

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE GRADUADOS



Efecto de la lactancia materna en la
prevención de hábitos nocivos de succión
y de maloclusión en niños de
3 a 5 años de edad

Tesis para optar el grado de Magíster en
Fonoaudiología

Lourdes Acero Silva
Pierina Aysanoa Pasco

Key words:
Maternal breastfeeding
Harmful sucking habits
Malocclusion

Lima – Perú
2009

ABSTRACT

The objective of this study is to identify the relationship that exists between children who received exclusive or mixed maternal breastfeeding for a period of no less than four months and the absence of harmful sucking habits.

The compilation of information obtained from the questionnaire given to parents and the observation sheet for recording the presence of malocclusions will enable the correlation between the type of maternal breastfeeding and harmful sucking habits the presence of malocclusions.

This descriptive study compares the rates of harmful habits such as finger-sucking, pacifier and baby bottle use in 120 children between the ages of three and five years who received exclusive or mixed maternal breastfeeding for a period of no less than four months (n=49 and n=71, respectively). The study establishes that the presence of harmful sucking habits for more than 36 months results in malocclusions. It also reveals that these harmful sucking habits are more frequent in those children who received mixed maternal breastfeeding (95%), causing malocclusions, with anterior open bite being the most frequent type (87%).

The findings demonstrate an unawareness of the importance of exclusive maternal breastfeeding (62.5%) to prevent the formation of harmful sucking habits, as well as a lack of information provided by health professionals, especially phono-audiologists (11%).

The contribution of this research will lay the foundations for promoting oral health with an interdisciplinary approach in which phono-audiologists will play an increasingly important role.

Key words:

Maternal breastfeeding

Harmful sucking habits

Malocclusion

DEDICATORIA

A nuestras familias, pues esta investigación es fruto del esfuerzo y constancia pero también del apoyo, la comprensión y el amor que siempre ellos nos han brindado a lo largo de la vida.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	i
CAPÍTULO I - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE ESTUDIO	
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	1
a) Fundamentación del problema.....	1
b) Formulación del problema.....	2
1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.....	2
1.3 IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	3
1.4 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	5
CAPÍTULO II – MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
2.2 BASES CIENTÍFICAS.....	15
2.2.1 LACTANCIA MATERNA.....	15
2.2.1.1. Importancia y ventajas de lactancia materna exclusiva.....	16
2.2.1.2. Cantidad y calidad de la leche durante la lactancia materna.....	17
2.2.1.3. Promoción de la lactancia materna.....	20
2.2.2. LA SUCCIÓN.....	22

2.2.2.1. La succión como función primaria del sistema estomatognático.....	23
2.2.2.2. Tipos de succión.....	26
a) Succión nutritiva.....	26
b) Succión no nutritiva	28
2.2.2.3. Hábitos nocivos de succión y disturbios miofuncionales orofaciales.....	39
2.2.2.4. Hábitos nocivos de succión y alteraciones oclusales	42
2.3 PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS.....	47
2.3.1. HIPÓTESIS GENERAL	47
2.3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	47
2.4 DEFINICIONES OPERACIONALES	47
a) Lactancia materna	47
b) Lactancia materna exclusiva.....	48
c) Lactancia materna mixta	48
d) Hábitos nocivos de succión	48
e) Maloclusión.....	48
 CAPITULO III – METODOLOGÍA	
3.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	49
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	49
3.3 SUJETOS DE INVESTIGACIÓN.....	50
3.4 INSTRUMENTO Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	51

3.4.1 INSTRUMENTO No. 1: CUESTIONARIO DIRIGIDO A PADRES	51
a. Ficha técnica.....	51
b. Descripción	52
c. Administración	53
d. Tipo de respuesta	53
3.4.2 INSTRUMENTO No. 2: FICHA DE OBSERVACIÓN DE MALOCLUSIÓN.....	53
a. Ficha técnica.....	53
b. Descripción	54
c. Administración	54
d. Tipo de respuesta	55
3.5 VARIABLES DE ESTUDIO.....	55
3.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	55
3.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE	55
3.5.3 VARIABLE INTERVINIENTE.....	56
3.6 PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	56
3.7 ANÁLISIS Y PROCEDIMIENTO DE DATOS	57
 CAPÍTULO IV - RESULTADOS	
4.1 PRESENTACIÓN DE DATOS.....	58
4.2 ANÁLISIS DE DATOS.....	76

CAPÍTULO V – CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1 CONCLUSIONES 88

5.2 SUGERENCIAS 90

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS iii

ANEXOS xi

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Género.....	58
Tabla 2. Edad	59
Tabla 3. Tiempo en que recibió lactancia materna	59
Tabla 4. Uso de biberón durante la lactancia materna	60
Tabla 5. Inicio del uso del biberón	60
Tabla 6. Uso de chupón durante la lactancia materna.....	61
Tabla 7. Presencia de uso del chupón durante la lactancia; según el tipo de lactancia materna.....	61
Tabla 8. Frecuencia de uso de chupón durante la lactancia materna mixta y exclusiva.....	62
Tabla 9. Uso del chupón después del destete.....	63
Tabla 10. Tiempo de uso del chupón después del destete.....	63
Tabla 11. Presencia de succión digital	64
Tabla 12. Presencia de succión digital según el tipo de lactancia materna.....	65
Tabla 13. Inicio de succión digital según el tipo de lactancia materna.....	65
Tabla 14. Cese de la succión digital según el tipo de lactancia materna	66
Tabla 15. Uso actual del biberón	67
Tabla 16. Uso actual del biberón según el tipo de lactancia materna empleada.....	67

Tabla 17. Cese del uso de biberón según el tipo de lactancia materna	68
Tabla 18. Succión de chupón, dedo y/o uso del biberón por más de 36 meses según el tipo de lactancia materna	69
Tabla 19. Presencia de maloclusiones como consecuencia del uso prolongado, por más de 36 meses, de los hábitos de succión digital, chupón y/o uso del biberón; según tipo de lactancia materna recibida	70
Tabla 20. Conocimiento de los hábitos de succión como posibles causantes de problemas orales en el niño	71
Tabla 21. Conocimiento acerca de los hábitos orales de succión que podrían causar problemas en el niño en madres que recurrieron a lactancia materna mixta y exclusiva.....	71
Tabla 22. Presencia de información sobre los daños causados por los hábitos nocivos de succión	72
Tabla 23. Presencia de información en madres según el tipo de lactancia materna empleada, acerca de los daños causados por los hábitos nocivos de succión.....	73
Tabla 24. Profesionales de la salud que brindan información sobre los daños causados por los hábitos nocivos de succión	74
Tabla 25. Intención de las madres de retirar los hábitos orales de succión	75
Tabla 26. Intención de las madres de retirar los hábitos orales de succión según el tipo de lactancia.....	75

INTRODUCCIÓN

Siendo el siglo XXI dominado por los avances tecnológicos, es sorprendente cómo una práctica natural de la especie humana como es la lactancia materna, adquiere de nuevo la importancia y la trascendencia que se merece. Los diversos organismos de salud, nacionales e internacionales reconocen los inmensos beneficios del amamantamiento no sólo para el bebé, sino también, para la madre y todo su entorno familiar.

La succión es un reflejo que poseen todos los bebés, y es satisfecha mediante la lactancia materna o artificial. Sin embargo, en muchas ocasiones, queda una necesidad no satisfecha de succión que el niño trata de completar.

En los últimos 15 años, diversos investigadores vienen dedicándose al estudio de las relaciones existentes entre la lactancia materna y los hábitos orales nocivos como la succión prolongada del chupón, dedo y uso del biberón; y su relación con maloclusiones, alteraciones estructurales y funcionales de la cavidad oral. Estos estudios se han ido incrementando en países tales como Estados Unidos y Brasil, apreciándose en este último, trabajos efectuados por odontopediatras y

fonoaudiólogos destacando TOSTES (1998), OLIVEIRA (1999), CASTRO (2000), MASSON (2005), GONCALVES (2005), quienes afirman que hay una alta relación entre tiempo de lactancia, malos hábitos orales y presencia de maloclusiones en niños de edad preescolar.

Actualmente se ha incrementado la necesidad de seguir investigando ya que la mayoría de las maloclusiones no tienen una etiología conocida, sino que son variaciones más o menos acentuadas del crecimiento y desarrollo de la persona, donde factores intrínsecos y extrínsecos, pueden afectar el equilibrio en que se encuentran las estructuras dentales y esqueléticas. El amamantamiento es la primera medida preventiva que se debe tomar para evitar hábitos nocivos de succión que podrían generar alteraciones dento-maxilofaciales. Por ello, la UNICEF, cuando promociona la lactancia materna resulta interesante destacar como un elemento que disminuye la necesidad de tratamiento ortodóntico y el riesgo de caries.

Siendo la lactancia materna una medida preventiva en la adquisición de hábitos orales nocivos que ocurren durante la infancia en nuestro medio frente a los aspectos mencionados, el objetivo del presente trabajo se orienta a investigar la relación que existe entre aquellos niños que recibieron lactancia materna exclusiva o mixta por un periodo no menor a cuatro meses y la presencia de hábitos nocivos de succión.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

a) Fundamentación del problema

La lactancia materna no sólo se encuentra relacionada con los aspectos nutricionales y emocionales del bebé, y el afianzamiento del vínculo madre - hijo; los estímulos del amamantamiento son imprescindibles para el buen desarrollo de las estructuras neuromusculares, de los maxilares y demás elementos que comprenden las matrices funcionales del sistema estomatognático. Estos estímulos logran establecerse o desarrollarse con ningún otro tipo de alimentación que no sea el amamantamiento natural.

Cuando el recién nacido se alimenta a través de pecho materno, el bebé ejercita todas las estructuras que involucran a la succión, estimula el crecimiento óseo, favorece la normalización del retrognatismo que es tan característico en el recién nacido, y coordina la succión con funciones de respiración y deglución.

Los estímulos provocados por la lactancia materna mixta, el tipo de tetina y la cantidad de leche proporcionan informaciones sensoriales diferentes que pueden resultar también de comandos motores diferentes. Por lo tanto, los movimientos empleados por los lactantes al succionar exclusivamente pecho materno no son iguales a aquellos realizados cuando la lactancia es mixta o artificial.

Siendo así, si la lactancia materna exclusiva no es satisfactoria porque la succión se ve frustrada, el niño a lo largo de sus primeros años de vida irá creando sustitutos, por ejemplo tenderá a chuparse el dedo después de alimentarse en un esfuerzo por satisfacer sus instintos de succión, prolongar el uso del biberón o puede llevarse objetos a la boca tal es el caso del chupón entre otros hábitos nocivos de succión.

b) Formulación del problema

¿Qué relación existe entre lactancia materna exclusiva o mixta, los hábitos nocivos de succión digital, chupón y uso de biberón, y la presencia de maloclusiones?

1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

- Establecer la relación existente entre lactancia materna exclusiva no menor a cuatro meses y la ausencia de hábitos nocivos de succión digital, chupón y uso del biberón en niños de tres a cinco años de edad.

- Establecer la relación existente entre lactancia materna mixta y hábitos nocivos de succión digital, chupón y uso del biberón en niños de tres a cinco años de edad.
- Determinar la presencia de maloclusiones como consecuencia del uso prolongado, por más de 36 meses, de los hábitos nocivos de succión digital, chupón y uso del biberón.

