y la respiración nasal, o suprimiendo los que son patológicos. De acuerdo a los principios funcionalistas existe una estrecha relación entre forma y función; resaltando que cada una de las etapas del amamantamiento, son espacios generadores de crecimiento y desarrollo. En cada ciclo, en el afán de conseguir su

alimento natural, el niño pone en funcionamiento todas las estructuras bucales y peribucales, constituyendo un ejercicio muscular fisiológico e intermitente, trascendente para su crecimiento, estableciendo el equilibrio y coordinación entre estímulos naturales como la respiración nasal y la succión, y permitiendo un correcto desarrollo de las estructuras óseas, dentales y faciales.

En diversas publicaciones científicas, como la de Dias da Silva (2004), se hace referencia claramente a la importancia del tratamiento temprano de las anomalías del SE y se aboga por las bondades de la RNO “esta filosofía terapéutica no se limita tan solo a la cara y a los dientes, se dirige sobre todo a crear una función respiratoria y masticatoria correcta a través de procedimientos muy fisiológicos que provocan los estímulos para el desarrollo adecuado”. Sus métodos incluyen una serie de técnicas para prevenir la aparición de las patologías y tratar las ya instauradas. La orientación masticatoria, el control de los hábitos deletéreos, el empleo de una dieta adecuada relacionada con la etapa de desarrollo del individuo, la aparatología removible y el desgaste selectivo en la dentición temporal son sus pilares principales.

Existen diversos enfoques y no todos comparten esta misma idea, y las tendencias en el mundo respecto al momento ideal del comienzo del tratamiento son diversas. Algunas abogan por un enfoque preventivo o tratar en el mismo momento en que aparece la anomalía y otras que proponen el abordaje terapéutico en la dentición permanente.

1.1.2 Formulación del problema

Por todo lo mencionado, se hace evidente el desconocimiento de los efectos de la intervención preventiva desde el enfoque de la Rehabilitación Neuro - Oclusal, surgiendo las siguientes preguntas:

➤ ¿Cuáles son las características de la succión efectiva en lactantes según la Rehabilitación Neuro-oclusal?

➤ ¿Cuáles son las características predominantes respecto a la posición de la madre y del recién nacido según la Rehabilitación Neuro-oclusal?

➤ ¿Cuál es la respuesta del bebe frente a la búsqueda del pecho?

➤ ¿Cuáles son las características que describen el vínculo emocional en el acto de la succión?

➤ ¿Cuáles son las características anatómicas del pecho de la madre en el acto de la succión?

➤ ¿Cuál es el tiempo de succión, durante el amamantamiento, en el recién nacido?

➤ ¿Cuáles son las características del acto de la succión propiamente dicho.

1.2 Formulación de Objetivos

1.2.1 Objetivo General

➤ Determinar las características de la succión efectiva en lactantes según la Rehabilitación Neuro-oclusal.

1.2.2 Objetivos específicos

➤ Identificar las características predominantes respecto a la posición de la madre y del recién nacido según la Rehabilitación Neuro-oclusal.

- Identificar la respuesta del bebe frente a la búsqueda del pecho.
- Identificar las características que describen el vínculo emocional en el acto de la succión.
- Identificar las características anatómicas del pecho de la madre en el acto de la succión.
- Identificar el tiempo durante la succión en el recién nacido.
- Identificar las características del acto de la succión propiamente dicho.

1.3 Importancia y justificación del estudio

La succión es una función de estimulación fisiológica, que al ser ejecutada de forma adecuada y eficaz favorece el desarrollo de actividades neuromusculares que estimulan el desarrollo y maduración de las funciones del sistema estomatognático posibilitando el control de riesgos como las maloclusiones, permitiendo su corrección oportuna, reducción del tiempo de tratamiento y la mejoría de situaciones patológicas relacionadas, Cigüeñas (2013).

Dado que estos problemas no comprometen directamente una sintomatología dolorosa, en un nivel inicial, esta área de trabajo es abordada desde el punto de vista epidemiológico, principalmente, dejando relegados los aspectos preventivos, siendo éste un conjunto de medidas directas que buscan el bloqueo de la enfermedad limitando e impidiendo su progreso en cualquier momento de su evolución, siendo más efectivo cuanto más tempranamente se pueda impedir el daño. La rehabilitación neuroclusal se aproxima cada vez más a esta visión, ya que basa su existencia en el conocimiento y control de los estímulos paratípicos y

fisiológicos, creándolos si es necesario y posible desde el nacimiento, como lo es en la succión. (Veliz, 2011)

Por lo mencionado, siendo de tal importancia esta función primaria en el recién nacido, surge la necesidad de describir la eficacia de esta actividad desde la filosofía de la Rehabilitación Neuroclusal. Por lo tanto, se considera que el desarrollo de esta investigación reviste importancia en sus tres niveles científicos: teórico, práctico y metodológico.

A nivel teórico, aportando, argumentos y evidencias científicas que generen reflexión sobre la efectividad de cómo se lleva a cabo la succión del recién nacido.

A nivel práctico, ya que su generalización en la población de lactantes, aportará en el conocimiento de la realidad que motive las intervenciones preventivas desde esta perspectiva de rehabilitación neuroclusal, además que, se pretende elaborar como propuesta un programa de intervención que favorezca prácticas efectivas de la succión en el recién nacido, pudiendo aplicarse en posteriores trabajos de investigación y replicado hacia la práctica preventiva del fonoaudiólogo utilizando parámetros de la motricidad orofacial.

Finalmente, a nivel metodológico, se pretende nuevos conocimientos científicos en el bagaje de medidas preventivas en las intervenciones del fonoaudiólogo o especialista en motricidad orofacial, ya que se aborda la variable desde una perspectiva teórica establecida en principios científicos como la

rehabilitación neuroclusal, en el que las observaciones de esta realidad serán guiadas desde ésta filosofía.

1.4 Limitaciones de la investigación

Las limitaciones en el presente estudio pueden presentarse en relación a:

- a) La recopilación de información por la poca bibliografía especializada.
- b) La recolección de la muestra, debido a que se realizó en un solo hospital.
- c) El tiempo, ya que solo se contó con un mes para el recojo de la muestra, debido a que tiene que cumplirse con el tiempo programado para la presentación del trabajo.
- d) Los investigadores sólo tienen acceso en horarios después de la visita de los familiares de las pacientes, es decir, después de las 5 de tarde.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes del estudio.

2.1.1. Antecedentes Nacionales

Carrillo (2008), realizó un estudio llamado “Influencia de la lactancia materna y artificial en el crecimiento mandibular en neonatos” realizado en Lima-Perú. El objetivo de este trabajo fue determinar la influencia del tipo de lactancia (materna, mixta y artificial) en el crecimiento mandibular en niños de 0 a 6 meses de edad. El estudio realizado fue de asociación (entre el tipo de lactancia y el crecimiento mandibular) de tipo observacional. Además fue un estudio de cohorte longitudinal, ya que se siguió un grupo de sujetos, que compartieron una característica a través del tiempo con dos propósitos, uno prospectivo para describir la incidencia de ciertos sucesos en el tiempo, y analítico ya que se analizaron asociaciones entre exposición (el tipo de lactancia) y resultados (el crecimiento mandibular). El trabajo de investigación fue de tipo longitudinal, debido a que los niños fueron evaluados a lo largo de un periodo de seis meses para realizar

inferencias en cuanto al crecimiento mandibular durante este periodo. La muestra estaba conformada por 90 neonatos nacidos en la ciudad de Lima, atendidos en el área de control de niño sano de los departamentos de neonatología y pediatría del hospital San Bartolomé. De los 90 niños, 30 recibieron lactancia materna exclusiva, 30 lactancia mixta y 30 lactancia artificial exclusiva. El criterio de inclusión comprendía a niñas y niños sanos, nacidos a término en el mes de abril del 2008, con peso normal de 2.800 a 3.800 kg. En los resultados se observó un crecimiento mayor en el ancho, alto y profundidad mandibular en los niños con lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial exclusiva. No se observó cambios significativos en relación a la lactancia materna exclusiva y lactancia materna mixta. Se concluye que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de nacido es de vital importancia, no solo por su función nutritiva, sino también para un buen desarrollo mandibular lo cual conlleva a un equilibrio de otras estructuras del complejo orofacial.

Cigüeñas (2013), realizó un estudio titulado “Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones, en infantes de 0 a 36 meses de edad” en Lima Perú. El objetivo de este trabajo fue determinar si el tipo de lactancia está asociado a desarrollar maloclusiones, en infantes de 0 a 36 meses de edad. Empleó un método de estudio analítico de nivel relacional y de diseño epidemiológico, para ello se estudiaron 420 niños entre 0 a 36 meses de edad, pertenecientes a 4 lugares distintos: Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Daniel Alcides Carrión, cuna del Hospital Arzobispo Loayza, Instituto Educativo Inicial N°16 y el Instituto Educativo Inicial N°116, INABIF “Pestalozzi”. En los resultados se

observó que de los 420 infantes, 132 tenían lactancia materna exclusiva, 36 lactancias de biberón y 252 lactancias mixtas. Con respecto a los tipos de maloclusión, se obtuvo que en el caso de los infantes con lactancia materna exclusiva 65,2% presentaron maloclusión mientras que 34,8% no presentaron maloclusión; en lactancia de Biberón 86,1% presentó maloclusión y 13,9% no presentó maloclusión y en la lactancia mixta 71,4% presentó maloclusión y el 28,6% no presentó maloclusión. Se concluyó que la proporción de infantes que tuvieron lactancia con biberón y presentaron maloclusión, fue significativamente mayor que los infantes que tuvieron lactancia materna exclusiva. Cabe mencionar que en ambos tipos de lactancia el porcentaje de maloclusión fue mayor que el de normoclusión, esto quiere decir que a pesar de todos los factores existentes, es decir las variables no controladas, existe una diferencia estadísticamente significativa para el tipo de lactancia y el desarrollo de la maloclusión.

Paz (2015), realizó un estudio denominado “Nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad del HONADOMANI “San Bartolomé” en Lima-Perú. A través de este trabajo se buscó determinar el nivel de conocimiento que las madres tienen sobre las medidas preventivas de la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo y de cohorte transversal, la muestra estuvo conformada por 369 madres mayores de 18 años de edad cuyos hijos estaban en un rango de edad entre 0 a 36 meses y que acudieron al servicio de odontoestomatología de la mujer y odontopediatría del HONADOMANI en el Hospital San Bartolomé para su atención y la atención de sus hijos. Para la muestra

se excluyó madres odontólogas, madres analfabetas y a madres con alguna alteración sistémica, física o mental. Se elaboró un cuestionario con 20 preguntas sobre crecimiento y desarrollo, higiene oral, lactancia materna y hábitos alimenticios, enfermedad periodontal, caries dental, maloclusión, atención odontológica y tratamientos preventivos; siendo sus respuestas calificadas como malo, regular y bueno. En los resultados obtenidos indican que la mayoría de madres encuestadas presentan un nivel de conocimiento regular sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad. El nivel de conocimiento guardó una relación directa con la edad de las madres, con el nivel de instrucción y con el número de hijos. El nivel de conocimiento sobre crecimiento y desarrollo fue considerado como malo a regular, y solo regular en temas de higiene oral, lactancia materna, hábitos alimenticios, enfermedades periodontales, caries dental, enfermedad periodontal, maloclusión, atención odontológica y sobre tratamientos preventivos. Se concluye que el tema de la prevención debe ser lo más importante, sobre todo en madres cuyos hijos están dentro del rango de edades entre 0 a 3 años, ya que los cuidados que tengan las madres durante este tiempo puede garantizar la salud bucal de sus hijos.

Hidalgo (2015) realizó, un estudio denominado “Lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva en relación a la oclusión decidua de niños de un centro poblado de Huancavelica”. El objetivo de esta investigación fue 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. Su método de estudio fue retrospectivo, observacional

descriptivo y transversal. La población estuvo constituida por 45 niños de 3 años a 5 años 11 meses de edad, del Centro Poblado de Carhuapata en Huancavelica Perú. Se incluyó a niños que debían haber presentado una lactancia materna exclusiva cuando eran bebés y que en la actualidad presentaban dentición decidua completa. En los resultados obtenidos se muestra que la alimentación con lactancia materna se realizó por 19 meses desde su nacimiento, siendo exclusiva hasta los 6 meses y con una desviación típica de 8 meses. Los niños que presentaron hábitos de succión no nutritiva fueron el 56% (25), de los cuales el 64% (16) presentó succión del dedo, el 8% (2) succión de un juguete y el 28% (7) asociación de ambos. La succión digital que predominó fue del dedo índice en 72% (18) de los niños. En el hábito de succión del dedo el 70% fue <2 años y en el restante un promedio de 3 años, en el hábito de succión de un juguete en todos los niños fue por un tiempo menor de 2 años igual que en la asociación de ambos hábitos. En la muestra el 100% presentó el plano terminal considerado normal siendo el escalón mesial (60%), plano terminal recto (36%) y combinación de ambos (4%). El espacio primate en ambas arcadas se presentó en el 9% (4) de los niños, de los cuales el 25% (1) presentó hábitos de succión no nutritiva. La relación canina alterada se encontró en el 51% (23) de los niños. De los niños que presentaron hábitos de succión no nutritiva, solo el 4% (1) presentó mordida cruzada anterior relacionado al hábito de succión no nutritiva de un juguete. La mayor cantidad de niños con mordida cruzada anterior fueron el 30% (6) de niños que no presentaron hábitos de succión no nutritiva. En conclusión la relación estadística encontrada entre los hábitos de succión no nutritiva y la oclusión decidua alterada fue inversa, lo que sugiere que la lactancia materna actúa como factor preventivo de la maloclusión. Las alteraciones

estuvieron más asociadas a factores genéticos, ambientales, extrínsecos u otros; que a presencia de hábitos de succión no nutritiva como son la relación canina clase III y la mordida cruzada anterior.

2.1.2. Antecedentes Internacionales

Costas, Santos, Godoy & Martell (2004), realizaron un estudio llamado “Patrones de succión en el recién nacido a término y pretérmino” en Montevideo Uruguay. Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo en el Hospital de las Clínicas y en la Asociación de Socorros Mutuos. Se estudiaron a 48 recién nacidos, siendo 41 recién nacidos a término y 7 recién nacidos a pretérmino. El objetivo del estudio consistió en establecer la eficacia de un método para evaluar la variabilidad fisiológica y el neurocomportamiento del recién nacido. Para la recolección de datos realizaron un registro de la succión de pecho materno y otro para la succión de biberón con una frecuencia de dos veces por semana; se midió la duración total del episodio de succión, el número de salvas, el número de succiones, el número de pausas, los valores de presión y el volumen ingerido. En los resultados de los recién nacidos a término en relación al volumen de la lactada fue notorio a partir del segundo día aumentando progresivamente, alcanzando entre los 7 y 15 días de vida un promedio de 70ml. En relación al tiempo de succión se observó un aumento con la edad hasta los 6 meses. El número de succiones por lactada fue de 374 en las primeras 24 horas, llegando a los 4-6 meses a valores entre 400 y 500. En los resultados de los recién nacidos pretérmino se encontró que el volumen de la lactada fue significativamente mayor a las 33 y 34 semanas cuando el lactante succionaba la tetina que cuando lo hacía a pecho. En el tiempo de succión fue

significativamente mayor a las 33 semanas en los alimentados a biberón. El número de succiones se incrementó a las 33 semanas en los alimentados a biberón. La frecuencia de succiones por segundo aumentó en los niños alimentados al pecho a las 41 semanas de edad gestacional corregida. En conclusión al comparar las variables estudiadas a las 37-38 semanas en neonatos de pretérmino, se encuentra que son parecidas a aquellas entre los 3 y 7 días de los niños nacidos de término, a su vez los niños pretérmino mostraron una recuperación del crecimiento igual al que le correspondería para la edad gestacional corregida a las 41 semanas. Los niños de término estuvieron siempre en los carriles de crecimiento adecuados para edad.

Mendoza, Asbún, Crespo, Gonzales & Rosa Patiño (2008), realizaron un estudio en la Universidad Nuestra Señora de la Paz Bolivia llamada “relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental”. Tuvo como objetivo conocer los efectos de la lactancia materna exclusiva y de los hábitos de succión no nutritiva sobre la presencia de maloclusiones. Se realizó un estudio de caso control de cohorte longitudinal retrospectivo, desarrollado en los servicios de Consulta externa y Emergencia del Hospital del Niño “Dr. Oviedo Aliaga” de la ciudad de la Paz Bolivia. Para la muestra se recolectó a 500 niños de ambos sexos entre 3 y 7 años de edad. Del total de niños, 250 fueron casos y 250 controles, se obtuvo como resultado que los niños con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses no tenían maloclusión en un 78% (390) respecto a aquellos que presentaban cualquier tipo de maloclusión en 22% (110), y los niños que tuvieron alimentación con biberón durante los primeros seis meses de vida representan un 32% (410). Según el tipo de lactancia se observó que en aquellos niños que tuvieron

alimentación con biberón, el 64% presentaron hábitos de succión no nutritiva. El hábito de succión no nutritiva más frecuente fue la succión digital con un 53%, representando menores porcentajes la succión de chupón con un 28% y otros hábitos como la interposición labial y lingual en un 19%. Los niños que tuvieron una lactancia materna exclusiva por al menos seis meses presentaron un 86% de plano terminal recto, un 11% de escalón mesial en comparación con aquellos niños que tuvieron alimentación con biberón que presentaron un 87% de escalón distal y un 14% de escalón mesial. Las alteraciones de oclusión se presentaron en un 74%. La mordida profunda fue observada en un 58%, la mal posición dentaria detectada fue de 29% y un 13% para otras anomalías. En conclusión los hábitos de succión no nutritiva y la alimentación con biberón en los primeros meses de vida son el principal factor de riesgo para el desarrollo de maloclusiones como mordida profunda en dentición decidua y Clase II de Angle en dentición mixta.

Santos; Véliz; Quintero; Grau & Hurtado (2010) realizaron un estudio llamado: “Caracterización de la succión en el lactante según la rehabilitación neuro-oclusal” el cual fue realizado en Cuba. Se realizó un estudio descriptivo transversal con aplicación de métodos cuantitativos y recojo de datos cualitativos, para caracterizar el desarrollo de la succión del recién nacido, en niños pertenecientes al área de salud de la Policlínica "Santa Clara", en Villa Clara, Cuba. La muestra del estudio estuvo constituido por 151 niños recién nacidos en el año 2007. Los criterios de inclusión consistían en niños recién nacidos con lactancia materna, se excluyó a niños con discapacidad física o mental y a niños cuyas madres o tutores no cooperaron con la investigación. Para la recolección de datos se elaboró una ficha

de observación del acto de la succión el cual consistía en 6 signos: Posición del cuerpo del bebé y de la madre, respuesta del bebé, el vínculo emocional entre la madre y el bebé, anatomía del pecho de la madre (la piel y los pezones), la succión y el tiempo de succión del bebé. De los resultados se obtuvo en relación de la posición del cuerpo resultados como adecuado 32.1% e inadecuado 67.9%; respuesta del bebé, adecuado 79.2 % e inadecuado 20.8%; vínculo emocional adecuado 56.6% e inadecuado 34,4%; anatomía adecuada 32.1% e inadecuado 67.9%; succión adecuada 32.1% e inadecuada 67.9%; tiempo de succión adecuada 71.1% e inadecuada 28.3%. En conclusión la succión es una función importante para prevenir o para disminuir las alteraciones en la maloclusión dentarias.

Martins, Sauer, Ruedel, Bonfanti & Weinmann (2013), realizaron un estudio llamado “Amamantamiento materno y su influencia en las habilidades orales en bebés” en Brasil. El objetivo general fue evaluar la influencia de hábitos orales y la lactancia materna sobre las habilidades orales en bebés; para lo cual se realizó un estudio transversal con 125 niños de nueve meses de edad en la región central de Rio Grande do Sul, entre agosto del 2010 y marzo del 2011. Los niños fueron seleccionados de las guarderías públicas y privadas y de las unidades básicas de salud. Para este estudio se excluyó niños que padecían alteraciones sensoriales, deformaciones craneofaciales y anomalías genéticas. Los resultados fueron obtenidos a través de un instrumento que evaluó habilidades orales durante la succión de pecho, succión de biberón, el uso de tasa, cuchara y durante la masticación con un alimento sólido. En cuanto a los resultados de los hábitos orales, el 64,0% utilizó chupón; 66,4%, mordedor y el 62,4% tenían hábitos orales de

succión de algún otro objeto. Por otro lado 54,4% estaban tomando leche materna, el 60,8% usaban taza (inicio promedio de cuatro meses), 100% utiliza cuchara (edad media a cinco meses), y el 96% eran alimentados con dieta sólida (media de seis primeros meses). Se observaron habilidades orales adecuadas en 82,4% de los niños para la succión, 8,8% para el uso de la taza 65% para el uso de la cuchara y 80,8% para la masticación. En cuanto a las habilidades orales adecuadas para la succión fue observada en 89,7% de los niños en lactancia materna, y en 95% de los que no usaban chupón, con diferencia significativa en relación a los que no eran amamantados y usaban chupón. En conclusión el artículo fomenta la succión materna durante los primeros seis meses de edad y al hábito de llevar objetos a la boca a partir del cese del reflejo de succión, para contribuir al uso de la taza durante la ingesta de alimentos bebibles, sin embargo destaca como contraproducente el uso del chupón.

2.2. Bases teóricas:

2.2.1. Aspectos teóricos conceptuales sobre crecimiento y desarrollo craneofacial

El crecimiento y desarrollo son dos procesos que se dan de manera continua desde la etapa prenatal y postnatal, diferenciándose una de otra; el crecimiento se relaciona al incremento de tamaño, masa o volumen, que se da como resultado de una continua división celular, siendo un cambio cuantitativo que puede ser medido.

El desarrollo se presenta como un proceso de cambios cuantitativos y cualitativos, siendo apreciados a través de la diferenciación celular que se dirige hacia las diferentes funciones físicas, químicas y psíquicas.

El crecimiento y el desarrollo se dan en forma continua, logrando la formación de células y órganos, los cuales logran desarrollar funciones diferenciadas para el incremento de las capacidades del ser humano y las adaptaciones que irá adquiriendo durante el proceso hacia la madurez. El crecimiento óseo se da básicamente a través de tres mecanismos: la remodelación, el desplazamiento primario y el desplazamiento secundario. (Vellini, 2008)

El mecanismo de remodelación se basa en el proceso de aposición y resorción realizado por el periostio y el endostio, encargados de la nutrición, crecimiento y reparación de tejido óseo ante una fractura. El periostio es tejido conectivo denso que recubre al hueso, excepto en las áreas cubiertas por cartílago articular. Presenta dos capas, una externa de tipo fibroso y otra interna, la cual contiene células osteogénicas que se diferencian en osteoblastos o condroblastos. El endostio presenta una similitud al periostio pero siendo más fino, va a recubrir las superficies internas, en los espacios medulares y en los conductos vasculares, continuándose con la capa interna del periostio en los orificios de desembocadura de los conductos vasculares que perforan al hueso.

El desplazamiento primario consiste en el crecimiento de una parte del hueso y su resorción en su parte opuesta, generando una remodelación. En el

desplazamiento secundario, el hueso presenta un crecimiento por medio de la presión de otras estructuras blandas o duras. (Vellini, 2008)

Los huesos se desarrollan a partir de mesodermo embrionario y de células de la cresta neural. La osificación se lleva a cabo de forma directa o intramembranosa e indirecta o endocondral. En la primera osificación, la formación ósea se da en el mesénquima. El mesénquima se condensa y se vasculariza diferenciándose en osteoblastos y osteoclastos (More, Persaud, 1999).

Los osteoblastos depositan tejido osteoide, los osteoblastos al quedar atrapados en el tejido osteoide se modifican en osteocitos, encargándose de la nutrición del hueso y de mantener el equilibrio iónico de calcio en la sangre. Algunos osteoblastos se mantienen en la parte externa del hueso y continúan produciendo capas que van a formar placas de hueso compacto. Sostenido por Hughes y Boyce, citado por Moore y Persaud (1997). Los osteoclastos se encargan de la resorción del hueso. El proceso de remodelación del hueso se da por el osteoblasto y el osteoclasto, siendo el osteoblasto el que controla la producción de osteoclastos (osteoclastogenesis).

La osificación indirecta o endocondral es la formación de hueso a través de un modelo cartilaginoso, la cual va a definir a futuro la forma del hueso, siendo el cartílago reemplazado por hueso con excepción a nivel de la epífisis y diáfisis, desarrollándose el centro de osificación primario en la diáfisis y luego los centros secundarios de osificación, localizados en las epífisis, posteriormente se formarán

las líneas epifisiarias y el cartílago articular encargado del crecimiento longitudinal. Teniendo en cuenta estos dos tipos de osificación se puede mencionar que la base del cráneo, el revestimiento de la cabeza del cóndilo mandibular y el septo nasal son de origen cartilaginoso (condrocraneo), mientras que el resto de piezas óseas pertenecen al modelo membranoso (desmocraneo). (Vellini, 2008)

a. Crecimiento del complejo craneofacial:

El crecimiento del complejo craneofacial se da por medio del desarrollo de la base y bóveda craneana, la maxila y la mandíbula. La base y la bóveda craneana son llamadas en su inicio neurocraneo. La base craneana está conformada por la unión de varios cartílagos e inicia su formación a la 7ma semana y la termina a los tres meses, luego a través de la osificación endocondral se forman los huesos de la base craneana, sostenido por Kjaer, citado por Infante (1990). Así mismo, como sostiene Moss, citado por Vellini (2008), la bóveda craneana presenta un crecimiento secundario y de adaptación al aumento de la masa encefálica.

La bóveda craneana es de osificación intramembranosa, los huesos que la conforman se mantienen separados por membranas de tejido conjuntivo, llamadas suturas, siendo importantes para el crecimiento de los huesos del cráneo. La reunión de varias suturas forma fontanelas, observándose la presencia de 6 fontanelas, sostenido por Sundaresan y cols, citado por Moore y Persaud (1999). Vellini (2008) menciona que el crecimiento de la base del cráneo se da en sentido anteroposterior a costa de las sincondrosis esfenooccipital, esfenoetmoidal, interesfenooidal e intraoccipital.

El crecimiento maxilar es de tipo membranoso, su centro principal de crecimiento está ubicado en la región de la tuberosidad maxilar, sin embargo el proceso de remodelación ósea basado en aposición y resorción se presenta en toda su extensión. La base del cráneo al ser de origen cartilaginoso y al estar en contacto con el paladar de origen membranoso va influenciar en su crecimiento, observándose así que el paladar presenta un crecimiento dirigido hacia atrás y hacia arriba, generando así un desplazamiento de tipo secundario hacia adelante y hacia abajo. El crecimiento óseo por aposición generada en la tuberosidad maxilar favorece el espacio para el crecimiento de los molares, y el crecimiento del proceso alveolar va a depender de la presencia de las piezas dentarias. (Vellini, 2008)

El desarrollo de la mandíbula se inicia con la formación del cartílago de Meckel a partir del I arco branquial. La mandíbula presenta una osificación llamada yuxtaparacondral en el cual el cartílago de Meckel se va encargar de guiar la osificación, sin embargo ella no va a participar. La osificación se da en forma paralela al lado del cartílago. Otras estructuras que se van a encargar del crecimiento mandibular van a ser el cartílago condileo y el cartílago sinficial, de este modo la mandíbula va a presentar tres tipos de crecimiento óseo: por remodelación (aposición y reabsorción), por desplazamiento primario y secundario. El desarrollo mandibular será ampliado en líneas más abajo en un tema llamado “Crecimiento Mandibular”.

A. Generalidades del sistema estomatognático

Según Marchesan (2002) el sistema estomatognático está conformado por estructuras cartilaginosas, huesos del cráneo, hueso hioides, sistema vascular y nervioso, también de estructuras dinámicas como los tejidos musculares. El trabajo coordinado lleva a cabo funciones importantes como la succión, deglución, masticación, respiración y habla.

La succión:

Es un acto reflejo importante para la supervivencia del recién nacido, este acto comienza a los 5 meses de edad gestacional y madura aproximadamente a los 8 meses, manteniéndose este reflejo hasta los 4 meses de nacido convirtiéndose luego en un acto volitivo, tal como sostiene Jacinta, citado por Marchesan, 2002.

El bebé al nacer presenta retrógnatismo mandibular, presentando como promedio normal una medida de 5mm a 8 o 12 mm, sostenido por Korkhaus, Schwarg y Klembe, citado por Marchesan, (2002). Mediante la succión se van a generar movimientos mandibulares de adelante hacia atrás, de ascenso y descenso, los cuales favorecerán el crecimiento mandibular y el desarrollo muscular a nivel orofacial y lingual.

Eishima citado por Marchesan 2002, sostiene que durante la succión, la mandíbula desciende y favorece un mayor desplazamiento de la lengua la cual se desenvuelve en un mayor espacio. Junto con el movimiento de la mandíbula la

lengua se eleva y desciende, generando junto a los labios una presión negativa dentro de la cavidad oral, favoreciendo una adecuada succión.

La deglución:

Es la primera función presente en el feto, la cual se inicia aproximadamente a los cuatro meses de vida intrauterina siendo una función vital y necesaria para la supervivencia del bebé. (Burgo, 2004) Sin embargo no presenta aun un adecuado desarrollo hasta después del nacimiento, como lo sostienen Hoocker y Gryboski, citado por Silva, (2003). Aproximadamente alrededor de los 8 meses a 8 meses y medio el mecanismo de la succión y la deglución logran una coordinación funcional, sostenido por Golson y Shaker, citado por Silva, 2003. Favoreciendo a una adecuada alimentación del bebé.

El patrón de succión y deglución inmadura se mantienen por unas horas después de nacido, haciéndose más eficiente a partir del tercer día, lo cual favorecerá la maduración de la función motora del esófago como mecanismo de protección, evitándole una mayor sobrecarga. Sostenido por Gryboski, citado por Silva, 2003.

La deglución irá madurando a través de los diferentes estímulos presentes en cada consistencia de los alimentos entregados. (Camargo, 2002) Después de que el bebé es alimentado con leche materna continuará con otros tipos de consistencias semisólidas y sólidas, los cuales serán a partir de los 6 meses de edad en adelante.

La deglución pasa por dos etapas llamadas visceral, infantil o inmadura y la deglución madura. En la primera, la lengua se encuentra posicionada entre las encías y la deglución es dirigida por el desarrollo sensorial presentes en los labios y la lengua, junto a un trabajo coordinado de los músculos faciales. En la deglución madura los dientes se encuentran ocluidos, el tercio medio de la lengua se encuentra detrás de los dientes incisivos superiores y los labios se aproximan realizando una mínima contracción muscular. La deglución se divide en tres etapas, una fase oral voluntaria, una fase faríngea involuntaria y una fase esofágica involuntaria. (Camargo, 2002)

La respiración:

La respiración pulmonar surge como una condición para la vida, iniciándose con el nacimiento. La respiración se da a través de estructuras como la nariz y los senos paranasales, los cuales presentan condiciones necesarias para calentar, humedecer y filtrar el aire que luego llegará a los pulmones. La respiración también cumple una función importante para el desarrollo armonioso de las estructuras del complejo craneofacial. (Camargo, 2002)

Cuando el bebé nace presenta un desarrollo anatómico favorable para la respiración nasal, esto es observado a través de la posición de la nariz, la cual se encuentra en una posición más craneal, y también en la posición del dorso de la lengua haciendo presión en el paladar, facilitando una respiración nasal y evitando una respiración de tipo oral, permitiendo de este modo que el niño respire y que a

su vez logre un mecanismo de succión durante la lactancia. De esta manera se protege pasando el aire a la vía aérea y previniendo una asfixia. (Di francesco, 2003)

La Masticación:

La masticación es una función importante y es precedida por el acto de morder, presentándose aproximadamente durante los primeros 5 meses de nacido a través del reflejo de mordida, siendo estimulado al tocar o rozar las encías con el pezón materno, presentándose con movimientos primarios de apertura y cierre mandibular.

A partir de los 5 meses de edad se inicia el periodo de la masticación; generándose un movimiento de elevación y descenso mandibular acompañado con movimientos de ensanchamiento y elevación de lengua hacia el paladar, no presentándose aún movimientos de lateralización lingual; sostenido por Darrow y Harley, citado por Silva (2003).

Para Camargo (2002) la masticación pasa por tres etapas de desarrollo, iniciándose a partir de los 5 a los 6 meses de edad con movimientos de amasamiento lingual hacia el paladar y con movimientos de apertura y cierre mandibular; a partir de los 7 meses se inicia los movimientos laterales de la lengua y se observa que durante el 1er año y año y medio existe una diferencia notable al presentar un patrón adulto de masticación, siendo de modo bilateral con movimientos de rotación mandibular con presencia del sello labial durante la función.