1.3 IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Tradicionalmente en el Perú, el trabajo de las terapeutas del lenguaje ha estado centrado en función a la audición, voz, articulación y lenguaje expresivo como comprensivo; desde un enfoque neurológico, psicológico, lingüístico y pedagógico. Hoy, enfrentamos un nuevo enfoque fonoaudiológico en la especialización de Motricidad Orofacial, donde la prevención de la salud, evaluación, diagnóstico y rehabilitación de los aspectos estructurales y funcionales de las regiones orofaciales y cervicales tienen un rol importante. Éste, implica conocer el funcionamiento del aparato estomatognático, que es el conjunto de las estructuras, músculos y órganos, que se encuentran en la cavidad oral y que son muy importantes, porque no sólo cumplen un papel estético sino, que son determinantes para una adecuada respiración, succión, masticación, deglución, habla y expresión facial. La adecuación de estas funciones está directamente relacionada con la salud global de los individuos. Este nuevo enfoque supone la presencia de un equipo interdisciplinario en el

que participan ortodontistas, otorrinolaringólogos, fonoaudiólogos, así como otros profesionales que trabajan en función del aparato estomatognático.

Muchos terapeutas del lenguaje no prestan atención a la forma en que los niños mastican, degluten o hablan, más sí en cómo articulan; desconocen que malos hábitos alimenticios, hábitos nocivos de succión y uso prolongado de biberón repercuten notablemente en el crecimiento y desarrollo normal de los músculos faciales y en la forma de hablar.

La lactancia materna representa el mejor alimento para el niño en sus primeros meses de vida, como alimento único, y ofrece ventajas insuperables que ningún otro alimento puede brindar. Es innegable que el amamantamiento es la medida más eficaz y menos costosa para evitar la desnutrición y las enfermedades infecciosas en los primeros meses de vida. Por otra parte, estudios odontológicos realizados en la última década tienden a indicar que la falta de lactancia materna exclusiva o un periodo corto de ésta se encuentra relacionada a la instauración de hábitos nocivos de succión. Por tal motivo, como fonoaudiólogas, conocedoras de las ventajas fisiológicas de salud oral que son protegidas a través de esta vía debemos estimular y promover en las madres su uso, recomendándola como lo más adecuado para mantener saludable la boca del niño y evitar hábitos nocivos de succión. El estudio planteado ayudará a conocer y divulgar la relación estrecha entre lactancia materna exclusiva no menor a un periodo de cuatro meses y la no instauración de hábitos nocivos de succión digital, chupón y uso del biberón; proporcionará

información relevante de gran utilidad para las madres, docentes y todos aquellos profesionales del área de salud; ya que la lactancia materna, si bien es cierto que es de suma importancia para establecer el vínculo afectivo madre-niño y nutricional; también conlleva al establecimiento de conductas apropiadas impidiendo la adquisición de hábitos nocivos de succión que pueden alterar el desarrollo maxilar; y estimula el desarrollo del sistema estomatognático y al complejo cráneo-facial del niño permitiendo un adecuado balance funcional y estético.

1.4 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En cuanto a las limitaciones del presente estudio se indican las siguientes:

1. La Fonoaudiología es un campo nuevo en nuestro país, por lo tanto, son muy escasas las investigaciones previas existentes.
2. La profundidad del estudio está ligada al amplio material bibliográfico en inglés y portugués; lo cual nos demanda mayor cantidad de tiempo para el levantamiento de información relevante.
3. La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva hasta alrededor de los 6 meses y la continuación de la misma, con introducción gradual de los alimentos complementarios, hasta el segundo año de vida y más si fuera posible. En la presente investigación hemos tenido que recurrir a un período de tiempo no menor a 4 meses, por

no hallar madres que hayan recurrido a la lactancia materna exclusiva por el periodo de tiempo indicado.

4. Muchas de las investigaciones consultadas en relación al tipo de alimentación y hábitos de succión, consideran los seis primeros meses fundamentales; sin embargo no hacen mención al tipo de lactancia materna. Por tal motivo, al no contar con una muestra que recurra exclusivamente a la lactancia materna por un periodo de 6 meses, nos limitamos en considerar como tiempo de lactancia 4 meses como mínimo, indicando si ésta es exclusiva o mixta.
5. El poco interés por parte de las madres de familia para cooperar en la entrega a tiempo de los cuestionarios.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En 1997, SERRA - NEGRA J. y cols. de la Universidad de Sao Paulo, realizaron un estudio de asociación entre la lactancia materna, hábitos orales y maloclusiones. Se examinó 357 niños de 3 a 5 años de edad de diferentes clases sociales, a sus madres se les aplicó un cuestionario. Se trabajó con 289 cuestionarios; concluyendo que el 86.1% de los niños que lactaron por un período mayor de seis meses no desarrollaron hábitos orales nocivos de succión y que los niños alimentados con biberón por más de un año presentaron diez veces más riesgo de desarrollar hábitos orales nocivos en relación a aquellos niños que nunca utilizaron esta forma de alimentación. Concluyeron que los malos hábitos orales están fuertemente asociados a las maloclusiones.

Durante los años 1998 al 2000, DEL MONTE A. de la Universidad de Tunas, Cuba, realizó una investigación descriptiva de corte transversal

relacionada a la influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal de los arcos dentarios, con una muestra de 156 niños de 5 años de edad con el objetivo de determinar la relación existente entre el periodo de lactancia y el insuficiente desarrollo transversal de los maxilares así como la presencia de hábitos nocivos orales en niños amamantados por un periodo de seis meses. Los resultados indicaron la prevalencia del micrognatismo transversal en un 37%, ubicándose el 74% en ambos maxilares, 58 infantes con micrognatismo transversal recibieron lactancia materna por un periodo menor de seis meses. Se presentaron 104 hábitos nocivos orales, siendo el más frecuente el uso prolongado del biberón.

Posteriormente, en el año 2002, RODRÍGUEZ M. realizó un estudio referente al nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, Perú, donde se empleó un cuestionario de 22 preguntas que fue sometido, previamente, a juicio de expertos. La muestra estuvo constituida por 75 primigestas. Los resultados indicaron que el nivel de conocimiento sobre prevención bucal es regular con un 60% de las gestantes encuestadas. En dicho trabajo se estableció, también, que la falta de amamantamiento en los niños ha de generar un reflejo de succión y deglución inadecuada. Se determinó que un periodo corto de amamantamiento y los hábitos nocivos de succión originan un crecimiento deficiente de los maxilares y maloclusiones dentales.

En el mismo año, CARHUAHUANCA M. realizó en Perú una investigación en 90 niños de ambos sexos con edades entre los 3 y 5 años pertenecientes al distrito de San Martín de Porres referida a los hábitos de succión no nutritiva y la relación oclusal según el tipo de lactancia en niños con dentición decidua completa. Llegó a la conclusión que los niños que tuvieron una lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses representaron 71.11% de la muestra en comparación con un 28.9% de lactancia artificial. Según el tipo de lactancia se observó que en aquellos niños que tuvieron una lactancia artificial el 81.8% presentaron hábitos nocivos de succión en comparación con el 18.2% de niños que tuvieron una lactancia materna.

Un año más tarde, MERINO E. realizó en Venezuela una investigación cuya finalidad fue la revisión de literatura acerca de la lactancia materna y su relación con las anomalías dentofaciales. Concluyó que la lactancia materna supone un estudio de gran importancia en el desarrollo y crecimiento de todas las estructuras y funciones de la cavidad oral y del sistema respiratorio del recién nacido. Propugna a la lactancia materna como el método más eficaz en la prevención de hábitos de succión y deglución.

En el 2003, ULMI A. realizó una investigación con el objetivo de verificar si la época de introducción del biberón está relacionada con la instalación de hábitos no nutritivos de chupón y/o dedo. Aplicó un cuestionario a 81 padres de familia de niños entre 3 a 6 años de edad matriculados en escuelas preescolares públicas y privadas de San José dos Campos, Sao Paulo - Brasil.

Como resultado de la investigación obtuvo que la época de inicio del uso del biberón fue prevalente entre los 2 y 6 meses de edad; permitiendo así que el niño desarrolle hábitos orales no nutritivos. La mayoría de estos niños presentaron algún hábito oral no nutritivo siendo el más común la succión del chupón seguido de la succión digital; llegando a la conclusión que la época de la introducción de biberón parece estar asociado con los hábitos orales no nutritivos.

Durante el mismo año, PODADERA Z. y col. realizaron una evaluación del impacto del taller sobre lactancia materna y su rol preventivo en las anomalías dento-maxilofaciales en 42 madres gestantes del Hospital Abel Santa María, La Habana - Cuba. Los datos se recogieron en un formulario que incluía un examen diseñado con el objetivo de evaluar el grado de conocimiento que poseían las gestantes en relación con la importancia de la lactancia materna en la prevención de anomalías dento-maxilofaciales. El taller de capacitación tuvo gran impacto, pues se logró que las madres gestantes adquirieran los conocimientos básicos en el amamantamiento natural e introducción de la alimentación sólida y sobre la lactancia materna en la prevención de las anomalías dento-maxilofaciales.

Dos años más tarde, en el 2005, GONCALVES P. y cols. realizaron una investigación en Aracatuba – Brasil para ver la relación causal entre la lactancia materna versus malos hábitos orales. Se entrevistó a 61 madres; el 88.52% declaró que dieron de lactar a sus hijos pues así lo protegían de

enfermedades y favorecían su desarrollo. La importancia del valor nutricional de la leche se relató apenas en un 8.20% de las entrevistadas, así como asociación de la salud bucal del niño que se citó por sólo una madre (1.64%). El periodo de lactancia materna versus presencia de malos hábitos orales mencionados por las madres fue 23.7% succión de chupón y 5.1% succión digital. En base a la presencia de malos hábitos orales la presente investigación concluyó que los niños que habían recibido lactancia materna hasta los 3 meses de edad presentaban el hábito de uso de biberón. Concluyeron que el patrón de amamantamiento presenta asociación significativa con el desarrollo de los hábitos nocivos de succión, es decir, los niños que recibieron lactancia materna por un periodo mayor, presentaron un riesgo menor de desarrollar hábitos nocivos, ante aquellos que hicieron uso del biberón.

Durante el mismo año, MARTÍNEZ M. y cols. realizaron una investigación para resaltar la importancia de la lactancia materna en la prevención de hábitos orales deformantes. Para ello se realizó un estudio de corte transversal sobre la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, en un centro de educación infantil del Municipio de Cárdenas - Cuba. Se entrevistó a 130 madres de dichos niños para conocer el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva y los hábitos orales nocivos de sus hijos, llegando a la conclusión que el abandono de lactancia materna antes de los 6 meses contribuyó significativamente a la prevalencia de hábitos orales nocivos en los niños estudiados.