Molina, citado por Marchesan (2002), sostiene que la masticación tiene varios objetivos, el principal es la fragmentación del alimento en partículas pequeñas, para luego ser deglutidas y digeridas; otro objetivo es favorecer la acción bacteriana de los alimentos, también desarrollar fuerza y crecimiento óseo mandibular y maxilar y por último conservar los arcos dentarios.

Durante la masticación se observa el trabajo de varios grupos musculares como masetero, temporal, digástrico y pterigoideo medio y lateral.

La masticación se observa a través de tres fases, la primera fase llamada incisión donde el alimento es cortado con los dientes incisivos; la segunda fase llamada trituración, los alimentos son triturados a nivel de los dientes premolares, para pasar luego a la fase de pulverización, en esta última fase, las partículas quedan totalmente reducidas para luego ser deglutidas.

El habla:

El habla es una función que se da a través de la adaptación de otros órganos cuya función se desarrolló para la respiración y la digestión.

La maduración de la función de estos órganos va a favorecer la producción del habla. El habla va a depender en gran medida de la madurez de las funciones de la respiración, succión, deglución y masticación, las cuales ayudarán a un adecuado crecimiento, desarrollo esquelético y muscular. Las estructuras que intervienen en el habla son la cavidad nasal, la cavidad oral, la faringe y la laringe que incluye a los repliegues cordales. Dentro de la cavidad oral es importante el adecuado crecimiento y posición de los dientes, el buen movimiento de la lengua, siendo

necesario mencionar la importancia del trabajo que realizan los labios durante cada función del sistema estomatognático incluyendo el habla. (Marchesan, 2002)

B. Patrones y variabilidad:

El crecimiento es observado por medio de patrones de normalidad ya establecidos previamente a través de diferentes estudios. Los patrones de referencia de crecimiento están desde los lactantes hacia las demás edades en adelante, diferenciándose para el género femenino y masculino. (O.M.S, 2002).

En general el patrón nos va a indicar proporcionalidad, refiriéndose a relaciones proporcionales según un determinado momento y también a los cambios producidos durante el tiempo.

Dentro del patrón normal de crecimiento se va a observar que no todos los seres vivos presentan el mismo ritmo de crecimiento y desarrollo para un determinado tiempo. Por lo tanto se debe tomar en cuenta la variabilidad, que es otro concepto importante, empleado al realizar comparaciones, a través de tablas de crecimiento estándares, que nos puedan indicar si el niño se encuentra dentro de los parámetros de normalidad o si se encuentra a un extremo de la variación normal o si excede de los límites de normalidad, lo cual debe brindar información cuantificable. (Otaño, R. y cols 2009)

C. Factores que intervienen en el crecimiento craneofacial

Limborgh, citado por Vellini (2008), clasifica los factores que intervienen en el crecimiento craneofacial dividiéndolos en factores genéticos intrínsecos, epigenéticos y ambientales.

1. Factores genéticos intrínsecos: relacionados a la información genética, la cual potencia la función de las células. Siendo propios a los tejidos craneofaciales, tal como sostiene Moyers citado por Vellini (2008), agrega que el control principal va dirigido al condrocraqueo y que solo algunos de estos factores van a afectar al desmocraneo.

2. Factores epigenéticos: vienen a ser cambios heredables en la función de los genes que ocurren sin un cambio en la secuencia del ADN.

✓ Epigenéticos locales: son factores determinados genéticamente, que van a ejercer una acción sobre el crecimiento de una estructura, de manera indirecta ya que se originan en estructuras adyacentes. Existe una reacción ósea y cartilaginosa al desarrollo de la matriz funcional, siendo la matriz funcional, los tejidos blandos asociados a una función (visión, olfato, masticación, deglución, respiración, habla etc.)

✓ Epigenéticos generales: son factores determinados genéticamente, los cuales van a ejercer una acción indirecta y general sobre el crecimiento, teniendo su origen en estructuras alejadas del lugar donde van a ejercer su acción, mayormente son de tipo hormonal, como las hormonas sexuales y de crecimiento.

3. Factores ambientales:

✓ Locales: son influencias no genéticas, se originan en un ambiente más próximo a través de fuerzas musculares, de algunas funciones como respiración, masticación, deglución etc. Moyers, citado por Vellini (2008), agrega que el crecimiento del periostio es controlado por estructuras contiguas de la cabeza y a su vez este crecimiento será complementado por este factor.

✓ Generales: son influencias generales no genéticas que se origina en el ambiente externo a través de la alimentación, del aporte de oxígeno, de la actividad física o de alguna patología general.

D. Crecimiento mandibular

La mandíbula está conformada por el cuerpo mandibular, la rama mandibular, la sínfisis y la apófisis.

En la cuarta semana de vida intrauterina se forma el primer arco faríngeo, dando origen al proceso mandibular, donde se encuentra el cartílago de Meckel, siendo importante en la participación del crecimiento mandibular hasta los dos años de edad.

El V par craneal (trigémino), se origina a las seis semanas de vida intrauterina, de este par craneal nace el nervio dentario inferior dividiéndose en una rama mandibular y otra incisal. El nervio dentario inferior es considerado importante para el proceso de inducción a la osteogénesis. Sostenido por Sperber, citado por Infante (2009)

El ángulo formando entre la rama mandibular y la rama incisal es el centro de inicio para la osificación intramembranosa, la cual es de tipo yuxtaparacndral, donde el cartílago de Meckel cumple la función de guía. Sostenido por Fawcett, citado por Infante. (2009)

La formación mandibular se va iniciar en un punto en el cual posteriormente se dará el desarrollo del germen del canino, desarrollándose así la osteogénesis alrededor del cartílago de Meckel, hacia atrás, a largo de la cara lateral del mismo, formando hueso alrededor del nervio dentario. La rama mandibular se forma por una extensión de la osificación desde el cuerpo hacia atrás y por debajo del agujero dentario inferior. La osificación del cuerpo se da hacia atrás, deteniéndose en lo que posteriormente será la lingula mandibular, a partir de este punto el cartílago de Meckel continúa dentro del oído medio, sostenido por Kjaer, Keeling y Fischer, citado por Infante. (2009).

A las ocho semanas aparecen otros cartílagos: el cartílago condileo y el sinficial. Ambos presentan una osificación endocondral, el primero dando origen al cóndilo, generando así el crecimiento de la rama mandibular, y el segundo que es un cartílago remanente del cartílago de Meckel, el cual contribuye al crecimiento de la mandíbula, para luego osificarse a los dos años de vida. Los cartílagos coronoídes y angular, tienden a desaparecer. A los tres meses se termina la formación del cuerpo mandibular, siendo aún un hueso primario, no mineralizado. (Infante. 2009)

Vellini (2008) menciona que la mandíbula presenta los tres tipos de crecimiento óseo por remodelación, por desplazamiento primario y por desplazamiento secundario. Siendo observado aposición en el borde posterior de la rama mandibular y resorción en el borde anterior, dándose la remodelación y de este modo favoreciendo el incremento en longitud, en el cuerpo mandibular, para obtener un mayor espacio para el desarrollo de los molares permanentes. El desplazamiento secundario se observa durante el crecimiento de la rama mandibular, siendo la mandíbula desplazada en forma horizontal.

E. Teorías sobre el crecimiento mandibular.

Teoría del crecimiento regido por el cartílago:

Para Scott, citado por Infante (2009), los cartílagos constituyen el factor primario de crecimiento, mientras las suturas representan un sitio secundario de formación y crecimiento óseo, de igual forma considera que el septum nasal es el sitio más activo para generar crecimiento craneofacial esquelético hasta aproximadamente los 4 años de edad. Scott menciona que el cartílago condilar actúa como centro principal de crecimiento mandibular por el mecanismo de desplazamiento secundario, desplazándose la mandíbula hacia adelante y hacia abajo; con respecto a la rama mandibular menciona que viene a ser el resultado del crecimiento condral primario.

Teoría de la Matriz Funcional (Melvin Moss 1962):

Para Moss las estructuras óseas y cartilagosas logran su crecimiento a través del crecimiento intrínseco de tejidos blandos en relación, pudiendo ser tejido

celular subcutáneo y submucoso, tejido epitelial bucal, nasal, tejido nervioso y tejido muscular, conformando estos tejidos las matrices funcionales, donde cada componente realiza una función determinada, y los tejidos óseos se encargan del soporte y protección de estas matrices. Van Limborgh añade que el esqueleto craneofacial es un conjunto de tejido óseo, que contienen a tejidos blandos y a su vez estos van expresar múltiples funciones como la respiración, masticación, fonación, visión, olfato etc. Finalmente Moss determina a la matriz funcional del tejido blando como el verdadero determinante para el crecimiento esquelético. (Otaño. 2009)

Teoría Integradora. (Van Limborgh 1970):

Va a relacionar las teorías anteriores para destacar que el crecimiento craneofacial se va a desarrollar a través de varios factores que van a modificar y controlar el crecimiento craneofacial. El factor genético intrínseco conformado por factores propios a los tejidos del cráneo. Los factores epigenéticos los cuales están determinados genéticamente pero van a influir de modo indirecto fuera de las células; este factor se va a dividir en locales y generales. Los factores epigenéticos locales se encuentran en estructuras adyacentes, generando cambios ya sea en la función o en la estructura del complejo craneofacial primario. Los factores epigenéticos generales se van a encontrar en estructuras lejanas del complejo craneofacial, generando cambios generales, como ejemplo la acción de hormonas de crecimiento, sexuales y otras. Otros dos factores más que menciona Limborgh son los factores ambientales siendo igualmente divididos en locales y generales. Los primeros se originan en un ambiente externo pero generan una reacción local,

observándose en las fuerzas resultantes de las contracciones musculares, y los generales se encuentran presentes en los alimentos, suplementos y otros, los cuales van a disponer de un mayor campo de acción. (Otaño. 2009)

En esta teoría se sostiene que la bóveda craneal es influenciado por factores epigenéticos y ambientales y en menor medida por los demás factores. La base del cráneo se ve influenciada por factores genéticos intrínsecos y factores generales. En relación a la estructura mandibular, esta se ve estimulada por factores locales epigenéticos como la lengua y por factores ambientales como la fuerza muscular.

F. Interacción de los músculos orofaciales con el desarrollo craneofacial.

El desarrollo craneofacial se ve influenciado por la acción de diferentes músculos y demás tejidos blandos que se encuentran adyacentes a ellos. Estos tejidos blandos, mediante las funciones que realizan generan el crecimiento de estructuras óseas del complejo craneofacial. Estas funciones vienen a ser esenciales para la vida, lo cual se observa durante la respiración, la alimentación y la comunicación. Estas funciones accionan movimientos y contracciones musculares que van a repercutir de manera directa sobre las estructuras óseas.

Melvin Moss en su teoría sobre el crecimiento de la Matriz funcional afirma que los centros de crecimiento mandibular que vendría a ser el cartílago condileo y el centro de crecimiento maxilar que sería el tabique nasal, no serían factores que determinen su crecimiento. La principal fuente de crecimiento de ambas maxilas, es el incremento del tamaño de las cavidades nasales, mediante las funciones de succión, deglución, masticación, respiración, fonación, etc. Según la teoría de Moss

se puede inferir que cuando los tejidos blandos aumentan de tamaño, se va obtener como resultado, el incremento de tamaño del hueso y del cartílago. Citado por Otaño. (2009).

El crecimiento craneofacial se da durante los primeros cuatro años de vida, por lo cual la estimulación funcional, a través de los diferentes músculos que intervienen, dará como resultado un crecimiento facial más simétrico. La succión materna viene a ser una actividad importante para los recién nacidos quienes están aún en el proceso de crecimiento y desarrollo craneofacial, esta actividad debe ser mantenida hasta los seis meses de vida post natal y continuar con consistencias pastosas hasta el año de edad para luego dar inicio a alimentos semisólidos y posteriormente sólidos. Carrillo (2008)

G. Características de la cavidad oral del recién nacido.

La cavidad bucal está cubierta por una membrana mucosa de superficie húmeda. Las glándulas salivales van a generar la humedad, que es necesaria para el mantenimiento normal de los tejidos. La mucosa bucal está formada por dos capas de tejido estructural. El epitelio o capa superficial constituida por tejido epitelial y el corion o lámina propia, la cual subyace de tejido conectivo. Ambas capas están unidas por la membrana basal. (Gómez y Campos, 2009)

Los labios del recién nacido presentan una ligera separación entre ellos, siendo el labio inferior el que presenta mayor movilidad respecto al labio superior. Tanto el labio superior como el inferior presentan un frenillo, que puede ser mucoso

o fibroso. Estos se encuentran insertados en la porción interna y media de los labios, siendo el frenillo labial inferior más corto. El frenillo labial superior va a favorecer a la succión dando mayor firmeza al labio.

En la línea media en que se une la mucosa del labio superior a la piel del mismo, se encuentra interiormente una almohadilla llamada bermellón. Esta almohadilla es útil durante la succión al favorecer el cierre hermético del pezón. Sostenido por Ruli, Duarte, Milanezi y Perri, citado por Elías y Arellano. (2013).

Las mejillas del recién nacido están compuestas por una mucosa de revestimiento de epitelio no queratinizado delgado, laxo y elástico con una submucosa unida al músculo buccinador. Cerca al músculo buccinador se encuentra las bolsas adiposas de Bichat las cuales evitan el colapso de las mejillas durante la succión. . Sostenido por Ohanian, citado por Elías y Arellano. (2013)

En la parte interna y superior de la cavidad oral se encuentra el paladar, el cual presenta un tamaño pequeño con una bóveda palatina casi plana. En su parte anterior se puede observar a la papila palatina con las rugosidades palatinas. En la parte media se encuentra el rafe palatino medio y en la parte posterior se va observar una línea horizontal que va dividir el paladar duro del blando. El paladar duro presenta una coloración rosada y se caracteriza por su falta de movilidad, y el paladar blando presenta una coloración rojiza de característica móvil, tal como es descrito por Walter, citado por Elías y Arellano. (2013)

La mandíbula del recién nacido presenta las ramas mandibulares cortas, los cóndilos pequeños en sentido vertical, la cavidad articular presenta una forma plana, los procesos articulares son aún rudimentarios y la cápsula es laxa. Elías y Arellano. (2013).

La maxila y la mandíbula del recién nacido presentan un micrognatismo, sin embargo el maxilar crece con mayor rapidez en comparación con la mandíbula, este crecimiento maxilar favorece a la erupción de los dientes primarios. La mandíbula presenta un retrógnatismo fisiológico con respecto a la maxila, con una relación aproximada de 6 mm. Sostenido por Escobar, Ohanian, Walter y Villavicencio, citado por Elías y Arellano. (2013).

Los rodets gingivales están presentes en ambos maxilares; éstos se encuentran cubiertos por mucosa bucal de cualidad muy resistente. En la parte anterior de los rodets, entre los caninos, se observa una prolongación de la misma mucosa la cual toma el nombre de cordón fibroso de Robin y Magitot, y su presencia indicaría una próxima erupción dentaria, descrito por Walter, citado por Elías y Arellano. (2013).

En los rodets gingivales también se encuentran las segmentaciones vestibulares, ubicadas en una zona anterior y vestibular. Estos segmentos van a dividir aquel espacio marcando el lugar donde posteriormente se ubicarán las piezas dentarias anteriores. Las segmentaciones vestibulares pueden ser poco visibles en el recién nacido, pero se hacen notables en la etapa pre-eruptiva. La ausencia de

segmentaciones vestibulares indicarían ausencia congénita de un diente, pero si hubiera alguna más nos indicaría la presencia de un diente supernumerario.

2.2.2. Aspectos teóricos conceptuales sobre succión

A. Mecanismo de la succión.

La succión es un mecanismo innato que permite la alimentación del recién nacido a través de movimientos y mecanismos de control que va adquiriendo como habilidad y son necesarias en la maduración del sistema motor oral del niño, estableciendo las prácticas básicas que constituyen el patrón funcional para el desarrollo del sistema estomatognático (SE) (Mata, 2011).

Este movimiento mandibular de succión surge desde la 16^{va} semana de vida intrauterina, constituyendo parte de los tres principales reflejos que van a permitir la lactancia materna y la supervivencia del bebé: el reflejo de búsqueda, succión y deglución tal como lo manifiesta Graber citado por Mata (2011).

Este mecanismo vital se lleva a cabo en dos fases, que son descritas por Mc. Donald en 1995, en la sexta edición de su libro “Odontología Pediátrica y el Adolescente”

Primera fase: De aprehensión del pecho materno para aspirar. En esta etapa el bebé reconoce el olor de la areola por secreción de las glándulas de Montgomery. El bebé inicia este acto con la introducción del pezón y parte de la areola en la boca, realizando una contracción firme en el reborde que corresponderá a los incisivos

superiores; se apoya contra la superficie superior del pezón y parte del seno contra el dorso de la lengua y paladar duro, realizando el cierre hermético con los labios y descendiendo levemente el paladar blando y la mandíbula.

Segunda fase: De presión para extraer. Tiene como objetivo vaciar los conductos galactóforos; el bebé comienza a hacer movimientos protrusivos y retrusivos con la mandíbula y dislocamientos en el plano horizontal, oponiendo el reborde alveolar inferior contra el superior, obteniendo así la salida del flujo de leche. La lengua en esta fase adopta una serie de movimientos peristálticos. Todos estos movimientos se encuentran sincronizados con la deglución y la respiración; los cuales se llevan a cabo con el cierre labial sobre el pezón, creando una depresión bucal que mantiene el seno en la boca del bebé, obligando al bebé a respirar por la nariz, denotando de esta forma que la succión contribuye en el aprendizaje de la respiración nasal. Además, en esta segunda fase, se favorece la morfogénesis de la articulación temporomandibular, (ATM).

Enlow citado por Mata (2011) define la rama posterior de la mandíbula y el cóndilo como campos primarios de desarrollo, siendo su principal estímulo el desplazamiento anterior, tanto por la influencia de los huesos adyacentes, como por la tracción en esta dirección por los músculos y tejidos blandos, favoreciendo así el avance de la mandíbula de su posición distal con respecto al maxilar a una posición mesial; siendo llamado este proceso como el primer avance fisiológico de la oclusión.

En ambas fases se generan movimientos con presión negativa intraoral, realizando tres succiones para cada deglución, permitiendo la estimulación de los músculos, huesos y cartílagos y estructuras para un correcto desarrollo (Tollara, 2009)

B. Intervención de la succión en la morfología craneofacial

La armonía en el crecimiento de las estructuras craneofaciales, se debe a la cantidad de músculos puestos en actividad y la potencia de la acción muscular; además de la importancia de la velocidad de crecimiento, la cual es excepcionalmente rápida en los primeros meses de vida. Es por ello que es recomendable amamantar al bebé durante los primeros cuatro a seis meses, siendo necesario que se prolongue hasta el primer año. Siendo así que, en los lactantes, el crecimiento del cartílago condileo es de gran actividad hasta el final del segundo año de vida, infiriéndose que la disminución de la retracción de la mandíbula inferior del recién nacido depende de una succión eficaz, exigiendo a los pterigoideos laterales el posicionamiento adecuado, pues parecen ser los mediadores indispensables del crecimiento cartilaginoso del cóndilo, debido a la tensión que reciben los ligamentos esteno-mandibulares. Así mismo, el enérgico trabajo muscular que se lleva a cabo en la extracción de la leche va a desempeñar un papel de gran impacto de forma directa o indirecta sobre el crecimiento de los huesos sobre los que se insertan los músculos. Habrá una maduración neurofuncional adecuada de la cual dependerá el desarrollo de todo el macizo facial. Siendo que el amamantamiento propiciará los estímulos nerviosos a los centros propioceptivos de los labios, lengua, mejillas, músculos y ATM, importantes en el adecuado funcionamiento del sistema estomatognático.

Finalmente, el amamantamiento, es la única actividad que crea fisiológicamente los circuitos nerviosos que proporcionan las respuestas paratípicas de crecimiento y desarrollo como son: crecimiento antero - posterior y transversal de la mandíbula, desarrollo de los Pterigoideos, y diferenciación de las articulaciones temporo mandibulares. (Planas, 2008)

C. Deglución y amamantamiento.

En los primeros días de vida del recién nacido no se encuentran mayores diferencias entre succión y deglución, presentándose con el pasar de los días mayor independencia de ambas funciones.

Una vez que la leche se encuentra en la boca, el fenómeno de deglución se lleva cabo con una serie de movimientos, en primera instancia la lengua se encuentra en posición acanalada para impulsar la leche progresivamente, con movimientos peristálticos hacia la faringe, con participación de los músculos de la lengua. Durante la succión se llevan a cabo funciones motoras que conservan la posición de la vía respiratoria. Estudios electromiográficos demuestran que mientras los músculos masticatorios efectúan los movimientos mandibulares se producen contracciones concomitantes de la lengua y los músculos faciales estabilizan de modo primario la mandíbula durante el acto verdadero de la deglución, tal como lo manifiesta Moyers, citado por Santos (2010).

En los lactantes la deglución se caracteriza por (Tollara, 2009):

1. Los maxilares se encuentran separados con la lengua entre los cojinetes gingivales.
2. Las contracciones de los músculos inervados por el séptimo par craneal y la acción de la lengua interpuesta estabilizan la mandíbula de manera primaria.
3. El intercambio sensorial entre los labios y la lengua guía, y controla la deglución.

Durante la deglución participan: la faringe, laringe, hueso hioides y piso de la boca. Ambos mecanismos, tanto la succión como la deglución tienen la participación de diferentes estructuras. Toda esta dinámica produce estímulos funcionales para un armonioso desarrollo de las estructuras faciales, lo cual lleva a un gran agotamiento físico del niño, por lo que con facilidad se queda dormido para recuperar energía. (Guillen, 2011).

D. Succión y respiración nasal

Los bebés que lactan, refuerzan y mantienen el circuito de respiración nasal fisiológico, ya que pueden succionar, deglutir y respirar con una correcta sincronización, sin posibilidad de respirar por la boca. La laringe en el recién nacido es muy alta, favoreciendo esto la respiración y deglución simultánea, de modo que la epiglotis cierra la tráquea de un modo estanco, al beber e ingerir comida. En el adulto, la laringe se encuentra más abajo, lo que permite a las cuerdas vocales la producción de sonidos más diferenciados; al no poder ocluir completamente la

epiglotis, la respiración y la ingesta deben alternarse, para que el sujeto no se ahogue. Conforme se da el desarrollo, la laringe desciende con lo que se pierde esta capacidad pero se adquiere una caja de resonancia para el habla. Se puede resaltar entonces, que la lactancia cumple un papel de prevención de la respiración bucal y al darse este proceso por la nariz, las fosas nasales presentan un correcto desarrollo, los cuales se encuentran ligados a los huesos del maxilar. La respiración nasal permite que el piso de las fosas nasales se expanda y a su vez el maxilar tenga un correcto desarrollo transversal, no permitiendo las maloclusiones (Mata, 2011).

E. Ventajas de la succión en la Salud Oral.

Ortega, citado por Borda y cols (2004), describió una serie de ventajas que la succión oral produciría en la salud oral de los bebés, él indico que:

- Disminuye la carga bacteriana que contribuye en el surgimiento de la caries dental.
- Favorece la conservación y resistencia del esmalte y demás tejidos duros del diente, gracias a la absorción de minerales como el calcio y el flúor.
- Mantiene un Ph adecuado, que contribuye en disminuir la incidencia de caries.
- La estabilidad psicológica del niño proporcionada por la lactancia natural contribuye en disminuir la prevalencia de hábitos bucales inadecuados que provocan mal oclusiones, que afectan la estética y función buco facial.
- La lactancia materna proporciona nutrientes que refuerzan el sistema inmunológico previniendo de esta forma estados alérgicos e infecciones

respiratorias que pueden sobrevenir en situaciones de respiración bucal y anomalías dentofaciales.

- Favorece el posicionamiento funcional de la lengua, facilitando el equilibrio de las estructuras dentarias.
- Favorece el desarrollo de la musculatura orofacial y la alineación dentaria disminuyendo hasta el 50% de cada uno de los indicadores de maloclusiones (resalte, apiñamiento, mordida cruzada posterior, mordida abierta, distoclusión, rotaciones dentarias, entre otros.)
- Evita el retrógnatismo mandibular, obteniéndose mejor relación entre el maxilar y la mandíbula, esto gracias a los movimientos mandibulares de los músculos propulsores y de cierre.

F. Posturas adecuadas de la madre y el bebé durante el amamantamiento.

Cuando el bebé succiona adecuadamente logra estimular el pezón y los nervios que se encuentran en él, enviando información al cerebro de la madre. El cerebro ordena la producción de prolactina y oxitocina. La primera se encarga de la formación de leche en los alvéolos y la segunda estimula el descenso de la leche de los alveolos hacia el pezón. De esta forma el bebé obtiene más leche. Si el bebé no logra mamar bien, la madre no recibe el estímulo adecuado y no produce suficiente leche.

Por lo importante que es una adecuada lactancia, la UNICEF (2012) creó un manual de lactancia materna para la familia, cuyo contenido guarda información

útil para una lactancia productiva, tomando en cuenta la forma correcta de colocar al bebé en el pecho de la madre y las posiciones que deben adoptar la madre y el bebé.

Forma correcta de colocar al bebé al pecho materno:



La madre debe sostener su pecho con los dedos formando una “C”, luego aproximar la cara del bebé mirando hacia su pecho. Si el bebé no abre la boca la madre le roza el pezón a los labios, en busca de que la abra.

Gráfico 1. Posición de los dedos

La barriga del bebé debe estar pegada contra la barriga de la madre, la cabeza, la nuca y la espalda del bebé deben estar en línea recta sostenidas por el brazo de la madre.



Gráfico 2. Postura en línea recta

Posiciones para una buena lactancia:

Posición acostada

Posición más cómoda después del parto y durante la siesta o por la noche



Gráfico3: Posición acostada



Posición sentada

La madre mantiene la espalda apoyada en el respaldar de una silla, manteniendo su comodidad.

Gráfico.4 Posición sentada

Posición de sandía

Posición empleada para después de una cesárea y para amamantar gemelos



Gráfico 5: Posición de sandía

G. Lactancia a través del biberón

Respecto a la lactancia que se realiza haciendo uso del biberón, Mata E. y Duran, (2011), refieren que la actividad neuromuscular que se produce cuando un bebé toma biberón, es mínima; existiendo apenas movimientos anteroposteriores de la mandíbula. Siendo que en esta situación no es necesario un cierre hermético de los labios, la mandíbula se posiciona a distal del maxilar y la lengua se posiciona plana y la punta contra la eminencia alveolar superior para frenar el flujo excesivo de leche que proviene del biberón.

La lactancia a través del biberón no permite que los músculos (maseteros, temporales, pterigoideos, orbicular, mentoniano, infra/suprahioideos, etc.) sean desarrollados ni tonificados de forma adecuada, ya que por las características que conforman un biberón (consistencia, densidad y perforaciones), la leche se obtiene sin esfuerzo y la duración de la mamada se reduce notablemente; todo esto conlleva a que cuando la dentición temporal comience a ejecutar sus funciones, estos músculos no tendrán suficiente fuerza para desgastar el esmalte de los dientes deciduos, así, los caninos no desgastados van a interferir en los movimientos de lateralidad, de manera que el niño desarrollará una masticación vertical (nada efectiva desde el punto de vista del desarrollo y crecimiento mandibular y maxilar así como de trituración del alimento y posterior absorción).

Como se puede apreciar, la alimentación del bebé con biberón produce una pobre estimulación de la musculatura, siendo que el bebé no termina de satisfacer su necesidad de succión y, por ello, en muchos casos utiliza objetos (chupete,

manta) o dedos, lengua, mano y uñas, para terminar de satisfacer su necesidad condicionando el posicionamiento de la mandíbula y los dientes en una relación que no es la correcta la cual se constituirá en una maloclusión no sólo dentaria sino también ósea.

2.2.3. Teoría de Rehabilitación Neurooclusal

La Rehabilitación Neuro Oclusal (RNO), es una teoría creada por el doctor, Pedro Planas Casanova, partiendo de su amplia experiencia clínica de más de 60 años de investigación. Esta teoría es una filosofía que estudia la etiología y génesis de los trastornos morfológicos y funcionales del SE, teniendo como objetivo estudiar las causas, eliminarlas y rehabilitarlas precozmente; actuando sobre los centros neurales receptores que proporcionan la respuesta de desarrollo del sistema, para que al ser excitados fisiológicamente, proporcionen una respuesta normal y equilibrada. Respecto a esto último Simoes (2004), agrega que el tratamiento a través de la RNO, debe considerar, además, las fuerzas naturales del crecimiento y del desarrollo, de la erupción, de la postura, del movimiento lingual y mandibular para influir sobre los objetivos clínicos.

Para Planas, la función principal del SE, es la masticación, para ello está dotado de un mecanismo muy complicado que debe ser ejercitado continuamente, dándose éste a través del movimiento de las ATM, proporcionado por los músculos pterigoideos, maseteros, temporales y la información proveniente del periodonto y de todos los dientes a través del frote oclusal.

Planas, a través de la observación directa y el estudio de los principios de Claude Bernard, de que “la función crea el órgano, y el órgano proporciona la función”; plantea que la función se produce de una excitación neural, que si es fisiológica, producirá una función y un desarrollo fisiológico y si por el contrario es patológica, la respuesta de desarrollo será igualmente patológica”, formulando de esta forma sus leyes de desarrollo para los huesos y dientes que explican las anomalías de la oclusión y las bases para su tratamiento.

Leyes de la Rehabilitación Neuro Oclusal (Planas, 1994)

- Ley de la Mínima Dimensión Vertical: Después de los primeros contactos, la Posición de Máxima Intercuspidación (PMI) se hará por reducción en la dimensión vertical. En una masticación unilateral el Lado de Trabajo (LT) es siempre aquel con dimensión vertical disminuida. Interpretando las condiciones de postura por la Ley de Planas de la Mínima Dimensión Vertical, se concluye que la mandíbula, en los casos de distocclusión asumirá una posición posterior; en los casos de mesiocclusión tendrá una posición más anterior, es decir, que en ambos casos la masticación se hará siempre incorrecta, y esto lleva cada vez más al aumento de la deficiencia masticatoria.
- Ángulo Funcional Masticatorio Planas (AFMP): Plantea que, al mover la mandíbula a un lado y al otro se graba en el plano frontal y con relación a la horizontal dos ángulos, uno derecho y otro izquierdo, teniendo gran importancia en el desarrollo equilibrado del SE y en la función masticatoria, ya que permiten diagnosticar sus alteraciones. Planas en su terapéutica propone igualar los AFMP,

empleando diferentes técnicas según el caso y la edad, a base de desgastes selectivos, pistas directas e indirectas, etc.

Leyes Planas de Desarrollo del SE:

- Desarrollo Postero- Anterior y Transversal: Las leyes de desarrollo de la RNO tienen un basamento embriológico y anatómico: la mandíbula se forma a partir de dos mamelones embrionarios que se fusionan a nivel de la sínfisis mentoniana, ambos están vascularizados e inervados de forma separada.

El punto de excitación neural primordial del desarrollo del SE se encuentra en la parte postero- superior de la ATM, a nivel del disco interarticular, que posee una zona hipervascularizada y particularmente neurogénica, ya que esta funciona desde el nacimiento en ausencia de los dientes. La primera excitación se produce durante el acto fisiológico del amamantamiento, con el movimiento de tracción que la cabeza del cóndilo articular, en su desplazamiento anteroposterior ejerce sobre el disco articular. La RNO observa tres hechos fundamentales durante la realización del amamantamiento natural o del pecho materno. Primero: el bebé respira por la nariz, pues no suelta el pezón, lo que además, sirve para reforzar el circuito de respiración nasal fisiológica durante la amamantación y fuera de ella. Segundo: está obligado a morder, a avanzar y a retruir la mandíbula, por lo que todo el sistema muscular: maseteros, temporal y pterigoideos principalmente, va adquiriendo el desarrollo y tono muscular necesarios para ser utilizado a la llegada de la primera dentición. Tercero: el movimiento protrusivo y retrusivo excita, al mismo tiempo, las partes posteriores de los discos intrarticulares y partes superiores de la ATM.

Las sucesivas tracciones provocan una mayor diferenciación de dicha articulación y se obtiene como respuesta el crecimiento posteroanterior de las ramas mandibulares y simultáneamente la modelación del ángulo mandibular. Durante el acto de amantamiento, los movimientos de deslizamiento y de tracción del disco se realizan simultáneamente en los dos lados, a diferencia de la masticación en que cada articulación trabaja alternadamente y el desarrollo de la mandíbula es global. A partir del momento en que comienza la masticación, sólo se excita el Lado de Balanceo (LB), produciéndose una respuesta de desarrollo posteroanterior únicamente de esa mitad de la mandíbula y engrosamiento en el LT. Simultáneamente, el frote oclusal de los dientes, de esta hemiarcada inferior del LT, contra sus antagonistas superiores, produce una excitación paratípica neural a nivel del periodonto que tiene como respuesta el ensanchamiento y avance maxilar de ese lado, así como expansión mandibular homolateral. Todas estas excitaciones y respuestas de desarrollo únicamente se producirán cuando la boca funcione de forma equilibrada.