En el 2005, BLANCO - CEDRES L. y cols. realizaron una investigación acerca de la lactancia materna en prevención de hábitos nocivos de succión y de deglución con el objetivo de profundizar en este tema. Se examinó una muestra de 226 niños preescolares de la gran Caracas – Venezuela para lo cual se aplicó una encuesta a cada madre o representante recopilándose características sociodemográficas, periodo de amamantamiento y presencia de hábitos orales. Los resultados obtenidos mostraron que más de la mitad de los niños fueron amamantados por un periodo de 6 meses o más (58%). El riesgo relativo para los niños lactados por un periodo menor de 6 meses comparado con los niños lactados por 6 meses o más fue la presencia de hábitos orales nocivos. En dicha investigación se mostró el efecto positivo de la lactancia materna en la prevención de hábitos orales de succión y deglución.

Durante el mismo año, RODRIGUES M. y cols. realizaron una investigación acerca de la influencia del tiempo de la lactancia y la ausencia del desarrollo de hábitos orales en 200 niños de 5 a 7 años de edad de escuelas particulares del estado de Minas Gerais – Brasil. 54 niños (27%) presentaron hábitos orales hasta el momento de la investigación, de éstos, 21 (39%) de niños recibieron lactancia materna por más de 6 meses, y 27 (50%) recibieron lactancia materna por menos de 6 meses y; 6 (11%) no recibieron lactancia materna. Se concluyó que el tiempo de lactancia materna fue relevante en relación a la prevalencia del uso de chupón mas no en relación a los hábitos de succión digital y uso del biberón.

En el 2005, MORGADO D. realizó un estudio transversal analítico en 207 niños de 3 años de edad de ambos sexos, pertenecientes al área de salud de la Clínica Estomatológica Docente de Ciegos de Ávila – Cuba para determinar la relación entre el tiempo de la lactancia materna, hábitos bucales deformantes y aparición de maloclusiones. De 196 niños que habían recibido lactancia materna de cualquier tipo (exclusiva o mixta) de 0 a 4 meses, de 4 a 6 meses o más de 6 meses de edad; se halló que los que lactaron de 4 a 6 meses presentaron menor cantidad de hábitos bucales deformantes, mientras los que los niños que lactaron de 0 a 4 meses presentaron mayor cantidad de hábitos nocivos. El 64.80% de los niños examinados presentaron hábitos nocivos; de los cuales 127 niños (62.20%) presentó maloclusiones.

Un año más tarde, RAMOS A. y cols. realizaron un estudio transversal, observacional, aplicando un cuestionario a padres con niños entre 4 a 6 años de edad de la ciudad de Manaus - Brasil, para correlacionar los hábitos orales nocivos y la forma de alimentación infantil. Se llegó a la conclusión que la presencia de hábitos orales nocivos estaban referidos al uso prolongado del biberón y del chupón por más de 36 meses. Se afirmó que la forma de alimentación infantil tiene una fuerte influencia en la instalación de los hábitos nocivos orales, así mismo se sostuvo que los niños que no recibieron lactancia materna presentaron mayores probabilidades de desarrollar hábitos nocivos orales en relación a aquellos que fueron alimentados por un periodo menor.

En el mismo año, BASTOS A. y cols. realizaron un estudio en Río de Janeiro – Brasil para verificar la frecuencia de maloclusiones en niños con dentición decidua y su relación con los hábitos de succión no nutritiva y el tipo de alimentación (materno y/o artificial). Para dicho estudio participaron 44 niños de ambos sexos en edades de 3 a 5 años. El estudio fue compuesto por dos etapas: el examen de oclusión dentaria realizada por un cirujano dentista y un cuestionario para la recolección de datos de los hábitos de succión no nutritiva y duración de lactancia materna y/o uso del biberón. De los 44 niños evaluados el 50% presentó maloclusión dentaria y, de éstos, el 81.8% hacían uso del chupón. Llegaron a la conclusión de que el tiempo de lactancia materna inferior a 6 meses está fuertemente asociado a hábitos de succión de chupón y a la presencia de maloclusiones.

Finalmente en el 2007, LEITE - CAVALCANTI A. y cols. realizaron un estudio con el objetivo de verificar la prevalencia de hábitos de succión nutritiva (lactancia exclusiva y mixta), y no nutritiva, así como, la presencia de maloclusiones en preescolares brasileños. Este estudio transversal examinó a 342 niños brasileños entre 3 y 5 años de edad en la Ciudad de Campina Grande. Para la recolección de datos se empleó una entrevista a padres y el examen clínico realizado. Llegaron a la conclusión que la incidencia de succión de chupón fue mayor a la de succión digital y que la frecuencia de hábitos de succión fue más elevada en los niños que recibieron lactancia materna mixta en relación a los niños que recibieron lactancia materna

exclusiva. La relación entre la presencia de hábitos nocivos de succión y de maloclusión fue estadísticamente significativa.

2.2 BASES CIENTÍFICAS

2.2.1 LACTANCIA MATERNA

Como es conocido por todos los profesionales de la salud y la evidencia científica ha demostrado que la lactancia materna proporciona todas las necesidades nutricionales que necesita el bebé durante los primeros 6 meses de vida, pues contiene la proporción idónea de proteínas, grasas, azúcares, minerales y vitaminas para el óptimo desarrollo del bebé y tiene una especial influencia biológica y emocional en la salud de la madre y del niño; ya que constituye la forma ideal de iniciar la relación madre – hijo.

DURHAND 2007, sostiene que el establecimiento de la lactancia materna depende de un proceso de adaptación y aprendizaje entre el bebé y su madre; siendo sus primeras experiencias orales de fundamental importancia para el posterior desarrollo de la lactancia. Los engramas motores inadecuados de succión se transforman rápidamente en hábitos difíciles de corregir, aunque posibles de ser revertidos si las dificultades se detectan en el periodo neonatal. La estimulación sensorio-motora oral de las estructuras orofaciales involucradas en la lactancia puede corregir las conductas o movimientos inadecuados.

Está totalmente documentado por la Liga de la Leche Internacional los beneficios de la lactancia y el contacto precoz en la primera hora de vida del bebé. Si la primera toma es satisfactoria esto influenciará de forma muy positiva a lo largo de toda la lactancia favoreciendo el vínculo afectivo entre la madre y el hijo; tan importante para el futuro de esta relación y, en definitiva, para la salud del bebé.

2.2.1.1. Importancia y ventajas de lactancia materna exclusiva

La lactancia materna exclusiva supone indudables ventajas para el recién nacido pues es rica en proteínas, grasas y sales minerales, así mismo proporciona al recién nacido defensas contra las infecciones y el bebé toma la cantidad de leche que necesita, ni demasiado, ni insuficiente, es decir regulan las tomas por sí mismos y ganan peso rápidamente. “La lactancia a demanda resulta más fisiológica y provechosa y consiste en alimentar al bebé siempre que lo desee y durante el tiempo que él quiera. Esta lactancia será beneficiosa tanto para el bebé que reducirá la incidencia de ictericia y mejorará el ritmo de incremento de peso, como para la madre, que establecerá una lactancia satisfactoria, porque no deberá esperar un tiempo determinado entre las tomas y también porque podrá prevenir la ingurgitación del pecho”⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Lactancia Materna (2000). Consultado el 20 de Junio del 2008, Department de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
<http://www.gencat.cat>

Es de fundamental importancia promocionar la lactancia materna durante el primer año de vida, especialmente durante los 6 primeros meses de edad. Resaltamos la importancia que tiene para el crecimiento y la salud del niño, no sólo por las cualidades nutritivas, inmunológicas y afectivas, la cual no puede ser sustituida eficazmente por ningún otro producto, sino que también es importante destacar los estímulos que proporcionan el amamantamiento para el crecimiento del sistema estomatognático. Estos estímulos son imprescindibles para el buen desarrollo de las estructuras neuromusculares, de los maxilares y demás elementos que componen las matrices funcionales del sistema estomatognático; por lo tanto estos estímulos no son posibles de establecer con ningún otro tipo de alimentación que no sea la lactancia materna.

2.2.1.2. Cantidad y calidad de la leche durante la lactancia materna

La cantidad y calidad de leche varía dependiendo de la fase de la lactancia, así ésta pasa por tres fases importantes entre el nacimiento y el destete del niño. La primera fase corresponde a la leche producida durante los primeros siete días después del parto, la segunda a la leche de transición hasta el fin de la segunda semana, y la tercera es la referida a la leche madura a partir de los quince días y dura toda la lactancia.

El calostro, es la primera leche producida por la glándula mamaria, desde días antes del parto hasta siete días post parto. Esta leche es espesa, de consistencia pegajosa y de color amarillento o transparente. Constituye un alimento

indispensable y es el más idóneo para el recién nacido en sus primeros días. El volumen del calostro es bajo el primer día, pero se incrementa día a día, se produce de 20-100ml/día; cantidad suficiente para satisfacer las necesidades del bebé. Tiene una gran concentración de nutrientes de fácil asimilación para el sistema digestivo del recién nacido, contiene menor cantidad de lactosa y grasa que la leche madura y mayor cantidad de proteínas y vitaminas, provee al niño de elementos anti-infecciosos que lo protegen contra gérmenes y alergias. Además se considera al calostro como la primera vacuna que el niño recibe al momento de nacer, y tiene un efecto laxante al ayudar a evacuar el meconio.

“El calostro es el alimento perfecto para los recién nacidos. Es extraordinariamente digerible y tiene un alto contenido en proteínas, vitaminas y minerales. Tiene además una altísima concentración de anticuerpos que protegen al recién nacido de enfermedades, ya que se encargan de destruir los gérmenes potencialmente nocivos”⁽²⁾.

La leche de transición, se produce después de la primera fase de la lactancia hasta los quince días post parto. El volumen de su producción aumenta progresivamente hasta 500-600ml/día. Esta leche disminuye el contenido de proteínas, pero aumenta la cantidad de grasas y carbohidratos, así mismo conforme cambia su composición cambia su sabor.

⁽²⁾ Alba Lactancia Materna (2003). Consultado el 21 de Junio del 2008, Guía de Alba Lactancia Materna, España.
<http://www.albalactanciamaterna.org/>

La leche madura, tiene un aspecto más fluido y acuoso. Su producción se incrementa de 900-1000ml/día. Contiene las cantidades de carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales que el bebe necesita hasta los seis meses. Tiene también enzimas que ayudan a la digestión de la leche, hormonas para el crecimiento y anticuerpos de la madre para combatir las infecciones. En la fase de la leche madura, se produce dos tipos de leche: los primeros minutos contiene más lactosa y proteínas que favorecen el crecimiento, mientras que en los últimos minutos se genera mayor cantidad de grasas que favorecen la ganancia de peso y sensación de saciedad.

Ningún otro líquido (ni agua, ni leche de fórmula, ni suero glucosado) puede ser tan beneficioso para los niños durante los primeros días de vida, especialmente para los prematuros, que necesitan un escudo extra que refuerce sus defensas. El calostro tiene, además, un efecto laxante que ayuda al bebé a expulsar el meconio, disminuyendo el riesgo de padecer ictericia. También favorece la maduración de su piel y de las mucosas con el fin de obstruir el paso de sustancias nocivas.

Como vemos, la leche materna aporta los nutrientes necesarios para crecer, brinda protección contra todo tipo de infecciones al oído, respiratorias, diarreas, alergias, diabetes, algunos tipos de cáncer como leucemia y el linfoma. Además los bebés que lactan tienen menos problemas de caries y de deformaciones dentales. Estos bebés utilizan más de veinte músculos de la cara y la mandíbula y los ejercitan más del doble que los bebés que hacen uso

del biberón. Esto es importante porque “prepara” la boca, lengua y la garganta para formar los sonidos necesarios para el habla⁽³⁾.