- Desarrollo Vertical: el ejercicio funcional de los dientes de una hemiarcada produce una respuesta de crecimiento de éstos, que quedará neutralizada por el contacto oclusal con sus antagonistas superiores. La excitación de uno de los dientes maxilares, de uno de los lados o del grupo interincisivo dará una respuesta de crecimiento a todos los dientes que derivan de este grupo. Las fuerzas masticatorias son intrusivas y el periodonto responde como material visco elástico. Si un diente recibe una carga, sus vecinos también la reciben, principalmente por los puntos de contacto y las fibras transeptales, para reducir los efectos sobre el ligamento

periodontal. Las respuestas mecánicas y vasculares dependen de los mecanismos neurales, de la forma y posición que los dientes ocupan en el arco, de las áreas de contacto entre ellos y de otros factores.

- Desarrollo de la situación del Plano Oclusal: En el LT el plano oclusal tiende a elevarse por su parte anterior y simultáneamente y en el LB hay una tendencia a descender por esta misma parte anterior. Con este movimiento de elevación y descenso alternativo, cuando hay una masticación bilateral, se crea la situación correcta de equilibrio del plano oclusal, factor necesario para mantener el equilibrio del SE.

Terapéutica de la RNO

Según Planas, cuando se recibe una estimulación fisiológica se condiciona el desarrollo de una función masticatoria adecuada que en etapas de crecimiento y desarrollo determina la morfogénesis del SE en conjunto. La RNO basa su terapéutica del primer año en el establecimiento adecuado de las funciones bucofaríngeas, entre ellas, la respiración, la succión y la deglución constituyen en el niño menor de seis meses una situación funcional interdependiente, en el que intervienen todos los elementos musculares y esqueléticos de la cara y el cuello, regidos por mecanismos instintivos y reflejos de alta complejidad y especialización neuro-sensorio-motora, que forman la base de los patrones funcionales del niño. Para que el SE no presente un retraso, todos sus elementos deben ser empleados correctamente a fondo desde el nacimiento, solo así se produce y mantiene el equilibrio (Barbería, 2005). Para que el recién nacido pueda sobrevivir al nacer, se

debe establecer en pocos minutos una vía respiratoria permeable, esto constituye el primer estímulo paratípico permanente en el individuo; siendo así la respiración, determinante en la posición de la mandíbula y la lengua. Una vez establecida la vía respiratoria, la siguiente prioridad del neonato es la obtención de leche y su introducción en el sistema digestivo que se consigue a través de la succión, siendo éste el segundo estímulo paratípico. En el niño, los reflejos de búsqueda, succión y deglución garantizan el amamantamiento, pues el recién nacido cuenta con un patrón de habilidades neuromusculares y reflejos que le permiten ir en busca del pecho, succionar y deglutir la leche. Alrededor del cuarto y quinto mes de vida esta condición refleja se va modificando hacia un patrón de conducta voluntaria. Durante esta etapa la succión es fundamental para fijar las praxias bucales básicas, que constituyen el patrón funcional de base para el desarrollo y maduración de las funciones del SE del niño mayor y del adulto (Costas, 2006). Antes de los cinco años ya se diagnostican la mayor parte de los problemas. La mayoría de los problemas de los dientes apiñados y vestibularizados están relacionados con el desarrollo limitado de la estructura del hueso. El maxilar y la mandíbula se desarrollan debidamente, solo cuando tienen estímulos adecuados desde el primer momento de la vida (Natera, 2007). El cráneo se desarrolla con un mayor porcentaje de estímulos genotípicos, por consiguiente está menos sujeto a influencias del medio ambiente. Las estructuras faciales, por el contrario para desarrollarse necesitan de una gran influencia paratípica, o sea, funcional.

Cuando existen interferencias oclusales que provocan una desviación de la mandíbula, tendremos alterado el patrón funcional muscular, dando como resultado

un mayor crecimiento de la hemiarcada del lado contrario a donde se desplaza la mandíbula lo que conlleva a una función masticatoria unilateral y en etapa posterior un crecimiento asimétrico de la mandíbula y cambios anatómicos de la cavidad glenoidea, que puede causar lesiones agudas y crónicas de las ATM (Proffit, 2008). Sin embargo, pocos atienden estos problemas en la práctica clínica, a pesar de conocer que pueden ser tratados por procedimientos sencillos y fáciles de realizar, como los que sugiere Planas, entre ellos: el desgaste selectivo, la orientación masticatoria, control de la dieta y los hábitos deformantes.

A continuación se esquematiza tres hechos fundamentales durante la succión que es observado por la Rehabilitación Neuroclusal:

Fig. 6. Hechos fundamentales durante la succión observados por la Rehabilitación Neuroclusal:

PRIMERO, EL BEBE RESPIRA POR LA NARIZ:

Esto sirve para mantener y reforzar el circuito de respiración nasal durante la amamantación y fuera de ella

SEGUNDO, EL BEBE AVANZA Y RETRUYE LA MANDÍBULA:

Por lo que todo el sistema muscular (maseteros, temporales y pterigoideos principalmente, va adquiriendo el desarrollo y tono muscular, necesarios para la llegada de la primera dentición.)

TERCERO, EL MOVIMIENTO RETRUSIVO Y PROTRUSIVO EXCITA PARTE POSTERIOR DE LOS MENISCOS Y SUPERIOR DE LAS ATM:

Obteniendo como respuesta mayor diferenciación de las ATM y con ello el crecimiento postero anterior de las ramas mandibulares y con ello la modelación del ángulo mandibular.

Mamani y Martínez (2016)

2.3. Definición de términos básicos

Acto Reflejo:

Acción que se realiza involuntariamente como respuesta instintiva e inconsciente del organismo a un estímulo externo.

Apiñamiento dental:

Posición inadecuada que toman los dientes, puede ser leve, moderado o severo, basado en la cronología de aparición del problema como en sus factores causales.

Craneofacial:

Del cráneo y la cara o relacionados con ellos.

Frenillo Labial:

Pliegues sagitales de la mucosa bucal que tienen forma de lámina activa de cuchillo, insertado en la superficie interna del labio, que se prolonga hasta la zona palatina.

Frenillo Lingual:

Banda de tejido que se extiende desde el suelo de la boca a la superficie inferior de la boca.

Morfogénesis:

Desarrollo y diferenciación de las estructuras y de la forma de un organismo, específicamente los cambios que se producen en las células y en los tejidos durante la formación de tejido embrionario.

Osificación:

Desarrollo de los huesos.

Tejidos blandos:

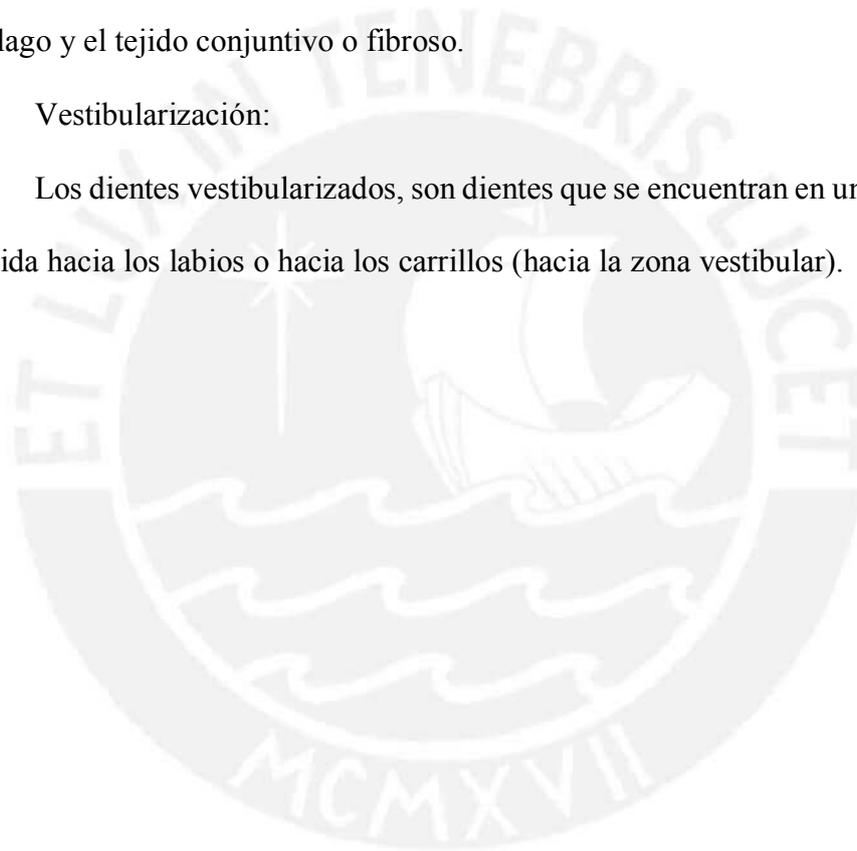
Conjunto de elementos orgánicos formados por tejido de sostén (tejido conjuntivo). Aquí encontramos a los tendones, vasos sanguíneos, músculos, tejidos grasos y ligamentos.

Tejido conectivo:

Tejido de sostén y unión de otros tejidos y partes del cuerpo, deriva del mesodermo embrionario. Algunos tipos de tejido conectivo son el hueso, el cartílago y el tejido conjuntivo o fibroso.

Vestibularización:

Los dientes vestibularizados, son dientes que se encuentran en una posición, dirigida hacia los labios o hacia los carrillos (hacia la zona vestibular).



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Para abordar el presente estudio se seleccionó el tipo de investigación descriptivo, que como lo define Hernández, Fernández y Baptista (2010) éstos buscan “especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”. Es decir, no buscan relacionar, solo medir o recabar información de forma independiente o conjunta de los conceptos de interés.

En el presente trabajo, se describió sistemáticamente, los hechos que están relacionados a las características de la succión efectiva, según la Rehabilitación Neuroclusal.

En relación al diseño de la investigación se eligió el diseño transversal descriptivo simple, siendo este definido como aquel en los que la recolección de datos se da en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir

variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Hernández y cols. (2010).

En la presente investigación se recabó información significativa en relación a la succión en los lactantes nacidos en el mes de agosto del año 2016, en el Hospital Docente San Bartolomé. Siendo el esquema del diseño de la siguiente forma.

M O

Donde:

M= muestra

O=observación de la muestra

3.2. Población y muestra

La población estuvo constituida por todas las madres y sus bebés quienes nacieron en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, en agosto del 2016:

Tabla 1. Nacimientos agosto 2016

Mes	N° de nacimientos	Sexo del bebé	
		M	F
Agosto	591	299	292

La selección de la muestra fue por muestreo intencional y respondiendo a los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- ✓ Todas las madres y sus bebés con lactancia materna, que acepten participar en el trabajo de investigación.
- ✓ Padres o madres que hablen castellano.

Criterios de Exclusión:

- ✓ Todos los recién nacidos que hayan presentado factores de riesgo en el nacimiento, por lo que tuvieron que ingresar a áreas de cuidados especiales.
- ✓ Madres de familia menores de 18 años.
- ✓ Madres de familia con alguna discapacidad que no les permita alimentar a su bebé con lactancia materna.

3.3. Definición y operacionalización de variables

Variable: succión efectiva.

Definición conceptual:

Son aquellas acciones que realiza el recién nacido de manera refleja e innata para la obtención de la leche materna, siendo estas actividades imprescindibles para el desarrollo neuromuscular del sistema estomatognático.

Definición operacional:

Son todas aquellas actividades que realiza el bebé al tener contacto con el pecho de la madre, las reacciones de ella frente a su bebé y las características anatómicas del pecho de la mamá que serán observadas a través del protocolo de observación del acto de lactancia en recién nacidos.



Tabla 2
Operacionalización de las variables

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN DE LA DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS
Acto de succión	Son todas las actividades que realiza el bebé una vez que su boca tiene contacto con el pecho materno.	<ul style="list-style-type: none"> – Posición de la areola. – Apertura de la boca. – Posición de labio inferior. – Posición del mentón. – Forma de las mejillas. – Tipo de succión. – Percepción de la deglución. – Número de succiones. 	1
Posición del cuerpo	Son aquellas características físicas posturales de la madre y el bebé en el acto de lactancia	<ul style="list-style-type: none"> – Posición de la madre. – Cercanía del bebé. – Alineación del bebé. – Apoyo de los glúteos. 	2
Respuesta	Son acciones reflejas que el bebé manifiesta al tener contacto con el pecho materno	<ul style="list-style-type: none"> – Reflejo de búsqueda. – Exploración del pecho. – Alerta del bebé – Sujeción al pecho – Signos de eyección de la leche. 	3
Vínculo emocional	Son características de índole emocional que rodean el acto de lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> – Seguridad de la madre al sostenerlo. – La madre mira a su bebé. – Continuidad del contacto en la madre 	4
Anatomía	Son características estructurales del pecho materno durante y al finalizar la succión	<ul style="list-style-type: none"> – Estado del pecho después de la succión. – Protractilidad de los pezones. – Apariencia de la piel. – Forma de los pechos durante la succión. 	5
Tiempo	Número de succiones por minuto	<ul style="list-style-type: none"> – Succiones por minuto 	6

3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos:

Para la recolección de datos se aplicó como técnica la observación y como instrumento una guía de observación. La guía de observación llevó como título: “Ficha de observación del acto de la lactancia”. Esta ficha fue adaptada y validada en otra investigación con autorización de la ficha original cuyo nombre es “Guía de capacitación en manejo de lactancia” de H.C. Armstrong, Nueva York, IBFAN y UNICEF, 1992.

Ficha Técnica:

Nombre del Instrumento	: “Guía de capacitación en manejo de lactancia”
Autor	: H.C. Armstrong, IBFAN y UNICEF
Año de creación	: 1992
País	: Estados Unidos de Norte América
Tipo de aplicación	: Individual
Tiempo de aplicación	: 15 a 20 minutos
Margen de aplicación	: Bebés recién nacidos
Nivel de significación	: Permite determinar las características de la succión efectiva en lactantes según la Rehabilitación Neuro-oclusal.

Descripción:

La guía está compuesta de cinco secciones que describen el acto de la lactancia: 1) la posición del cuerpo de la madre y el bebé, 2) la respuesta del bebé durante la lactancia, 3) el vínculo emocional entre la madre y el bebé, 4) la anatomía de los pechos de la madre, 5) el acto de succión y 6) el tiempo de succión.

En cada sección se establecen indicadores que indican signos de que la lactancia funciona bien y signos de posible dificultad.

La observación se inicia después que la madre firma el consentimiento informado y sus datos son registrados en la ficha de observación. Se pide a la madre que alimente a su bebé, sin darle ninguna indicación para ello. La observación termina cuando el bebé deja de lactar o cuando la madre lo retira de su pecho materno.

3.5. Procedimiento:

Antes de iniciar con la recolección de datos se presentó un documento dirigido al director del Hospital Madre Niño “San Bartolomé”, para la aplicación del instrumento de observación y para la recolección de la muestra, los cuales fueron llevados a cabo en el área de Alojamiento conjunto y Tamizaje auditivo en el periodo de un mes, desde el 01 al 31 de agosto del 2016. Luego de obtener el permiso se elaboró una ficha de consentimiento informado dirigido a aquellas madres que serían observadas. A las madres que aceptaron participar del trabajo de investigación se les explicó en que consistía la observación solicitándoles algunos datos como: nombres y apellidos de la madre y del bebé, edad, procedencia, ocupación; siendo necesarios para el análisis de resultados.

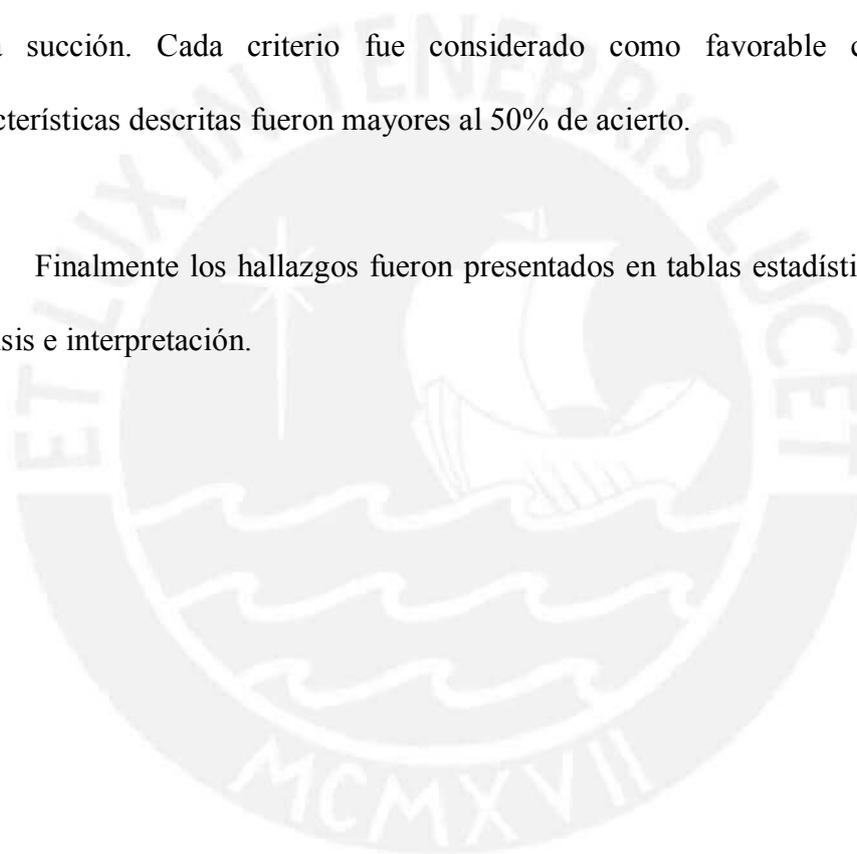
3.6. Procesamiento y análisis de datos:

Los datos obtenidos de las fichas de observación fueron procesados mediante el programa de Microsoft Excel.

Se hizo uso de la estadística descriptiva para la determinación de la frecuencia y proporción de las variables; así mismo se hallaron las medidas de tendencia central, promedio y moda varios.

Para obtener los valores finales (adecuado y posible dificultad) de la ficha se consideró como aspectos importantes: la posición del cuerpo, respuesta del bebé y la succión. Cada criterio fue considerado como favorable cuando las características descritas fueron mayores al 50% de acierto.

Finalmente los hallazgos fueron presentados en tablas estadísticas para su análisis e interpretación.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Presentación de resultados.

Luego de haber recolectado los datos, estos fueron procesados y presentados en tablas para su respectivo análisis e interpretación.

A. Características Sociodemográficas de la muestra estudiada

En relación a las características generales, se tiene que la población estuvo conformada por 91 recién nacidos y sus madres en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé, siendo que las edades de las madres en su mayoría fluctúa entre 30 años a más 41% (37). Con respecto a la procedencia la mayoría era de la costa con un 74 % (67). En relación al grado de instrucción el 59% (54) presenta secundaria completa. El 74% (67) refieren ser amas de casa. En cuanto a la paridad el 43% (39) refirió que era su primer bebé y en relación a la edad del recién nacido la gran mayoría, el 82% (75) fue menor a una semana. (Ver Anexo “D”).

B. Análisis descriptivo de resultados

Tabla 3

Aspectos observados en la evaluación de la succión del recién nacido

Aspectos evaluados	Adecuada		Posible dificultad	
	N°	%	N°	%
Posición del cuerpo	65	71	26	29
Respuestas	80	88	11	12
Vínculo emocional	79	87	12	13
Anatomía	85	93	6	7
Succión	79	87	12	13
Tiempo de succión	65	71	26	29

La tabla 3 se refiere a los aspectos observados en la evaluación de la succión del recién nacido, en base a un total de 91 sujetos observados (100%). Entre los criterios que alcanzaron la valoración adecuada se puede mencionar la anatomía con el 93% (85), seguido del 88% (80) que presentó una respuesta favorable y el 87%(79) en quienes el vínculo emocional y la succión fueron adecuados. Por otro lado, entre los aspectos que presentaban posible dificultad, se puede observar que la gran mayoría presentaron inconvenientes en la posición del cuerpo y el tiempo de succión representados por un 29% (26) en cada caso.

Tabla 4

Características de la posición del cuerpo en la succión del recién nacido

Posición del Cuerpo		N°	%
Posición de la madre	A: madre relajada y cómoda	35	38
	PD: hombros tensos se inclina sobre el bebé	56	62
Cercanía del bebé	A: cuerpo del bebé, cerca de frente al pecho	60	66
	PD: cuerpo del bebé separado de la madre	31	34
Alineación del bebé	A: cabeza y cuerpo alineados	84	92
	PD: cuerpo torcido	7	8
Apoyo de los glúteos del bebé	A: nalgas del bebé apoyados	88	97
	PD: solo apoyados cabeza y hombros	3	3

A: adecuado

PD: Posible dificultad

Sobre la posición del cuerpo de la madre durante la succión del recién nacido se puede observar que con respecto a la cercanía del bebé el 66% (60), presentó este criterio como adecuado y se caracterizó porque el cuerpo del bebé se encontraba cerca de frente al pecho. El 92% (84) presentó una adecuada alineación del bebé, caracterizado por cabeza y cuerpo alineados. El 97% (88) presentó como adecuado el apoyo de los glúteos del bebé, caracterizado porque las nalgas del bebé se encontraban apoyados. Se debe observar que la mayoría de los indicadores se presentan como adecuados; sin embargo, en relación a la posición de la madre, el 62% (56), presentó posible dificultad, identificado por los hombros de la madre tensos que se inclinan sobre el bebé, siendo así que en los resultados generales este

ítem es uno de los que alcanzó mayor valor dentro de los signos de dificultad en el acto de succión, como se puede ver en la tabla N° 4.

Tabla 5

Características de la respuesta del recién nacido en la succión

Respuesta		N°	%
Reflejo de búsqueda	A:el bebé busca el pecho	66	73
	PD: no se observa búsqueda	25	27
Conducta en la búsqueda	A:el bebé explora el pecho con la lengua	71	78
	PD: el bebé no se muestra interesado en el pecho	20	22
Conductas en la succión	A:Bebé tranquilo y alerta mientras mama	77	85
	PD: bebé inquieto y llorando	14	15
Permanencia de la succión	A:permanece agarrado al pecho	76	84
	PD: se suelta del pecho	15	16
Eyección de la leche	A:signos de eyección de leche	81	89
	PD: no hay signos de eyección de leche	10	11

A: adecuado

PD: Posible dificultad

En relación a las características de la respuesta del recién nacido durante la succión se puede observar que en la mayoría de las evaluaciones, los criterios alcanzaron una valoración de adecuado, tal es así que el 89%(81) presentó signos de eyección de leche, en el 85% (77) el bebé se presentó tranquilo y alerta mientras succionaba el pecho y en el 84% (76) el bebé permanecía agarrado al pecho.

Tabla 6

Características del vínculo emocional en la succión del recién nacido

	Vínculo Emocional	N°	%
Seguridad	A: lo sostiene segura y confiadamente	81	89
	PD: lo sostiene nerviosa y con torpeza	10	11
Mirada	A: la madre mira al bebé cara a cara	81	89
	PD: la madre no mira al bebé a los ojos	10	11
Contacto	A: mucho contacto de la madre	80	88
	PD: lo toca poco y no hay contacto físico	11	12
Muestra de sentimiento	A: la madre acaricia al bebé	54	59
	PD: la madre lo sacude	37	41

A: adecuado PD: Posible dificultad

La tabla 6, presenta las características del vínculo emocional durante la succión del recién nacido, en el cual se puede apreciar que la mayoría de los ítems observados alcanzaron la valoración de adecuado, en relación a la seguridad con la que la madre sostiene a su bebé, la mirada cara a cara, y el contacto entre ambos, lo cual en promedio alcanzó el 89 % de ocurrencia. Sin embargo, llama la atención que en relación a las muestras de sentimiento de la madre solo el 59% (54) acariciaba al bebé durante la lactancia, mientras que el porcentaje restante lo sacudía.

Tabla 7

Características de la anatomía de los pechos de la madre en la succión del recién nacido

Anatomía		N°	%
Estados de los pechos después de la succión	A: pechos blandos después de la lactancia	83	91
	PD: pechos ingurgitados	8	9
Protractilidad de los pezones	A: pezones protractiles	82	90
	PD: pezones planos o invertidos	9	10
Apariencia de la piel	A: piel de apariencia sana	88	97
	PD: piel roja o con fisuras	3	3
Forma de los pechos	A: pechos redondeados al succionar	89	98
	PD: pechos estirados o halados	2	2

A: adecuado PD: Posible dificultad

Sobre las características de la anatomía de la madre en el acto de succión del recién nacido, se puede observar que en relación al estado de los pechos después de la succión el 91%(83) presentó pechos blandos después de la lactancia. En cuanto a la protractilidad de los pezones el 90% (82) presentó los pezones protractiles. La apariencia de la piel en el 97% (87) fue de apariencia sana y en relación a la forma de los pechos durante la succión el 98% (89) se presentaron redondeados al succionar, alcanzando todas estas características un valor final de adecuado, todo esto evidenciado en la tabla 7.

Tabla 8
Características de la succión del recién nacido

	Succión	N	%
Posición de la areola	A: más areola sobre la boca del bebé	37	41
	PD: más areola por debajo de la boca del bebé		
Apertura de la boca	A: boca bien abierta	54	59
	PD: boca no está bien abierta	51	56
Posición del labio inferior	A: labio inferior evertido	40	44
	PD: labio inferior invertido	47	52
Posición del mentón	A: mentón del bebé toca el pecho	44	48
	PD: mentón del bebé no toca el pecho	74	81
Forma de las mejillas	A: mejillas redondeadas	17	19
	PD: mejillas tensas o invaginadas hacia adentro	88	97
Apreciación de la succión	A: mamadas lentas y profundas, a veces con pausas	3	3
	PD: solo succiones rápidas	80	88
Apreciación de la deglución	A: se puede ver u oír al bebé deglutir	11	12
	PD: se oye al bebé chasquear	81	89
		10	11

A: adecuado

PD: Posible dificultad

Referente a las características de la succión detallados en la tabla 8, se puede notar que entre los aspectos que alcanzaron mayor porcentaje de valoración adecuado se encuentra que el 97% (88) presentaron las mejillas redondeadas, seguido del 89% (81) en quienes se pudo ver u oír al bebé deglutir y en el 88% (80) se pudo observar las mamadas lentas y profundas a veces con pausas. Entre los criterios que no alcanzaron porcentajes significativos se puede mencionar que sólo el 56% (51) presentó una apertura adecuada de la boca, el 52% (47) tenía el labio

inferior evertido y el 59% (54) presentaron más areola por debajo de la boca del bebé, siendo este último valorado como posible dificultad.

Tabla 9

Características del tiempo en la succión del recién nacido

Tiempo		N°	%
Actividad	A: el bebé suelta el pecho espontáneamente	56	62
	Pd: la madre retira al bebé del pecho	35	38
Minutos de lactancia	A: de 10 a 20 min	65	71
	Pd: menor de 10 min	26	29

A: adecuado PD: Posible dificultad

En relación al tiempo de la succión, se puede apreciar que en el 62% (56) de los casos el bebé soltó el pecho de forma espontánea, siendo esto un indicativo adecuado de succión del recién nacido; además en el 71% (65) de ellos el tiempo de lactancia duró entre 10 min a 20 min, lo cual también alcanzó un valor adecuado. Sin embargo, se observa un porcentaje del 38% (35) y 29% (26) respectivamente que presentaron posible dificultad en el tiempo de succión siendo de esta forma dos de los ítems que alcanzaron mayor valor dentro de los signos de dificultad en el acto de succión, tal como se observa en la tabla 9.

Tabla 10

Comportamiento de los aspectos observados en la succión del recién nacido según datos sociodemográficos

Datos Sociodemográficos		Succión			
		Adecuada		Posible Dificultad	
		N°	%	N°	%
Edad de la madre	Menores de 25	33	42	4	33
	Mayores de 25	46	58	8	67
Procedencia	Costa	57	72	10	83
	Sierra	16	20	2	17
	Selva	6	8	0	0
Grado de instrucción	Secundaria Completa	47	60	7	58
	Secundaria incompleta	16	20	1	8
	Superior completo	9	11	2	17
	Superior incompleto	7	9	2	17
Núm. Hijos	1 hijo	31	39	8	67
	Más de 2 hijos	48	61	4	33
Edad del RN	1 Semana de nacido	66	84	9	75
	Mayor a 1sem	13	16	3	25
TOTAL		79	100	12	100

En la tabla 10, se puede apreciar una comparación de las características sociodemográficas de la madre y el comportamiento en términos de valor final (adecuado o posible dificultad), siendo así que en relación a las madres que presentaron posible dificultad (12); en el 67% (8) de ellas su bebé era el primer hijo y eran madres mayores de 25 años, así como el 75 % (9) de los bebés eran menores de 1 semana. En relación a los indicadores con valoración adecuada, según la ficha de observación, se puede destacar que el 72% (57) eran procedentes de la Costa: el

61% (48), eran madres por segunda vez y el 60% (47) tenían como grado de instrucción secundaria completa.

4.2 Discusión de resultados

A continuación se llevará a cabo un análisis crítico de los resultados obtenidos, siguiendo el orden de los objetivos planteados para esta investigación.

La succión es un mecanismo innato que permite la alimentación del recién nacido a través de movimientos y mecanismos de control que va adquiriendo como habilidad y son necesarias en la maduración del sistema motor oral del niño, estableciendo las prácticas básicas que constituyen el patrón funcional para el desarrollo del sistema estomatognático (SE) (Mata, 2011). En ese sentido la Rehabilitación Neuro Oclusal (RNO), promueve el establecimiento adecuado de las funciones bucofaríngeas desde los primeros meses de vida; por tal motivo es indiscutible la importancia de que este proceso se lleve a cabo en las mejores condiciones posibles, siguiendo un patrón que permita la funcionalidad eficaz.

Desde esta perspectiva y dando cumplimiento a los objetivos planteados, se puede mencionar que fueron seis los ítems generales observados en la evaluación de la succión del recién nacido, según la ficha de observación del acto de la lactancia, adaptado de IBFAN y UNICEF, (1992). Se pudo apreciar que la gran mayoría de las madres presentaron prácticas adecuadas de amamantamiento, siendo conveniente resaltar la siguiente información: el 93% presentaban una adecuada anatomía que les facilite el acto de succión, seguido por los criterios de respuesta,

vínculo emocional y succión que en promedio obtuvieron el 87% de conductas adecuadas y dentro de aquellos en los que se presentó posible dificultad, destacaron la posición del cuerpo y el tiempo de succión (29%, en ambos casos).

Estos hallazgos encuentran discrepancias y algunas similitudes con un estudio publicado en el 2010 por Santos .D y cols en el cual encontraron un alto porcentaje de comportamiento adecuado de la variable en la respuesta del bebé (79,2%) y el tiempo de succión (71.1%) en una muestra de 53 casos. Es importante mencionar que en la presente investigación también se encontró un porcentaje favorable para ambos criterios, sin embargo, el tiempo de succión junto con la posición del cuerpo (29%) son aspectos que resaltaron dentro de los signos de posible dificultad. Siendo este último, al lado de anatomía y succión criterios que con un 67,9% fueron calificados como inadecuados en el estudio en referencia.

Por consiguiente y para entender en detalle cada una de estas características y su incidencia en la succión, se puede mencionar que en relación al objetivo sobre identificar las características de la posición del cuerpo en la lactancia, autores como Quinteros (2014) en una investigación sobre “Posiciones correctas y un buen agarre al amamantar”, manifiesta que una posición adecuada reviste importancia principalmente en la funcionalidad de los senos lactíferos, para que se dé el agarre completo y con ello la eyección del preciado alimento. Para ello el bebé debe estar colocado de forma tal que exista un ángulo de 45° con respecto a la madre, la cara frente al pezón, su cuerpo recto, ligeramente extendido y pegado al cuerpo de ella. Además el niño debe estar tranquilo y la madre relajada y cómoda, todo esto

permitirá que ambos, madre e hijo se sientan cómodos y que al no tirar del pezón, no se formen grietas en el mismo que dificulten la succión del recién nacido, desencadenando con ello una inadecuada presión sobre los conductos, produciéndose bloqueos en la eyección de la leche.

Por lo tanto al obtener en la presente investigación, características sobre la posición del cuerpo, en el cual un porcentaje significativo de las madres presentaban los hombros tensos y se inclinaban sobre el bebé, dificultando el amamantamiento; se puede mencionar, que al manifestarse de forma recurrente esta postura inadecuada podría incrementar el riesgo de algunas alteraciones en la integridad de la piel de los pezones que no permitiría que el bebé continúe lactando y por ende una disminución de la producción y eyección de la leche materna.