2.2.1.3. Promoción de la lactancia materna

“La UNICEF y la Organización Mundial de la Salud han protegido, promovido y dado apoyo a la lactancia materna. Las recomendaciones dadas por la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud en el 2002, en Ginebra, incluyen a la lactancia materna más allá de los dos años y de manera exclusiva los seis primeros meses”⁽⁴⁾.

Para conseguirlo, urge restablecer la cultura de la lactancia materna, y sobre todo cambiar las actitudes y las prácticas de la población. Esto será posible con formación e información adecuada en las maternidades y centros hospitalarios. Todas las mujeres han de tener acceso a la información correcta sobre las ventajas de la lactancia materna; es importante que la futura madre reciba información sobre fisiología de la lactancia, inicio de la lactancia, duración y frecuencia de las mamadas (lactancia a demanda) y la posición correcta para la lactancia, entre otras.

⁽³⁾ Dermer, A. (2002). Los beneficios de la lactancia para las madres, uno de los secretos mejor guardados. Recuperado el 21 de Junio del 2008, de http://www.lli.org/Lang/Espanol/NCVol14_1a_02.html

⁽⁴⁾ Alba Lactancia Materna (2003). Consultado el 21 de Junio del 2008, Guía de Alba Lactancia Materna, España. <http://www.albalactanciamaterna.org/>

Inmediatamente después del nacimiento, tiene que favorecerse el inicio de la lactancia materna. La primera colocación en el pecho de la madre tiene que hacerse lo antes posible, dentro de la primera hora del post parto, que es cuando el recién nacido está más receptivo a los estímulos que provienen del exterior, ya que su sistema nervioso se encuentra en estado de alerta y es muy sensible a todo tipo de sensaciones, tanto táctiles, olfativas como visuales.

Además, están acentuados todos sus reflejos, por lo que el reflejo de succión es más fuerte en la primera hora después del nacimiento. Para ello, se colocará al recién nacido cerca del pecho de la madre para favorecer el contacto madre-hijo e iniciar la lactancia materna. Los bebés necesitan tiempo y práctica para llegar a mamar con eficacia; cuántas más ocasiones tengan de mamar antes, aprenderán.

Los profesionales del área de salud vinculados a la atención de puérperas tienen que estar suficientemente formados en el conocimiento de los aspectos básicos para la promoción de la lactancia materna y participar activamente en la aplicación de sus pautas.

“La Liga de la Leche Internacional (LLLI), organización internacional presente en el Perú desde el 2000, promueve una mejor comprensión de la lactancia materna como un elemento importante para el correcto desarrollo de los niños y de las madres. Por tal motivo, acredita a monitoras, que son madres que han dado de lactar a sus hijos y que sobretodo han seguido una

formación sobre los diferentes aspectos de la lactancia materna. Su trabajo voluntario consiste en ayudar a futuras madres a brindar información, y atención en cuanto la lactancia materna exclusiva se refiere”⁽⁵⁾.

2.2.2 LA SUCCIÓN

La succión es un instinto fisiológico para el bebé por el cual satisface sus necesidades nutritivas pues desempeña un papel fundamental en la necesidad nutricional durante los primeros meses de vida; la cual consiste en la ingesta de leche materna, único alimento del recién nacido. Asimismo, posee un valor afectivo a través del cual el bebé establece su primer contacto con la madre.

La succión se inicia antes del nacimiento por medio de movimientos funcionales de los labios, mandíbula, lengua y carrillos. Estos movimientos rítmicos son realizados desde la gestación a partir de la 28 a 33 semanas.

La succión es una forma apropiada para la obtención de los alimentos en cuanto el sistema de masticación no está preparado para ello. Generalmente, se prolonga la alimentación natural por medio del uso del biberón lo cual estadísticamente repercute en hábitos de succión no nutritivos.

⁽⁵⁾ La Liga de la Leche Internacional (2000). La Liga de La Leche Perú. Consultado el 21 de Junio del 2008.
<http://www.lili.org/Peru.html>

2.2.2.1. La succión como función primaria del sistema estomatognático

MARCHESAN (1998), sostiene que esta función “envuelve y estimula el desarrollo de varios grupos musculares y de la parte ósea de la región oral y favorece el equilibrio de sus estructuras”⁽⁶⁾.

Los estímulos del amamantamiento son imprescindibles para el buen desarrollo de las estructuras neuromusculares, de los maxilares y demás elementos que componen las matrices funcionales del sistema estomatognático, y estos estímulos no son posibles de establecer con ningún otro tipo de alimentación que no sea lactancia materna.

DOUGLAS (1994) citado en QUELUZ y col. (2000)⁽⁷⁾, afirma que “la succión está perfectamente desarrollada en la semana 32 de vida intrauterina. Con el nacimiento, el contacto de los labios con el pezón provoca movimientos de succión. Esto es un reflejo innato de alimentación que permite la ingesta de leche materna. Cuando el bebé llora, el pezón provoca una alteración como respuesta fisiológica de estimulación diencefálica, entonces el bebé para de llorar”.

La succión es controlada por el sistema nervioso central quien se encarga de enviar los impulsos motores para la realización de la función. En el neonato la

⁽⁶⁾ Marchesan, I. (1998). Fundamentos de Fonoaudiología: Aspectos Clínicos de Motricidad Oral. Río de Janeiro: Guanabara Koogan.

⁽⁷⁾ Citado por Douglas 1994 en Quelaz, D. y Aidar, J. (2000) ¿Chupeta: Um habito nocivo?. Jornal Brasileiro de Fonoaudiología, 1(2), 4-9, Jan Mar.

alimentación está garantizada por la presencia de reflejos adaptativos: búsqueda, succión y deglución; y de protección de las vías aéreas. Alrededor del cuarto o quinto mes de vida, esta condición refleja se va modificando hacia un patrón de conducta voluntaria debido al crecimiento de las estructuras orofaciales, a la maduración del sistema nervioso y a la repetición de las experiencias orales en función de la alimentación.

El sistema orofacial de un neonato presenta características anatómicas diferentes respecto al del adulto que facilitan su alimentación por pecho y favorecen la respiración nasal; patrón de respiración normal en todo recién nacido.

Cuando un bebé lacta debe ordeñar el pecho para conseguir retirar una cantidad suficiente de leche. Esto requiere una adaptación funcional del sistema orofacial para que la boca del pequeño se acople adecuadamente al pecho materno. El bebé busca el pezón y al encontrarlo realiza una amplia apertura de la boca, la lengua se adelanta (reflejo de protrusión lingual), baja y se acanala envolviendo el pezón. Los labios se cierran alrededor de la areola formando un sello anterior perfecto junto con la mandíbula que acompaña en bloque el movimiento de la lengua para posicionarse a la altura de los senos lactíferos donde la leche se encuentra almacenada. Las mejillas presentan un tejido adiposo que dan un soporte lateral a la cavidad oral y contribuyen con la estabilidad de los movimientos de la mandíbula durante la succión. La parte posterior de la lengua se eleva funcionando como un mecanismo oclusivo

contra el velo del paladar. Así se produce un vacío dentro de la boca, presión intraoral negativa, que favorece la aspiración del pezón y parte de la areola así como el mantenimiento del encaje durante la toma. De esta forma, el pezón toca la región de transición entre el paladar y el velo del paladar, estimulando el reflejo de succión. La mandíbula realiza una serie de movimientos tales como apertura, adelantamiento, cierre y retraimiento que permiten al niño extraer la leche. Estos movimientos son de vital importancia para el crecimiento orofacial armónico del bebé. Cuando la leche llega a la cavidad oral el ápice lingual se dirige hacia la orofaringe comprimiendo levemente el pezón y terminando con el proceso de extracción de la leche. A su vez, la lengua inicia movimientos peristálticos de adelante hacia atrás llevando la leche y la saliva hacia adentro de la cavidad oral estimulando el reflejo de deglución.

La extracción de la leche materna se realiza entonces a través de movimientos de las estructuras orofaciales que actúan en forma suave y rítmica, coordinados con la deglución y la respiración, sin utilizar mecanismos de fuerza que puedan causar dolor, traumatismos del pezón o exfoliación del tejido mamario.

El recién nacido requiere alimentarse a través del pecho materno. Es a través de la amamantación en que el bebé estimula toda su musculatura facial y fortalece el crecimiento armónico de la cara. También, estimula el crecimiento de la mandíbula hacia abajo y adelante y el posicionamiento lingual adecuado,

además de proporcionar coordinación y fuerza muscular. Cuando el niño es amamantado ejercita la musculatura bucofacial, especialmente el orbicular de los labios encargado de la succión.

Por lo tanto, cuando un niño se alimenta a través de pecho materno promueve un mejor desarrollo craneofacial, tanto muscular como óseo y favorece el desarrollo de las funciones del sistema estomatognático tales como habla, masticación, respiración y deglución.

La succión es la preparación muscular de la masticación que se produce antes de la evolución neurológica. En consecuencia, durante la succión los músculos responden a los estímulos y en la fase siguiente estarán listos para masticar.

2.2.2.2. Tipos de succión

Hay dos tipos de succión: La succión nutritiva que tiene como función la nutrición del bebé y la succión no nutritiva que no tiene un objetivo nutricional.

a) Succión nutritiva

La succión nutritiva se clasifica en alimentación natural y alimentación artificial. La alimentación natural es cuando el bebé se alimenta a través del pecho materno; y la artificial cuando es alimentado a través de un objeto que no es el pecho de la madre.

DEGAN (2004), sostiene que el patrón de succión durante la lactancia materna es igual al patrón descrito en una succión refleja. Cuando un bebé se alimenta a través del pecho materno se apega al seno de su madre, por lo tanto respira exclusivamente por la nariz, manteniendo adecuado filtro y humidificación del aire; desarrollando un estímulo adecuado para el crecimiento facial saludable. La lactancia materna también puede disminuir infecciones provocadas por contaminación de la leche, biberones o tetinas, pues el bebé no está en contacto con estos objetos que posiblemente pueden estar contaminados.

RODRIGUES y cols. (2005), sostienen que el periodo de lactancia materna es considerado satisfactorio para el niño aproximadamente hasta los 6 meses de edad. Diversos autores consultados para la presente investigación afirman que cuando un niño es amamantado hasta ese lapso de tiempo posee menor posibilidad de adquirir el hábito de succión sin fines nutritivos y con duración prolongada.

Otra forma por la cual un bebé se puede alimentar es a través del uso de biberones donde la tetina no suple la función de amamantar; por lo que el patrón de succión se ve alterado a pesar de contar, hoy en día, con tetinas ortopédicas. Es en este tipo de alimentación en que la musculatura del bebé actúa menos durante la función pues no se requiere de la contracción de los orbiculares de la boca para la obtención de la leche.

La alimentación artificial y los hábitos de succión no nutritiva son considerados como factores que pueden interferir negativamente en el crecimiento cráneo facial, pues la fuerza ejercida por el chupón, tetina de biberón y/o dedo generan acciones musculares desequilibradas que actúan sobre la base ósea, dientes y funciones estomatognáticas.

b) Succión no nutritiva

Entendemos como succión no nutritiva a aquel acto de succión que no tiene como finalidad el alimentar al niño; como por ejemplo la succión digital, y/o chupón, la succión de lengua y objetos entre otros. Estos hábitos orales nocivos pueden ser concebidos como fuerzas musculares anormales, que actúan en un periodo de crecimiento donde el niño puede distorsionar la forma de los arcos dentarios e imprimir en la maxila una morfología alterada y perjudicial para las funciones del sistema estomatognático.

Los hábitos orales de succión sin fines nutritivos pueden ser considerados normales durante el primer año de vida, para satisfacer las necesidades de succión. Diversos autores consultados relatan que el hábito puede persistir hasta los 2 ó 3 años de edad sin causar daños de oclusión. Sin embargo, la persistencia de estos hábitos después de los 2 años de edad puede ocasionar deformidades durante la dentición decidua y, posteriormente, pueden originar maloclusiones.

Los hábitos son prácticas fijas producidas por la constante repetición de un acto, con cada repetición el acto será menos consciente y si es repetido muy a menudo será relegado a una acción inconsciente. Los hábitos orales viciosos de succión, son el resultado de la repetición incorrecta e inconsciente de los actos fisiológicos de succión, lo que produce una pobre maduración neural de la musculatura dento-maxilofaciales.

En el 2006, en el Brasil, BASTOS y cols. llevaron a cabo un estudio entre el tipo de alimentación y malos hábitos bucales y constataron que el tiempo de lactancia materna inferior a 6 meses está fuertemente asociado a hábitos nocivos de succión especialmente de chupón y presencia de maloclusión.

En el 2007, en el Brasil, LEITE - CAVALCANTI y cols. llevaron a cabo un estudio con el fin de verificar la prevalencia de hábitos de succión nutritiva y no nutritiva y la presencia de maloclusión en niños en edad pre-escolar, llegando a la conclusión que la incidencia de succión de chupón fue mayor que la succión digital y que la frecuencia de estos hábitos de succión no nutritiva fue estadísticamente más significativa en aquellos niños que recibieron alimentación artificial.

- **Succión digital**

Citado por JAMES W., eminente psicólogo americano, en GRABER (2004)⁽⁸⁾ escribió en 1923 que: “Un hábito adquirido desde un punto psicológico, no es más que un nuevo camino de descarga formado en el cerebro, mediante el cual tratan de escapar ciertas corrientes aferentes. Los hábitos en relación con la maloclusión deberán ser clasificados como: (a) inútiles, (b) dañinos. Los hábitos útiles incluyen los de funciones normales, como posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada y uso normal de los labios para hablar. Los hábitos dañinos son todos aquellos que ejercen presiones pervertidas contra los dientes y arcadas dentarias, así como hábitos de boca abierta, morderse los labios, uso del chupón, chuparse los labios y chuparse los pulgares entre otros”.

MOYERS (1976), sostiene que la época de aparición de los hábitos de succión digital tiene una significación. Los que aparecen durante las primeras semanas de vida, están típicamente relacionados con problemas de lactancia pues sus inseguridades se relacionan con demandas tan primitivas como el hambre. Sin embargo, algunos niños no comienzan a succionar el pulgar u otro dedo, hasta que se usa como un dispositivo durante la erupción difícil de un molar primario.

⁽⁸⁾ Citado por James W. en Graber, T. (2004). Ortodoncia: Teoría y Práctica. México: Nueva Internacional Interamericana.

Aún más tarde, algunos niños usan la succión digital para la liberación de tensiones emocionales que no pueden superar gozando en regresar a un patrón de conducta infantil. Todos los hábitos de succión digital deben ser estudiados por sus efectos psicológicos, porque pueden estar relacionados con el hambre, la satisfacción del instinto de succión, inseguridad, o hasta un deseo de llamar la atención.

El hábito de succión digital es un refuerzo psicomotor practicado por muchos niños por una variedad de razones, como por ejemplo, como un mecanismo para aliviar sus tensiones y obtener una sensación de placer. Ello ocurre con más frecuencia en niños de corta edad, y a medida que éste crece, el hábito se torna menos prevalente; y puede no estar directamente implicado en la producción o mantenimiento de la maloclusión.

La mayoría de los hábitos de succión digital comienzan muy temprano en la vida y frecuentemente tienden a desaparecer con la edad, hacia los 3 años de edad. Muchos niños succionadores digitales no presentan deformidad dento-maxilofacial evidente, pero también es cierto que la presión que ejerce el niño puede ser la causa directa de una maloclusión severa.

GRABER (2004), afirma que la mayor parte del hábito de chuparse los dedos, puede ser considerado como normal durante el primer año de vida y desaparecerá espontáneamente al final del segundo año si se presta

atención debida a la lactancia. Por lo tanto, aconsejar a los padres a eliminar este hábito durante el tiempo que es normal es ignorar la fisiología básica de la infancia.

MOYERS (1976), sostiene que durante la succión del pulgar, las contracciones de la pared bucal producen, en algunos patrones de succión, una presión negativa dentro de la boca, originando así un angostamiento en el arco superior. Con esta perturbación en el sistema de fuerzas en, y alrededor del complejo maxilar superior, a menudo es imposible para el piso nasal caer verticalmente en su posición esperada durante el crecimiento. Por lo tanto, el niño succionador digital puede tener un piso nasal más angosto y una bóveda palatina alta. Asimismo, el labio superior se vuelve hipotónico y el inferior se vuelve hiperactivo, ya que debe de ser elevado por contracciones del orbicular de la boca a una posición entre los incisivos en mal posición durante la deglución. Estas contracciones musculares anormales durante la succión y deglución, estabilizan la deformación.

Citado por MARQUES (1999) en VELLINI (2002)⁽⁹⁾ sostiene que el hábito de succión digital provoca estrechamiento de los arcos superior e inferior, en la región de los caninos, molar deciduo o premolares, y con menos intensidad en la región del molar superior. Sostiene que este hábito

⁽⁹⁾ Citado por Marques en Vellini, F. (2002). Ortodoncia: Diagnóstico y planificación clínica. Sao Paulo: Artes médicas.

además de producir deformación por la presión sobre los arcos, perjudica también la estabilidad del hueso alveolar, porque impide el contacto funcional de planos inclinados de los dientes. Hay, por tanto, una vestibularización de los dientes superiores anteriores y una mordida abierta originada por la interferencia del pulgar entre los arcos; y como no hay contacto entre los dientes, la mandíbula experimenta una rotación en sentido horario.

El dedo ejerce presión sobre los dientes y también sobre el hueso alveolar y el paladar, provocando una presión negativa intrabucal, y en consecuencia, el paladar se estrecha y profundiza.

La succión digital alcanza su máxima intensidad en la segunda mitad del primer año, continúa en niños mayores de 2 años, y ocurre particularmente en momentos de ansiedad en las cuales el niño desea un sentimiento de seguridad; como por ejemplo al acostarse por la noche. En este caso la succión digital puede expresar un deseo de protección, seguridad y satisfacción. Este fenómeno se encuentra a menudo en los casos de padres sobreprotectores muy exigentes. Es muy importante dejar que el niño supere esta etapa por sí mismo ya que constituye parte de su desarrollo psicoafectivo.

El hábito de succión digital crea un problema morfológico por lo que la lengua se adapta a esta alteración. “Durante los tres primeros años de vida

la experiencia ha demostrado que el daño a la oclusión se limita principalmente al segmento anterior. Este daño es generalmente temporal siempre que el niño principie como oclusión normal. La morfología original es muy importante, porque existe mucha controversia sobre los daños que puede provocar el hábito de chuparse los dedos, especialmente el pulgar⁽¹⁰⁾.

El patrón biológico que determina el hábito resulta del hecho que la boca es uno de los mayores centros de terminaciones nerviosas del cuerpo humano; desde la vida intrauterina el ser humano succiona la lengua, los labios y los dedos, de tal forma que al momento de nacer la función de succión se encuentra plenamente desarrollada. El órgano bucal, mediante la succión, es de extrema importancia para el niño recién nacido, pues a través de ella sobrevive alimentándose, y obtiene del medio externo los estímulos que provoca sensaciones de seguridad y placer. Es en los primeros años de vida que el niño desarrolla el acto de succión.

El tipo de maloclusión que se da en el succionador digital depende de una cantidad de variable tales como por ejemplo: la posición del dedo al momento de ser succionado, contracciones musculares orofaciales asociadas, la posición de la mandíbula durante la succión, el patrón esquelético facial, la fuerza aplicada a los dientes y al proceso alveolar, el

⁽¹⁰⁾ Graber, T. (2004). Ortodoncia: Teoría y práctica. México: Nueva Internacional Interamericana.

tipo de tejido óseo sobre el cual actúa, la frecuencia, intensidad y duración de la succión, entre otros. Por lo tanto, no todos los niños succionadores digitales presentan necesariamente los arcos dentarios deformados y los dientes en maloclusión.

- **Succión de chupón**

La succión de chupón es un hábito de succión infantil muy difundido en nuestro medio la cual constituye una succión sin fines nutritivos. Para TOMASI (1994) citado por QUELUZ y col. (2000)⁽¹¹⁾ sostiene que es perjudicial para la lactancia y dentición.

El uso del chupón tiende a distorsionar la oclusión dentaria y no favorece la lactancia materna pues durante la succión no nutritiva, el bebé sustituye los movimientos adecuados por el de lamer, dejando la lengua baja y cansada, creando cierta flacidez muscular para poder alimentarse naturalmente, recurriendo luego al uso del biberón donde el niño traga el líquido más no lo succiona.

DOUGLAS (1994) citado en QUELUZ y col. (2000)⁽¹²⁾ sostiene que para casi todas las madres, el chupón continúa siendo la invención más práctica para calmar las mañas infantiles, siendo parte del accesorio del bebé.

⁽¹¹⁾ Citado por Tomasi en Queluz, D. y Aidar J. (2000). ¿Chupeta: un hábito nocivo? Hábitos bucais nocivos. *Ortodontia. Jornal Brasileiro de Fonoaudiología*. 23(2), 40-44.

⁽¹²⁾ Citado por Douglas en Queluz, D. y Aidar J. (2000). ¿Chupeta: un hábito nocivo? Hábitos bucais nocivos. *Ortodontia. Jornal Brasileiro de Fonoaudiología*. 23(2), 40-44.

Hoy en día se han podido fabricar chupones ortopédicos tratando de que éstos sean los más semejantes al pezón materno pero éstos alteran la fisiología de la succión, obligando al recién nacido a mantener la boca abierta en exceso, lo que ocasiona un mayor esfuerzo para la musculatura oral; y exige al niño a succionar sin trabajar adecuadamente el movimiento de la boca.

Su uso debe ser utilizado en los momentos necesarios cuando el bebé se siente irritado o somnoliento después de haber lactado. Así, el niño se adormece, pero el chupón debe ser removido de su boca con delicadeza para que no se acostumbre a succionar intermitentemente el chupón; también es conveniente que éste no esté a la vista del niño.

Es de vital importancia retirar el uso del chupón entre los cinco y seis meses de edad, antes de que erupcionen los dientes, para evitar así problemas de oclusión y/o malformaciones dentarias.