Respecto al objetivo sobre identificar las características de la respuesta, se pudo apreciar que la gran mayoría presentaba signos de eyección de la leche, sus bebés se encontraban tranquilos y alertas mientras mamaban y permanecían agarrados al pecho, todo ello distinguido como adecuado.

En relación a ello la literatura indica que la eyección de la leche viene condicionado por el estímulo de succión el cual libera un conjunto de hormonas entre ellos la prolactina y oxitocina, que contribuye en la producción y eyaculación de la leche. Entidades como la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura) recomiendan que si es posible, la lactancia se debe iniciar unos minutos después del parto (o ciertamente dentro de un término de una

hora) ya que eleva los niveles de la hormona oxitocina secretada en la sangre de la madre. Esta situación permite que el bebé supla su necesidad y otorgue respuestas que identifiquen satisfacción como permanecer alerta y agarrado al pecho materno. Así mismo la FAO, manifiesta que en muchos estudios, sobre todo de países industrializados, se cita “leche insuficiente” como la razón más común por lo que las madres culminan de manera precoz la lactancia exclusiva e inician las prácticas de suplementación, entre ellos el uso del biberón, siendo este último nocivo en la adecuada conformación de las estructuras del SE.

Siendo así, se puede inferir que la gran mayoría de madres observadas en la investigación, al presentar los bebés respuestas adecuadas al amamantamiento, tendrían una alta probabilidad de mantener la lactancia materna de forma exclusiva sin la presencia de hábitos nocivos, entre ellos el uso del biberón.

En relación a las características del vínculo emocional, se pudo apreciar que la gran mayoría: sostenía segura y confiada al bebé, mirándolo a la cara, y teniendo mucho contacto, lo cual fue calificado como adecuado. Sin embargo, si llama la atención que en un grupo significativo, presentaban posible dificultad en relación a que sacudían a los bebés mientras lactaban, sin manifestarles caricias, estos según los criterios descritos en la observación.

Al respecto, son muchos los estudios que resaltan los beneficios del amamantamiento, entre ellos el refuerzo del vínculo afectivo, cuando el bebé mama el cuerpo de la madre secreta hormonas, como: la oxitocina y prolactina, siendo que

además de desempeñar papeles biológicos también se asocian con la manifestación de sentimientos de cariño, ternura y sensación de calma. Unicef, manifiesta la importancia y necesidad de promover la plenitud emocional entre la madre y su bebé, dado que a mayor lactancia mejor autoestima y mayor autoconfianza y en medida que estas dos se fortalezcan, se estructura mejor el proceso de lactancia. Así mismo la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Española de Pediatría manifiestan que una buena lactancia se asocia a sentimientos de logro y satisfacción personal, es por ello importante que durante el amamantamiento la madre se encuentre segura y tranquila, que mire a su bebé que mantenga el contacto y que lo acaricie, entre otros, si alguna de estas características se ve alterada, interferiría con el desarrollo óptimo del vínculo madre hijo.

Por lo expuesto, se podría inferir que al encontrar un grupo significativo de madres que sacuden a sus bebés durante la lactancia, podrían evidenciar signos de tensión o estrés que no permitan el desarrollo del vínculo afectivo que propicia la seguridad durante la succión, denotándose además en la posición corporal, ya que si se recuerda existe un porcentaje significativo de madres que presentaron hombros tensos e inclinadas sobre el bebé, descritos en la tabla 3. Sin embargo es bueno resaltar que en general este criterio alcanzó un calificativo adecuado.

Sobre la identificación de las características de la anatomía de los pechos, se observó que la gran mayoría de las madres presentó este ítem como adecuado, en relación a los demás criterios. Es así que, autores como Issler y cols (2001), consideran que la anatomía de las mamas varía según características personales,

genéticas y en la misma mujer de acuerdo a la edad y paridad, sin embargo todos los pechos son válidos para alimentar, pero algunas condiciones estructurales serán de mayor ayuda a las madres, ya que favorece un drenaje eficaz, y un mayor acomodamiento del bebé para coger el pecho materno. Así mismo, según Cruz (2006), existen algunas situaciones en el pecho materno, que pueden causar dificultad en el acto de amamantar, encontrándose entre ellas: los pezones planos o invertidos, y la ingurgitación o plétora. Ambos, dificultan que el bebé introduzca toda la areola en la boca, siendo de esta forma que la succión se produce de forma inadecuada y con ello se altere la estructura normal del pezón, por el esfuerzo adicional que hace el bebé en la obtención de la leche. Esta referencia es corroborada en los hallazgos ya que la mayoría, al presentar una anatomía adecuada, perfila uno de los componentes para el éxito de la succión, y fueron encontrados como adecuados.

Identificar el tiempo en la succión del recién nacido fue otro objetivo planteado. Al respecto llamó la atención que dentro de los aspectos generales que fueron evaluados, éste es uno de los que presentó signos de posible dificultad, en un grupo parcialmente importante, siendo de interés dentro de sus características que las madres no alcanzaron un tiempo mayor a 10 min durante la lactancia. Al respecto es importante mencionar que el tiempo debe ser evaluado junto con otras características, ya que en sí mismo no determina que la succión se esté llevando a cabo de forma adecuada. Diversos pediatras, basado en la experiencia clínica, sostienen que el tiempo promedio que podría perfilar una succión exitosa es de 10 a 15 min, por cada pecho, un tiempo menor a este podría indicar dificultades en la

succión (al coger el pecho, en la posición, entre otras) es por ello que este criterio debe ser evaluado como parte de un conjunto de características y no ser determinante para marcar la eficacia de la lactancia.

Así mismo, se infiere que en el grupo en quienes se presentó dificultad, podría ser resultado de la asociación de otros factores, como la posición del cuerpo del bebé y de la madre, el posicionamiento inadecuado de la areola en la boca del bebé, la boca que no se encontraba bien abierta; en algunas, el labio inferior invertido durante la succión, entre otros criterios en los cuales se presentó signos de posible dificultad, en nuestra evaluación.

En referencia a la identificación de las características de la succión propiamente dicha, se pudo apreciar que hubo criterios en los que la mayoría alcanzó una valoración de adecuado, entre ellos: las mejillas redondeadas, el oír o ver deglutir al bebé y mamadas lentas y profundas con pausas. Sin embargo se presentaron algunas características que no alcanzaron valores significativos, entre ellas la apertura adecuada de la boca, la posición del labio inferior (evertido o invertido) la visualización de más areola por debajo de la boca del bebé, siendo este último valorado como posible dificultad.

Respecto a ello, Amador (1996), menciona que siendo el papel de la madre de gran importancia en la succión, el que desempeña el bebé cumple también un rol significativo. Es así que para obtener una cantidad de leche que cubra la necesidad del niño es necesario la completa introducción del pezón y la areola dentro de la

boca, hasta que la punta del pezón alcance el paladar blando, así se produce el sellado completo para crear el vacío. Una vez que la areola y el pezón se encuentren dentro de la boca, la lengua se desplaza hacia adelante, comprimiendo la areola contra el paladar duro, exprimiéndose la mama y extrayéndose la leche. Este conjunto de movimientos realizados no solo revisten importancia por la satisfacción nutricia del bebé, sino que son necesarias en la maduración del sistema motor oral del niño, estableciendo las prácticas básicas que constituyen el patrón funcional para el desarrollo del SE (Mata, 2011), promovido además por la RNO. Sin embargo para que esta función se desarrolle adecuadamente, existe un conjunto de influyentes externos que determinarán el éxito de la succión, como el posicionar de forma adecuada al bebé, propiciarle seguridad y confianza, estructuras anatómicas que favorezcan su prendimiento del pecho y el tiempo de lactancia, dando como resultado respuestas en el bebé que permita identificar si éste alcanza los objetivos que denotan éxito en la succión.

Es así que por todo lo ya descrito y en cumplimiento al objetivo general, se puede inferir que el éxito de la succión efectiva en la mayoría de la muestra, fue favorecido por una serie de factores. Entre ellos se puede mencionar, la anatomía de los pechos maternos, el vínculo emocional, la respuesta y entre los criterios que pudieron influir en el grupo de madres que tuvieron dificultades, se podría deber principalmente a la posición del cuerpo y algunos aspectos propios de la succión que no fueron realizados de forma satisfactoria como una apertura insuficiente de la boca y el labio inferior invertido.

Finalmente los valores finales sobre las características de la succión (adecuado, posible dificultad), fueron confrontados con la información de los datos sociodemográficos, con el objetivo de entender qué situaciones sociales podrían caracterizar a aquellas madres que tuvieron posible dificultad, observando que en la mayoría de aquellas en las que se presentó la posible dificultad, su bebés eran el primer hijo y eran madres mayores de 25 años; ambos criterios, se encuentran muy ligados a la experiencia y preparación. Sin embargo, la edad puede preparar a la mujer en forma biopsicosocial, es decir su cuerpo se encuentra maduro para este periodo y también puede presentar mayor estabilidad emocional; no obstante, al ser el primer hijo, las praxis maternas comienzan y con ellas una serie de experiencias que se irán regulando en el tiempo, tal es así que se puede agregar que en la muestra, la mayoría de los bebés eran menores de una semana. Por lo que se podría inferir que el hecho de ser su primer hijo y al tener menos de una semana de nacidos, pudo influir en que su succión presentase posible dificultad, más que el resto de indicadores, como la procedencia, o el grado de instrucción. Además en un trabajo de investigación sobre el comportamiento de la lactancia materna, realizado por Alvarez (2007), se identificó a la experiencia, es decir, madres multíparas, como un factor protector en la lactancia materna exclusiva (LME), e incluso se ha evidenciado una probabilidad 6 veces mayor de fracasar la LME en madres primerizas.

Considerando todos los datos obtenidos en la investigación y la confrontación con la respectiva literatura, se podría considerar que éstos hallazgos revisten importancia ya que aportan evidencia científica sobre las características de la efectividad de la succión en el recién nacido, según la teoría de rehabilitación

Neuro oclusal; siendo que su generalización a la sociedad aportará el conocimiento necesario que motive intervenciones preventivas en los problemas de mal oclusión de gran prevalencia en el país.



CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Luego del análisis científico de los resultados, se formulan las siguientes conclusiones:

- La posición inadecuada del cuerpo de la madre influyó en forma determinante, ya que dificulta el amamantamiento e incrementa el riesgo de alteraciones en la integridad de la piel por no encontrarse al bebé bien agarrado del pecho materno, ello evidenciado en un grupo representativo de la muestra.
- Las características que describieron una respuesta adecuada de succión en el bebé, en la gran mayoría del estudio, son indicativos de un estímulo adecuado, que propicia la eyección de la leche y asegura el éxito de la lactancia sin que ésta sea reemplazada por alguna práctica nociva como el uso del biberón.

- El vínculo emocional durante la succión influyó de forma complementaria, propiciando un ambiente emocional cálido que desarrolle el vínculo madre hijo, hecho que se observó en la mayoría de las evaluadas.
- La anatomía del pecho materno es una característica variable que favoreció un drenaje eficaz, y un mayor acomodamiento del bebé para coger el pecho materno. Situación observada en un porcentaje altamente significativo.
- El tiempo de succión es una característica que denotó posibles dificultades en la succión, en un grupo parcialmente importante de la muestra, asociado a otros factores como la posición del cuerpo del bebé y de la madre, el posicionamiento inadecuado de la areola en la boca del bebé, la boca que no se encontraba bien abierta; en algunas, el labio inferior invertido durante la succión, entre otros criterios.
- La succión efectiva propiamente dicha que alcanzó en forma general valores importantes en la calificación de adecuado, fue favorecido por una serie de factores. Entre ellos se puede mencionar, la anatomía de los pechos maternos, el vínculo emocional, la respuesta y entre los criterios que pudieron influir en el grupo de madres que tuvieron dificultades, se podría deber principalmente a la posición del cuerpo y algunos aspectos propios de la succión que no fueron realizados de forma satisfactoria como una apertura insuficiente de la boca y el labio inferior invertido.

- Estos valores finales que en el estudio fueron obtenidos con la calificación de adecuado, prevendrían, según la teoría de Rehabilitación Neuro Oclusal, los problemas de mal oclusión de gran incidencia en la población.

5.2. Recomendaciones

De la ejecución del presente trabajo se derivan las siguientes recomendaciones:

- Realizar otros trabajos similares, con una perspectiva comparativa entre poblaciones con diferentes características sociodemográficas, permitiendo la identificación de la influencia de estos en el amamantamiento.
- Estudios prospectivos, de abordaje preventivo promocional sobre la succión y su repercusión en la formación de las estructuras orales del niño, pudiendo ser su seguimiento desde componentes preventivos como crecimiento y desarrollo, la estrategia de inmunizaciones o escuelas saludables.
- Realizar estudios interdisciplinarios sobre la lactancia, considerando todos los aspectos inmersos en este proceso, otorgándole una mirada integral.

REFERENCIAS

ALIAGA, Arón y otros

2011“Maloclusiones en Niños y Adolescentes de Caseríos y Comunidades Nativas de la Amazonia de Ucayali”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Lima, 2011, volumen 28, número 1, pp. 87-91.

ÁLVAREZ, Dulce María y otros

2007 *Comportamiento de la lactancia materna, en lactantes*. Consulta: 16 mayo de 2016.

<http://www.monografias.com/trabajos918/comportamiento-lactanciamaterna/comportamiento-lactancia-materna2.shtml>

ALLUP, Amanda y otros

s/f *Compendio De Crecimiento y Desarrollo Craneofacial*. Caracas. Consulta: 18 de mayo de 2016.

<https://es.scribd.com/doc/125783549/Crecimiento-yDesarrollo-Craneofacial>

AMADOR, Manuel y Mirtha HERMELO

1996 “Alimentación y nutrición”. *Colección de Pediatría*. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación, pp. 90-100.

BARBERÍA Elena

2005 “El tratamiento dental del niño”. *Atlas de Odontología infantil para pediatras y odontólogos*. Ripano: Madrid, pp. 65-67.

CAMARGO, Christiane

2002 “Desarrollo de las funciones estomatognáticas”. *Fundamentos de Fonoaudiología*. Sao Paulo: Panamericana, pp. 1-6.

CARRILLO, Cynthia

2008 *Influencia de la lactancia materna y artificial en el crecimiento mandibular en neonatos*. Tesis de licenciatura para Cirujano dentista. Lima: Universidad Nacional Mayor e San Marcos, Facultad de Odontología. Consulta: 2 de mayo de 2016.
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2177/1/Carrillo_ec.pdf

CIGÜEÑAS, Edith.

2013 *Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones, en infantes de 0 a 36 meses de edad*. Tesis de licenciatura para Cirujano Dentista. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología. Consulta: 15 de abril de 2016.
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3080/3/Cigue%C3%B las_re.pdf

COSTAS, Mariela y otros

2006 "Patrones de succión en el recién nacido de término y pretérmino". *Revista chilena de pediatría*. Santiago, 2006, volumen 77, número 2, pp. 198-212.

Consulta: 16 de mayo de 2016.

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000200014

CUJIÑO, Martha

2004 "Lactancia Materna: Factor protectorio de La dentición". *Hacia la promoción de la salud*. Manizales, 2004, volumen 9, pp. 45-51. Consulta: 5 de mayo de 2016.

<https://www.yumpu.com/es/document/view/29604724/lactancia-maternafactor-protectorio-de-la-denticion-hacia-la->

CRUZ, Manuel

2006 "Alimentación del recién nacido prematuro o de bajo peso" *Tratado de Pediatría*. Ciudad de La Habana. Ciencias Médicas, pp. 647.

DEL BURGO GONZÁLEZ, Glauca

2004 *Rehabilitación de Problemas de Deglución, en Pacientes con Daño Cerebral Sobvenido*. España: EOS.

Del Carrizo, R

2005. *La Rehabilitación Neuro oclusal. La odontoestomatología del futuro*. En Medicentro Electrónica.

DI FRANCHESCO, Renata

2003 "Crescimento Craniofacial e Distúrbios da Respiração Oral do Ponto de Vista Otorrinolaringológico". *Respiração Oral*. São José dos Campos-SP: Pulso, pp. 27-35.

DIAS, Cristina

2004 "La orientación masticatoria como terapia coadyuvante en maloclusiones".

Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Caracas, 2004.

Consulta: 12 de mayo de 2016.

<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/pdf/art12.pdf>

DISCACCIATI, Susana y otros

2010 "Rol del amamantamiento en el desarrollo del sistema estomatognático".

Revista Facultad de Odontología UNNE. Corrientes, Volumen 3, número 1, pp. 39-45.