Diversos autores consultados para la presente investigación recomiendan clínicamente el uso del chupón si el bebé es propicio a desarrollar el hábito de succión digital. Desde el punto de vista teórico es más sencillo dar fin a los hábitos de chupón que a los digitales, ya que bajo control de los padres es posible suspender el chupón de manera inmediata.

Los chupones son empleados como pacificadores. Hay que recordar que su correcto uso es para satisfacer las necesidades fisiológicas del bebé y no para pacificar a las personas que lo rodean.

Los cambios dentarios que se ocasionan por el uso del chupón son similares a los ocasionados por los hábitos de succión digital.

- **Uso del biberón**

Cuando un niño es alimentado a través del biberón, la musculatura facial es menos utilizada, por lo tanto, el bebé no logra realizar los movimientos necesarios para una adecuada succión; por ello presentan mayor tendencia a succionar alguna parte de su cuerpo u objetos con la finalidad de ejercitar su musculatura.

FELICIO (1999), sostiene que la introducción precoz del biberón ha sido asociada a hábitos nocivos de succión pues su uso suele prolongarse en el tiempo.

Muchos bebés son alimentados a través del biberón con muchos tipos de tetina: convencional y ortopédica siendo esta última la más recomendable.

Cuando se recurre a una tetina convencional, por ser larga, muchas veces la punta de la tetina está muy cerca de la pared faríngea por lo que el

líquido se dirige para el tracto gastrointestinal disminuyendo el periodo de pre digestión que ocurre en la cavidad oral.

Cuando se emplea una tetina ortodónica u ortopédica, ésta se adapta más a la anatomía y fisiología de la succión permitiendo la presión ejecutada por los labios y favoreciendo el correcto movimiento mandibular.

Es costumbre de agrandar el orificio de las tetinas para aumentar el flujo de leche por lo que la musculatura actúa por menos tiempo puesto que los orbiculares de la boca no requieren ser contraídos para obtener la leche.

Diversos autores como FELICIO (1999), DEGAN (2004) y otros, consultados para la presente investigación sostienen que existe una reducción en la actividad electromiográfica de los músculos maseteros en niños alimentados a través del biberón.

El uso del biberón es una de las principales causas de malas posiciones dentarias y deformaciones maxilares, cabe anotar que cuando un bebé es alimentado con biberón realiza un menor número de succiones y una inadecuada estimulación de la musculatura orofacial. De esta forma el bebé no satisface la necesidad de succionar, pudiendo iniciar hábitos de succión no nutritiva.

Los hábitos de succión digital y de chupón, así como el uso prolongado del biberón son considerados nocivos cuando ocasionan un desequilibrio del sistema neuromuscular sobre las estructuras y funciones del sistema estomatognático, alterando el equilibrio de fuerzas que existen naturalmente en la cavidad bucal; y constituyen un poderoso factor etiológico de las maloclusiones. El tipo y la gravedad de una maloclusión provocada por la succión depende de: (a) factores relacionados con el hábito como la intensidad, duración y frecuencia del mismo, (b) la resistencia alveolar, (c) posición del dedo, chupón o tetina en la boca, (d) patrón de crecimiento del niño y (e) grado de tonicidad de la musculatura bucofacial.

La duración, intensidad y frecuencia del hábito de succión llevarán al niño a desarrollar hábitos mayores como la interposición lingual y la hiperactividad del músculo mental, e incrementando el tamaño de la mordida abierta anterior y/o posterior, por lo que se torna más deformante y difícil de ser corregido.

2.2.2.3. Hábitos nocivos de succión y disturbios miofuncionales orofaciales

MARQUESAN (1998), sostiene que cuando un bebé es alimentado a través del pecho materno ejecuta de 2000 a 3500 movimientos de la mandíbula, mientras que en la alimentación artificial estos movimientos se reducen de 1500 a 2000. Por lo tanto, el bebé que es amamantado tendrá mejores condiciones de estimulación de su sistema sensorio-motor-oral, pues la fuerza

muscular necesaria para mantener el flujo de leche satisfactorio será notablemente mayor.

En cuanto al comportamiento funcional FELICIO (2004) sostiene que el tipo de alimentación que recibe el bebé influye en el patrón de succión y deglución y patrones miofuncionales orales; siendo más favorable para la armonía, sincronización y estabilidad funcional el método natural⁽¹³⁾.

La lactancia mixta está asociada a mayor compromiso de la musculatura facial y a través de la alimentación artificial mayor porcentaje de inadecuación de la succión y deglución.

DEGAN (2004), sostiene que “los hábitos prolongados de succión son factores que pueden producir desequilibrio de las fuerzas que actúan en la cara y cavidad oral, siendo así considerado un factor mecánico negativo para el buen desarrollo de las estructuras óseas y dentarias, pudiendo también promover inadecuaciones en la musculatura del sistema estomatognático y consecuentemente en sus funciones, produciendo disturbios miofuncionales orofaciales”⁽¹⁴⁾.

⁽¹³⁾ Felicio, C. (2004). Desenvolvimento Normal das Funcoes Estomatognáticas. En L. Piccoloto, D. Befi-Lopes, S. Oliven. (Eds). Tratado de Fonoaudiología. (pp. 195-211). Sao Paulo, Brasil: Editorial Roca.

⁽¹⁴⁾ Degan, V. (2004). Fisiologia da succao. En L. V. Degan y R. Boni. (Eds). Hábitos de Succao: Chupeta e Mamadeira. (pp. 13-16). Sao Paulo, Brasil: Editorial Pulso.

Los hábitos nocivos de succión como sabemos generan disturbios miofuncionales orofaciales, pues cuentan con patrones motores funcionalmente distintos y controles nerviosos con mecanismos diferentes en relación a la alimentación natural.

Según la literatura revisada y las últimas investigaciones consultadas afirman que los hábitos nocivos de succión (chupón, dedo y uso excesivo del biberón) pueden originar una hipotonía de la musculatura oral y perioral lo que origina una incompetencia labial, una posición inadecuada de la lengua en situación de reposo originando así protrusión y mayor movilidad dorsal de ésta; interfiriendo directamente en un patrón inadecuado de las funciones estomatognáticas facilitando la respiración oral.

La respiración nasal es considerada indispensable para el buen desarrollo de las funciones orofaciales y, en consecuencia, para el crecimiento esquelético armónico; por lo que estos hábitos de succión podrían ser considerados nocivos.

Los labios, carrillos y la lengua son responsables del equilibrio de la dentición; y la posición de los dientes se ve afectada por los tejidos blandos, siendo así, la inadecuación de estas estructuras pueden promover alteraciones oclusales además de problemas en el habla.

2.2.2.4. Hábitos nocivos de succión y alteraciones oclusales

El desarrollo normal de la dentadura está dado por un conjunto de vectores de fuerzas que son direccionadas por los dientes y sus componentes alveolares en dos direcciones: palatino o lingual y vestibular. La lengua en situación de reposo se encuentra pasivamente alojada en la boca, ejerciendo un leve contacto con los dientes antero-superiores e inferiores. Cuando el paciente ocluye en céntrica la lengua hace un contacto uniforme con todas las superficies linguales y palatinas de todos los dientes, presionándolos para vestibular; para compensar esa fuerza de dentro para fuera, los músculos peribucales ejercen fuerzas antagonistas, manteniendo el equilibrio muscular definido por BRODIE en ESTRYPEAUT y cols. (1989) como “mecanismo del succionador”⁽¹⁵⁾.

Las estructuras de la cavidad oral en condiciones normales representan un perfecto equilibrio de fuerzas, manteniendo así todos sus elementos dispuestos de modo armónico y eficiente para realizar todas sus funciones.

CASTRO (2004), sostiene que “la succión determina el inicio de un proceso de dinamización de toda la cadena neuromuscular facial. Este proceso es completamente normal y fundamental para el adecuado desarrollo de todo el complejo dentofacial. Pero a su vez, los hábitos de succión pueden originar interferencias en el equilibrio de las fuerzas presentes en la cavidad oral, y si

⁽¹⁵⁾ Citado por Brodie en Estripeaut, L., Henriques, J. y Almeida, R. (1989). Hábito de succao do polegar e má oclusao. Apresentacao de um caso clinico. Revista Oodontologica de la Universidad de Sao Paulo. 3(2), 371-76.

estos hábitos se dan de manera prolongada pueden determinar un desequilibrio neuromuscular facial, originando alteraciones dentofaciales como, alteraciones oclusales, funcionales y de estética⁽¹⁶⁾. Por lo tanto, los hábitos nocivos de succión de dedo o chupón y uso prolongado del biberón interfieren directamente en el desarrollo del complejo cráneo facial siendo considerados como un factor etiológico de maloclusiones.

El crecimiento de los huesos depende de las fuerzas musculares que actúan sobre ellos, estas fuerzas están alteradas durante las funciones mencionadas, la maxila se estrecha y los dientes superiores anteriores tienden a ser vestibularizados. Las estructuras dentarias pueden causar protrusión de los dientes superiores, con presencia o ausencia de diastemas, lingüoversión de los dientes inferiores con apiñamiento o no; y en las bases esqueléticas puede propiciar protrusión maxilar o una retrusión mandibular desencadenando así una maloclusión Clase II. Este ciclo vicioso puede agravar más el problema de maloclusión.

La maloclusión más frecuente es la mordida abierta anterior. Estas representan entidades de etiología muy compleja que pueden originar desequilibrio en las funciones y proporciones faciales cuando no son tratadas adecuadamente; por ello la importancia de un diagnóstico precoz para que situaciones originadas

⁽¹⁶⁾ Castro, C. (2004). Alteracoes Oclusais decurrentes da presença de hábitos de sucção. En V. Degan y R. Boni. (Eds). *Hábitos de Sucção: Chupeta e Mamadeira*. (pp. 29-34). Sao Paulo, Brasil: Editorial Pulso.

por causas funcionales y/o por hábitos, no lleven a complicaciones esqueléticas severas en niños mayores.

En 1997, investigaciones realizadas en Estados Unidos por NGAN y FIELDS, sostienen que en los niños pequeños, la principal causa de mordida abierta, excluyendo a mordidas abiertas asociadas con la muda de dientes, son los hábitos no nutritivos de succión.

“Una maloclusión puede tener origen hereditario, por anomalías congénitas o por anomalías adquiridas. Como factores generales, destacamos los hábitos nocivos, que pueden llevar a alteraciones dento-maxilofaciales como mordida abierta anterior”⁽¹⁷⁾.

En 1998, el ortodoncista brasileiro ALMEIDA, profesor de la Disciplina de Ortodoncia de la Facultad de Odontología en Bauru, y colaboradores definieron a la mordida abierta anterior como la presencia de un traspase vertical negativo existente entre los bordes incisales de los dientes anteriores superiores e inferiores. Consiste en una discrepancia en sentido vertical cuyo pronóstico varía de bueno a deficiente, dependiendo de la gravedad y de la etiología a la que se encuentra asociada. Así mismo, sostienen que la mordida abierta anterior es una maloclusión frecuente en la

⁽¹⁷⁾ Boni, R., Veiga, M. y Almeida, R. (1997). Comportamento de mordida aberta anterior, apos a remocao do hábito de succao. Journal Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Maxilar. 2(12), 35-40.

población infantil, y que la incidencia es mayor ante la presencia de hábitos nocivos de succión.