ELÍAS, Mario y César ARELLANO

2013 "anatomía bucal normal y anomalías bucales de aparición frecuente".

Odontología para Bebés. Madrid: Ripano, pp. 89-101.

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF)

2012 *Manual de la lactancia materna*. Consulta: 20 de junio de 2016.

www.unicef.org.ec

FLORES, Gabriel.

2011 *Relación entre el tipo de lactancia y crecimiento y desarrollo craneofacial*.

Tesis de licenciatura para Cirujano Dentista. Lima: Universidad Peruana

Cayetano Heredia. Facultad de Estomatología. Consulta 20 de mayo de

2016.

http://www.cop.org.pe/bib/tesis/GABRIELPEDRODAVIDFLORESRICA_RDI.pdf

GARCÍA, Carlos

2014 “Características Generales del Desarrollo Orofacial y Síndromes Craneofaciales” *Odontopediatría*. España: Elsevier-Masson, pp. 73-83.

GOMEZ, María y Antonio CAMPOS

2009 “Cavidad bucal”. *Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental*. México D.F.: Editorial Medica Panamericana, pp. 137-175.

GUILLÉN, Celso y otros

2004 “Beneficios de la leche y lactancia materna como factor importante del crecimiento y desarrollo del niño y su relación con el órgano de la boca”. *Odontología San Marquina*. Lima, 2004, volumen 8, número 1. Pp. 46-49.

Consulta: 20 de abril de 2016.

<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/viewFile/3383/4556>

HERNÁNDEZ, Roberto, Carlos. FERNÁNDEZ y María del Pilar, BAPTISTA

2010 “Definición del alcance de la investigación”. *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill Interamericana, pp. 80-85.

HIDALGO, María

2015 *Lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva en relación a la oclusión decidua de niños de un centro poblado de Huancavelica*. Tesis de Licenciatura para cirujano dentista. Lima: Universidad Nacional Mayor de

San Marcos, Facultad de Odontología. Consulta: 3 de junio de 2016.

<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4294>

INFANTE, Clementina

2009 *Fundamentos para la evaluación del crecimiento, desarrollo y función craneofacial*. Bogotá. Consulta: 20 de junio de 2016.

<http://www.bdigital.unal.edu.co/634/#sthash.aIpzxkz8.dpuf>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)

2014 *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES*. Lima. Consulta: 20 de julio de 2016

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf

ISSLER, Juan

2001 “Embarazo en la Adolescencia”. *Revista de Postgrado de la Cátedra VI Medicina*. Corrientes, 2001, número 107, pp: 11-23. Consulta: 15 de abril de 2016.

http://med.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

MARCHESAN, Irene

2002 *Fundamentos de Fonoaudiología*. Buenos Aires: Medica Panamericana

MC DONALD, Ralph y David, AVERY

1995 “Aspectos nutricionales del paciente pediátrico en odontología” *Odontología Pediátrica y el adolescente*. Madrid: Mosby/Doyma libros, pp. 433-474.

MARTINS, Lisiane y otros

2013 “Lactancia materna y su influencia en las habilidades orales del niño”. *Revista de salud pública*. 2013, volumen 47, número 1, pp: 37-43. Consulta: 20 de abril de 2015.

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102013000100006&script=sci_arttext&tlng=en

MATA, Elisa

2011 “Lactancia materna; su importancia en la prevención de las maloclusiones”. *Gaceta Dental*. Madrid, 2011, pp.132-139. Consulta: 20 de junio de 2016.

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

MENDOZA, Alfredo y otros

2008 “Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental”. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*. La Paz, 2008, volumen 47, número 1, pp: 3-7. Consulta: 8 de mayo de 2016.

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

MOORE, Keith y PERSAUD

1999 “Sistema Esquelético” *Embriología clínica*. 6ª. Ed. México D.F., Mc Graw-Hill. Interamericana, pp.427-447.

MURRIETA, José y otros

2009 “Prevalencia de maloclusiones en un grupo de estudiantes, universitarios mexicanos y su posible asociación con la edad, el sexo y el nivel

socioeconómico”. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*. 2012, volumen 24, número 1, pp. 121-132. Consulta: 18 de mayo de 2016.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121246X2012000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

NATERA, Adriana

2007 “Hábitos” *1001 Tips en Ortodoncia y sus Secretos*. Colombia: AMOLCA, pp. 272-301.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

2002 *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño*.

Consulta: 17 de mayo de 2016.

http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_spa.pdf

OTAÑO, Rigoberto y otros

2009 *Crecimiento y desarrollo craneofacial*. La Habana: Ciencias Médicas.

Consulta: 20 de julio de 2016.

<http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/crec-y-des-preg.pdf>

PAZ, Miguel

2015 *Nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad del HONADOMANI “San Bartolomé” MINSA 2014*. Tesis de licenciatura para Cirujano Dentista.

Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología. Consulta: 23 de abril de 2016.

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4277/1/Paz_mm.pdf

PÉREZ, Elaine

2011 “Lactancia materna y su importancia para evitar la aparición de anomalías dentomaxilofaciales”. *Revista 16 de abril, Científico Estudiantil de Ciencias Médicas de Cuba*. La Habana, 2011. Consulta: 17 de junio de 2016.
http://www.16deabril.sld.cu/rev/243/lactancia_materna.html

PINO, José y otros

2013 “Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile”. *Revista chilena de nutrición*. Santiago, 2013, volumen 40, número 1. Consulta: 18 de abril de 2016.
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775182013000100008

PLANAS, Pedro

2008 “Leyes planas de desarrollo del sistema estomatognático” *Rehabilitación Neuro-Oclusal*. Barcelona: Amolca, pp. 9-133.

PROFFIT, William y otros 2008 “Conceptos de crecimiento y desarrollo”. *Ortodoncia Contemporánea*. Barcelona: Elsevier-Mosby, pp. 27-70.

QUINTERO, Eva Y otros

2014 “Posiciones correctas y un buen agarre al amamantar, clave del éxito en la lactancia materna”. *Revista Medicentro Electrónica*. Santa Clara, Cuba, 2014, pp. 156-162. Consulta: 13 de mayo de 2016.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000400003

SANO, Selma y otros

2004 *Ortodoncia en la Dentición Decidua, Diagnóstico, Plan de Tratamiento y Control*. Brasil: Amolca.

SANTOS, Dania y otros

2010 “Caracterización de la succión en el lactante según la rehabilitación neuro-oclusal”. *Revista cubana de Estomatología*. Ciudad de la Habana, 2010, volumen 47 número 3. Consulta: 13 de mayo de 2016.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072010000300005

SEGURA, Narlinda, Mildred, GUTIÉRREZ y Miguel, OCHOA

2004 “Frecuencia de maloclusión en niños de 3 a 5 años de edad, policlínica Pedro Díaz Coello”. *Revista Científica de la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín*. Cuba, 2006, pp. 55-57.

SILVA, Cincinato

2003 *Deglutição Na Criança, no Adulto e no Idoso, Fundamentos para Odontologia e Fonoaudiologia*. São Paulo: Lovise.

SIMOES, Wilma

2004 “Principios Fundamentales de la Ortopedia Funcional de los Maxilares y sus Características Básicas”. *Ortopedia funcional vista a través de la Rehabilitación Neuro-Oclusal*. Brasil: Artes Médicas. Pp. 94-122.

TOLLARA, M. y otros

2009 “Amamantamiento Natural” *Odontopediatría en la primera infancia*. São Paulo: Editorial Santos, pp. 37-52.

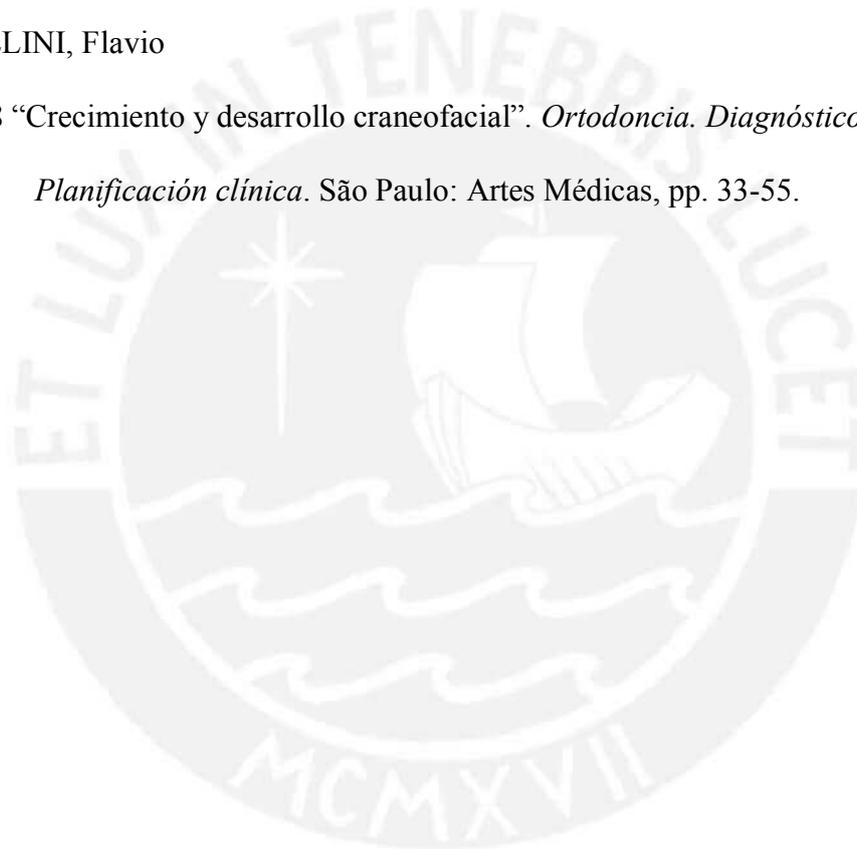
VÉLIZ, Olga.

2011 *La Rehabilitación Neuro -oclusal, Opción preventiva y terapéutica en edades tempranas del crecimiento y desarrollo*. Tesis de doctorado en Ciencias Estomatológicas. Santa Clara: Universidad de ciencias médicas de Villa Clara, Facultad de Estomatología. Consulta: 20 de marzo de 2017.

http://tesis.repo.sld.cu/512/1/Olga_V%C3%A9liz.pdf

VELLINI, Flavio

2008 “Crecimiento y desarrollo craneofacial”. *Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación clínica*. São Paulo: Artes Médicas, pp. 33-55.





ANEXOS

Anexo A

Documento de autorización del hospital nacional-Madre niño San Bartolomé para la ejecución del proyecto de investigación



PERU

Ministerio de
Salud

Instituto de Gestión de
Servicios de Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño "San Bartolomé"

Of. de Apoyo a la Docencia
e Investigación

DECENIO DE LAS PERSONAS CON INCAPACIDAD EN EL PERU
"Año de la Consolidación del mar de Grau"

Lima, 13 de julio de 2016

OFICIO N° 0731-2016-OADI-HONADOMANI-SB

SUSY YULISSA MAMANI MAMANI
Investigadora Principal
Presente. –

Exp.N°09861-16

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla cordialmente y a la vez manifestarle que el Proyecto de Investigación titulado:

"CARACTERIZACION DE LA SUCCION EFECTIVA EN LACTANTES SEGÚN LA REHABILITACION NEURO-OCCLUSAL EN EL HOSPITAL NACIONAL SAN BARTOLOME".

Observaciones

El planteamiento del estudio y la metodología, incluyendo el análisis estadístico propuesto para la evaluación de los resultados son apropiados para el proyecto.

Conclusión

Al respecto el proyecto N°09861-16. Es aprobado por el Comité de Ética Institucional e Investigación de manera expedita.

Nos es propicia la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente,

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIO DE SALUD
HONADOMANI SAN BARTOLOME
DE EDY VERAL TOYOLA
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

EVL/vma
cc. archivo

Anexo B

Ficha de consentimiento informado

Muy buenos días, somos las licenciadas Susy Mamani Mamani y Haydee Martínez Obregón; nos encontramos realizando un trabajo de investigación el cual lleva por título: “Caracterización de la succión efectiva en lactantes según la rehabilitación neuro-oclusal en el hospital nacional Madre Niño San Bartolomé”; con el objetivo de Determinar las características de la succión efectiva en lactantes según la Rehabilitación Neuro-oclusal; el cual se cumplirá a través de una ficha de observación del acto de la lactancia y si Ud. nos autoriza una corta filmación (video), mediante el cual observaremos, en caso Ud. participe, las acciones que realiza al amamantar a su bebe.

El estudio no conlleva ningún riesgo y el participante no recibe ningún beneficio económico. El proceso será estrictamente confidencial, su nombre o su video no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados. La participación es estrictamente voluntaria, usted tiene derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento.

Por consiguiente, si desea participar del trabajo de investigación en mención, por favor, coloque su DNI y firme su consentimiento.

Anexo C

Ficha de observación del acto de la lactancia

DATOS GENERALES

Nombre de la madre: _____ Edad: _____
 Procedencia: _____ Grado de instrucción: _____
 Ocupación: _____ Número de hijos: _____
 Nombre del recién nacido: _____ Edad: _____
 Numero de hijo: _____

Los signos en paréntesis se refieren al bebé recién nacido no a bebés mayores)

Signos de que la lactancia funciona bien	Signos de posible dificultad
1.Posición del cuerpo: -Madre relajada y cómoda. -Cuerpo del bebé cerca, de frente al pecho. -Cabeza y cuerpo del bebé alineados. (Nalgas del bebé apoyados)	-Hombros tensos, se inclina sobre el bebé. -Cuerpo del bebé se separa de la madre. -Cuerpo del bebé torcido. (Solo apoyados la cabeza y los hombros)
2.Respuesta: -(El bebé busca el pecho). -El bebé explora el pecho con la lengua. -Bebé tranquilo y alerta mientras mama. -El bebé permanece agarrado al pecho. -Signos de eyección de leche (chorros).	-(No se observa búsqueda) -El bebé no se muestra interesado en el pecho. -Bebé inquieto y llorando. -El bebé se suelta del pecho. -No hay signos de eyección de leche.
3.Vínculo emocional: -Lo sostiene segura y confiadamente. -La madre mira al bebé cara a cara. -Mucho contacto de la madre. -La madre acaricia al bebé.	-Lo sostiene nerviosamente y con torpeza. -La madre no mira al bebé a los ojos. -Lo toca poco, y no hay casi contacto físico. -La madre lo sacude.
4.Anatomía: -Pechos blandos después de la lactancia. -Pezones protráctiles. -Piel de apariencia sana. -Pechos redondeados mientras el bebé mama.	-Pechos ingurgitados (pletóricos). -Pezones planos o invertidos. -Piel roja o con fisuras. -Pechos estirados o flácidos.
5.Succión: -Más areola sobre la boca del bebé. -Boca bien abierta. -Labio inferior evertido. -Mentón del bebé toca el pecho. -Mejillas redondeadas. -Mamadas lentas y profundas, a veces con pausas. -Se puede ver u oír al bebé deglutir.	-Más areola por debajo de la boca del bebé. -Boca no está bien abierta. -Labio inferior invertido. -Mentón del bebé no toca el pecho. -Mejillas tensas o invaginadas hacia adentro. -Sólo succiones rápidas. -Se oye al bebé chasquear.
6.Tiempo: -El bebé suelta el pecho espontáneamente. -El bebé lactó durante minutos.	-La madre retira al bebé del pecho.

Ficha adaptada y validada en otra investigación con autorización de la ficha original cuyo nombre es "Guía de capacitación en manejo de lactancia" de H.C. Armstrong, Nueva York, IBFAN y UNICEF, 1992.

Anexo D
Cuadros sociodemográficos

Tabla D1: Edad de la madre.

EDAD	
DE 18 A 25	33
DE 26 A 30	21
DE 30 A +	37

Tabla D2: Procedencia de la madre

PROCEDENCIA	
COSTA	67
SIERRA	18
SELVA	6

Tabla D3: Grado de instrucción de la madre

GRADO DE INSTRUCCIÓN	
SECUNDARIA COMPLETA	54
SECUNDARIA INCOMPLETA	17
SUPERIOR COMPLETO	11
SUPERIOR INCOMPLETO	9

Tabla D4: Ocupación de la madre

OCUPACION	
AMA DE CASA	67
NEGOCIANTE	6
PROFESIONAL	7
OTROS	11

Tabla D5:

Número de hijos

NUMERO DE HIJOS	
1HIJO	39
2 HIJOS	31
MAS DE 2 HIJOS	21

Tabla D6: Posición del nacimiento

POSICION DE NACIMIENTO	
PRIMER HIJO	39
SEGUNDO HIJO	31
3 A MAS	21