Las maloclusiones según la Organización Mundial de la Salud ocupan el tercer lugar como problema de salud bucal. La mayoría de las enfermedades bucales y en particular las maloclusiones no son riesgo de vida pero, por su prevalencia e incidencia, son consideradas problemas de la salud bucal.

Los estudios de las relaciones entre los hábitos bucales nocivos y maloclusiones son muy investigados. QUELUZ y col. (2000), sostienen que “la forma del arco dentario depende de un equilibrio armonioso entre todos los tejidos blandos que lo circundan y de toda y cualquier alteración que ese equilibrio muscular puede originar, junto con las demás causas, una maloclusión, principalmente cuando este equilibrio se establece a través de un mal hábito bucal”⁽¹⁸⁾.

Innumerables ortodoncistas han intentado interpretar y explicar las posibles causas de la maloclusión; surgiendo varias clasificaciones, pero la que se encuentran en vigencia es la propuesta por GRABER en 1966, quien dividió los factores etiológicos en dos grandes grupos: intrínsecos o locales y extrínsecos o adquirida.

⁽¹⁸⁾ Queluz, D. y Aídar J. (2000). ¿Chupeta: un hábito nocivo? Hábitos bucales nocivos. Ortodontia. Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia, 23(2), 40-44.

Los factores intrínsecos están directamente relacionados a la cavidad oral tales como anomalías de número, tamaño y forma, así como también la pérdida prematura de dientes deciduos y la vía de erupción anormal. En cambio, los factores extrínsecos están relacionados a alteraciones metabólicas, enfermedades, deficiencias nutricionales y los malos hábitos bucales; creando presiones anormales sobre los arcos dentarios los cuales repercuten en el desarrollo morfofuncional del paciente.

Lo importante en este tipo de maloclusión, como en muchas otras, es que sea diagnosticada y tratada en edades tempranas, de manera tal que podamos actuar durante la organización de la oclusión y entre en juego el papel del crecimiento, el sistema neuromuscular y la erupción de los dientes y lograr así la armonía entre estos factores.

Debido a la existencia de diversos factores extrínsecos, el presente estudio se centra en la relación existente entre la lactancia materna, exclusiva y mixta, durante los primeros meses de vida y los hábitos de succión no nutritiva.

Diversas investigaciones consultadas corroboran que los hábitos nocivos de succión guardan relación con la aparición de alteraciones dento-maxilofaciales como protrusión de los incisivos superiores, overjet aumentado, mordida abierta posterior, mordida abierta anterior, entre otros, siendo esta última la de mayor incidencia; evidenciándose una relación directamente proporcional

entre la severidad de estas alteraciones y la frecuencia, intensidad y tiempo del hábito.

2.3 PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS

2.3.1 HIPÓTESIS GENERAL

La lactancia materna exclusiva influye en la ausencia o reducción de hábitos nocivos de succión digital, chupón y uso de biberón.

2.3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. El índice de hábitos nocivos de succión digital, chupón y uso de biberón es mayor en niños que recibieron lactancia materna mixta en relación a niños que recibieron lactancia materna exclusiva.
2. El uso prolongado, por más de 36 meses, de los hábitos nocivos de succión digital, chupón y biberón generan maloclusiones.

2.4 DEFINICIONES OPERACIONALES

a) Lactancia materna

La lactancia materna es la alimentación del lactante por medio de leche materna. Ésta es un proceso fisiológico normal, una consecuencia natural de dar a luz, que en algunos países es la única manera de asegurar la supervivencia y el crecimiento del recién nacido.

b) Lactancia materna exclusiva

La lactancia materna exclusiva es la mejor forma de proporcionar una alimentación idónea por la cual el lactante se alimenta exclusivamente por medio de leche materna, durante los primeros seis meses de vida, para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptima.

c) Lactancia materna mixta

La lactancia materna mixta es la combinación de la lactancia materna con la artificial; la utilización simultánea de ambas.

d) Hábitos nocivos de succión

Es la repetición de un acto en que intervienen todos los músculos de la cara y boca, mano u objeto que es llevado a la cavidad oral sin fines nutritivos; siendo los hábitos de succión digital, chupón y uso del biberón los más frecuentes, y cuya práctica por lo general puede generar maloclusión.

e) Maloclusión

La maloclusión es el grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, lo que incluye mordida abierta, mordidas cruzadas entre otras.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

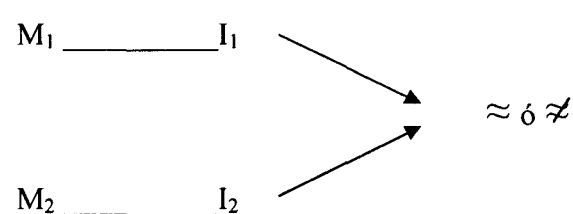
El presente estudio de investigación hace uso del método descriptivo, efectuando una sistemática observación de corte transversal, en la que no se manipuló ningún tipo de variable, sino, que se registró sistemáticamente un conjunto de hechos tales como ocurrieron en la realidad, en este caso, la lactancia materna exclusiva y mixta, los hábitos nocivos de succión digital, chupón y uso de biberón, y la presencia de maloclusión.

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño que se ajustó a los propósitos de la investigación fue el Diseño Descriptivo Comparativo; se contó con dos muestras (niños que recibieron lactancia materna exclusiva y niños que recibieron lactancia materna mixta) cuyos índices de hábitos nocivos de succión digital, uso de chupón y de biberón; y presencia de maloclusión fueron comparados.

Este diseño consistió en recoger información significativa de ambas muestras permitiéndonos establecer la relación entre nuestras variables.

Este diseño es diagramado de la siguiente manera:



donde M_1 : muestra de niños que recibieron lactancia materna exclusiva

M_2 : muestra de niños que recibieron lactancia materna mixta

I_1 : información significativa para la muestra 1

I_2 : información significativa para la muestra 2

$\approx \text{ ó } \neq$: existe o no relación

3.3 SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

La población a considerar para la investigación está constituida por 196 niños entre 3 a 5 años de edad pertenecientes a un nivel socio económico alto y que asisten regularmente a dos centros de educación inicial del distrito de San Isidro.

Nuestra muestra la conforman 120 niños separados en dos muestras por cuotas: 49 niños que tuvieron lactancia materna exclusiva y 71 niños que tuvieron lactancia materna mixta; por un periodo no menor de 4 meses.

3.4 INSTRUMENTO Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la presente investigación se empleó un cuestionario dirigido a padres o responsables del cuidado del niño. Para ello, se adaptaron informaciones de dos cuestionarios empleados en investigaciones científicas del Brasil y publicadas en la Revista CEFAC, Sao Paulo en el 2005 y 2006. Ambos instrumentos han sido aprobados por el Comité de Ética en Investigaciones del Centro de Especialización en Fonoaudiología Clínica (No. 126/03 y No. 035/05; respectivamente). También se empleó una ficha de observación para identificar la presencia de maloclusiones. Este instrumento fue aprobado por juicio de expertos del Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje en el año 2001.

3.4.1 INSTRUMENTO No. 1: CUESTIONARIO DIRIGIDO A PADRES

a. Ficha técnica

Denominación: Cuestionario

Autoras: Rodrigues M, Reis M, Felix L, y Queiroz C.

Año: 2005

Procedencia: Brasil

Objetivo: Investigar la influencia del tiempo de lactancia materna y la ausencia de ésta en el desarrollo de hábitos orales.

Denominación: Cuestionario

Autoras: Ramos A, Farias S, y Nemr K.

Año: 2006

Procedencia: Brasil

Objetivo: Determinar los tipos de hábitos nocivos de succión más frecuentes en niños de 4 a 6 años de una escuela pública y otra particular; comparar la presencia de estos hábitos entre ambos grupos, y verificar si los responsables recibieron orientación de los profesionales de la salud sobre los daños que éstos pueden originar.

Cabe mencionar que estos cuestionarios se han basado en anteriores investigaciones con preguntas estructuradas y semi-estructuradas sobre el tema.

b. Descripción

El cuestionario consta de dos partes; la primera referente a los datos del niño tales como nombre, fecha de nacimiento, edad cronológica, fecha de aplicación, nombre de la institución educativa, entre otros. La segunda, está constituida por 12 preguntas dicotómicas, cerradas de las cuales una de ellas tiene opción múltiple.

c. Administración

El cuestionario fue aplicado a los padres o apoderados de los niños, quienes recibieron información sobre la finalidad del estudio, garantizando la confidencialidad de su información. Luego se procedió a dar orientación necesaria para el llenado del cuestionario. El responsable en resolver el cuestionario en casa tuvo que marcar a conciencia cada una de las respuestas; y fueron orientados a devolver el cuestionario debidamente desarrollado a cada profesora responsable, en un plazo máximo de una semana.

d. Tipo de respuesta

Las respuestas se dieron marcando con un aspa y/o check alguna de las alternativas presentadas y cuando fue necesario debieron dar una respuesta breve.

3.4.2 INSTRUMENTO No. 2: FICHA DE OBSERVACIÓN DE MALOCLUSIÓN

a. Ficha técnica

Denominación: Ficha de observación

Autora: Aysanoa P.

Año: 2001

Procedencia: Perú

Objetivo: Identificar la presencia de maloclusiones

b. Descripción

El instrumento consta de 2 partes. En la primera se registran los datos generales del niño tales como nombre, fecha de nacimiento, edad cronológica y fecha de observación. En la segunda parte, mediante 3 ítems dicotómicos se registran la existencia de algún tipo de maloclusión.

c. Administración

La administración es individual; para ello el niño deberá estar correctamente sentado sobre una silla que le permita mantener los pies sobre el piso, frente a la terapeuta. La terapeuta deberá sentarse frente al niño; posición que debe mantener a lo largo de la observación.

La terapeuta debe contar con un par de guantes de látex (descartables) y un bajalengua. Le dirá al niño:

“Quiero ver cómo están tus dientes para eso tendrás que ayudarme abriendo y cerrando tu boca. No tengas miedo pues no duele”.

Si se observa al niño algo temeroso se le explicará nuevamente; si el temor persiste se le puede recomendar que acompañe al terapeuta mientras observa a otro niño.

Cuando la terapeuta va a empezar a observar se dirige al niño diciéndole:

“Abre tu boca que voy a revisar tus dientes”.

Una vez que el niño abre la boca, nos podemos ayudar con un bajalengua a contar las piezas dentarias. Luego se le pide que cierre la boca.

“Muy bien, ahora puedes cerrar la boca”.

Si la terapeuta tiene alguna duda de algún tipo de maloclusión se le puede pedir al niño que vuelva a abrir y cerrar la boca.

Una vez terminado recuerda felicitar al niño por su colaboración.

d. Tipo de respuesta

Se marcará si o no dependiendo de presencia o ausencia de maloclusión.

3.5 VARIABLES DE ESTUDIO

3.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

La variable independiente está constituida por la lactancia materna, cuyos indicadores son: lactancia materna exclusiva y lactancia materna mixta.

3.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE

La variable dependiente está constituida por la presencia de maloclusión generada por los hábitos nocivos de succión cuyos indicadores son: succión digital, uso del chupón y uso de biberón.

3.5.3 VARIABLE INTERVINIENTE

Edad	:	niños entre 3 y 5 años de edad.
Sexo	:	masculino – femenino
Nivel socio económico	:	alto

3.6 PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo el presente estudio se realizaron los siguientes pasos:

1. Se contactó con las promotoras de dos Centros de Educación Inicial para obtener la autorización.
2. Se asistió a dichos Centros por un día, respectivamente, para difundir entre las promotoras, docentes y auxiliares la importancia de la lactancia materna exclusiva como vía para minimizar los problemas de hábitos nocivos de succión; a fin de promover en los padres de familia la devolución del instrumento.
3. Se administró el instrumento No. 1: Cuestionario dirigido a padres, durante la última semana del mes de junio y la segunda semana del mes de agosto.
4. Se administró el instrumento No. 2: Ficha de observación de maloclusión, durante la tercera semana del mes de agosto.

3.7 ANÁLISIS Y PROCEDIMIENTO DE DATOS

Finalizado el trabajo de campo, los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS versión 13, para realizar los siguientes análisis:

1. Obtención de frecuencias y porcentajes de las variables de estudio del grupo total.
2. Información comparativa en frecuencias y porcentajes de la presencia de hábitos nocivos de succión y maloclusión en niños que recibieron lactancia materna exclusiva y lactancia materna mixta.
3. Construcción de tablas simples y de doble entrada.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE DATOS

A continuación se presentan los resultados a través de tablas que consideran los ítems del instrumento utilizado.

Tabla 1 Género

	n	%
Masculino	72	60%
Femenino	48	40%
Total	120	100%

La presente tabla muestra la distribución de la muestra según el género apreciándose que el 60% de los niños son de sexo masculino y el 40% femenino.

Tabla 2 Edad

	n	%
3 años	65	54%
4 años	46	38%
5 años	9	8%
Total	120	100%

La presente tabla muestra que de los 120 niños tomados como muestra en el estudio, el 54% tienen 3 años de edad, el 38% 4 años y sólo el 8% la edad de 5 años. Como podemos apreciar, la muestra está constituida mayoritariamente por niños de 3 años de edad.

Tabla 3 Tiempo en que recibió lactancia materna

	n	%
Por 4 meses	15	12.5%
Entre 4 y 6 meses	57	47.5%
Por más de 6 meses	48	40.0%
Total	120	100%

La presente tabla muestra que de las 120 madres que amamantaron por pecho a sus hijos, el 12.5% lo hizo por 4 meses, el 47.5% entre los 4 y 6 meses y el 40% lo hizo por más de 6 meses; lo que nos muestra que más de las dos terceras partes de la muestra en estudio recibió lactancia materna por más de 4 meses.

Tabla 4 Uso de biberón durante la lactancia materna

	n	%
Si	71	59%
No	49	41%
Total	120	100%

La presente tabla muestra que de todas la madres encuestadas el 59% de ellas recurrió al uso del biberón durante la lactancia (lactancia materna mixta) mientras que el 41% no recurrió al uso del biberón durante la lactancia (lactancia materna exclusiva); lo que nos indica que existe una alta tendencia de las madres al uso del biberón durante la lactancia.

Tabla 5 Inicio del uso del biberón

	n	%
Desde el nacimiento y el 1er mes	40	56%
Entre el 1er y 3er mes	14	20%
Entre el 3er y 4to mes	5	7%
Después del 4to mes	12	17%
Total	71	100%

La presente tabla muestra que de los 71 niños que recibieron lactancia materna mixta; un alto porcentaje de ellos hicieron uso del biberón antes del primer mes (56%), un 20% entre el primer y tercer mes, un 7% entre el tercer y cuarto mes; y un 17% recurrió al uso del biberón después del cuarto mes; lo que nos indica que el uso del biberón es muy frecuente desde el nacimiento.

Tabla 6 Uso de chupón durante la lactancia materna

	n	%
Si	66	55%
No	54	45%
Total	120	100%

La presente tabla indica que el 55% de madres encuestadas sostienen que sus hijos hicieron uso del chupón durante la lactancia materna; lo que nos indica que más de la mitad de la muestra en estudio hizo uso del chupón durante la lactancia.

A continuación se pasará a detallar diferencias y similitudes entre los niños que tuvieron lactancia materna exclusiva y los niños que recibieron lactancia materna mixta (uso de biberón).

Tabla 7 Presencia de uso del chupón durante la lactancia; según el tipo de lactancia materna

	Lactancia materna mixta		Lactancia materna exclusiva	
	n	%	n	%
Si	39	55%	27	55%
No	32	45%	22	45%
Total	71	100%	49	100%

La presente tabla muestra que el uso del chupón se da en igual porcentaje (55%) en ambos grupos; lo que nos indica la presente muestra en estudio es

que el chupón es un instrumento utilizado por más de la mitad de las madres que recurrieron a la lactancia materna mixta como a la lactancia materna exclusiva.

Tabla 8 Frecuencia de uso de chupón durante la lactancia materna mixta y exclusiva

	Lactancia materna mixta		Lactancia materna exclusiva	
	n	%	n	%
Durante el día	24	62%	4	15%
Durante la noche	15	38%	3	11%
Sólo para dormir	0	0%	5	19%
Cuando estaba fastidiado	0	0%	15	56%
Total	39	100%	27	100%

La presente tabla muestra que el uso del chupón durante el día y la noche es mayor en niños que recibieron lactancia materna mixta (62% y 38% respectivamente); mientras que en los niños que recibieron lactancia materna exclusiva el porcentaje del uso del chupón disminuye al 15% durante el día y a 11% durante la noche. Por otro lado, las madres que recurrieron a la lactancia materna exclusiva refieren que el 19% de sus niños recurrieron al uso del chupón sólo para dormir y el 56% tan sólo cuando están fastidiados; mientras que en los niños con lactancia materna mixta no se observa el uso del chupón en estas circunstancias pues el 100% de su uso se da durante el día o la noche. La presente muestra en estudio nos indica que las tres cuartas partes de los niños que recibieron lactancia materna exclusiva hicieron uso del chupón en determinadas circunstancias (sólo para dormir y cuando estaban

fastidiados); a diferencia de los niños que recibieron lactancia materna mixta donde la incidencia del uso del chupón es mayor durante las 24 horas del día.

Tabla 9 Uso del chupón después del destete

	Lactancia materna mixta		Lactancia materna exclusiva	
	n	%	n	%
Si	37	52%	21	43%
No	34	48%	28	57%
Total	71	100%	49	100%

La presente tabla indica que el 52% de los niños que recibieron lactancia materna mixta continúan usando el chupón después del destete, a comparación de un 43% en niños que recibieron lactancia materna exclusiva. La presente muestra en estudio nos indica que el uso del chupón, después del destete, es mayor en aquellos niños que recibieron lactancia materna mixta.

Tabla 10 Tiempo de uso del chupón después del destete

	Lactancia materna mixta		Lactancia materna exclusiva	
	n	%	n	%
Menos de 6 meses	2	5%	0	0%
Entre 6 y 12 meses	3	8%	8	38%
Entre 12 y 18 meses	3	8%	10	48%
Entre 18 y 24 meses	6	16%	2	10%
Entre 24 y 30 meses	6	16%	0	0%
Entre 30 y 36 meses	7	19%	0	0%
Después de 36 meses	10	27%	1	5%
Total	37	100%	21	100%

La presente tabla señala que, después del destete, el 27% de niños que recibieron lactancia materna mixta continuaron haciendo uso del chupón hasta después de 36 meses de edad y un 19% entre los 30 y 36 meses; mientras que en niños que recibieron lactancia materna exclusiva estos porcentajes descienden al 5% y 0% respectivamente. Por otro lado, el uso del chupón después del destete en niños que recibieron lactancia materna exclusiva se da con mayor incidencia entre los 6 y 18 meses de edad (86%); periodo considerado como no nocivo para el niño. La presente muestra en estudio nos indica que más de un cuarto de los niños que recibieron lactancia materna mixta continuó haciendo uso del chupón después de los 3 años de edad; periodo considerado como nocivo para el niño.

Tabla 11 Presencia de succión digital

	n	%
Si	37	31%
No	83	69%
Total	120	100.0%

La presente tabla indica que de las 120 madres encuestadas que recurrieron a la lactancia materna por un periodo no menor de 4 meses, sostienen que, el 31% de sus hijos recurrieron a la succión digital; lo que nos muestra que más de las dos terceras partes de la muestra en estudio no recurrió a la succión digital.

Tabla 12 Presencia de succión digital según el tipo de lactancia materna

	Lactancia materna mixta		Lactancia materna exclusiva	
	n	%	n	%
Si	26	37%	11	22%
No	45	63%	38	78%
Total	71	100%	49	100%

La presente tabla indica que la succión digital en niños que recibieron lactancia materna mixta es mayor que en niños que recibieron lactancia materna exclusiva (37% y 22% respectivamente); lo que nos indica que la presencia de succión digital en niños que recibieron lactancia materna mixta es 15% más que la hallada en los niños que recibieron lactancia materna exclusiva.

Tabla 13 Inicio de succión digital según el tipo de lactancia materna

	Lactancia materna mixta		Lactancia materna exclusiva	
	n	%	n	%
Desde el nacimiento al 1er mes	8	31%	1	9%
Entre el 1er y 3er mes	1	4%	0	0%
Entre el 3er y 4to mes	7	27%	1	9%
Después del 4to mes	10	38%	9	82%
Total	26	100%	11	100%

La presente tabla señala que el inicio de la succión digital en niños con lactancia materna mixta se da con mayor incidencia desde el nacimiento (hasta el primer mes de nacido 31%, entre el 1er y 3er mes 4%, entre el 3er y 4to

mes 27% y después del 4to mes 38%) mientras que en niños con lactancia materna exclusiva es a partir del 4to mes de nacido (82%); lo que nos indica que los niños de la muestra en estudio que recibieron lactancia materna mixta inician tempranamente la succión digital, mientras que, los niños que recibieron lactancia materna exclusiva ésta se da mayormente después del cuarto mes de nacido.

Tabla 14 Cese de la succión digital según el tipo de lactancia materna

	Lactancia materna mixta		Lactancia materna exclusiva	
	n	%	n	%
Menos de 12 meses	0	0.0%	5	46%
Entre 12 y 18 meses	0	0.0%	4	36%
Entre 18 y 24 meses	2	8.0%	1	9%
Entre 24 y 30 meses	3	11.5%	1	9%
Entre 30 y 36 meses	3	11.5%	0	0%
Después de 36 meses	18	69.0%	0	0%
Total	26	100%	11	100%

La presente tabla indica que el cese de la succión digital es más tardía en niños que recibieron lactancia materna mixta, siendo el 69% después de los 36 meses de edad mientras que en niños que recibieron lactancia materna exclusiva es de 82% durante los primeros 18 meses de vida (46% menos de los 12 meses y 36% entre los 12 y 18 meses). La presente muestra en estudio nos indica que el tipo de lactancia influye en el cese de la succión digital; en este caso la lactancia materna exclusiva favorece a que el cese de la succión digital se de más tempranamente (entre el año y medio como promedio);

mientras que en los niños que recibieron lactancia materna mixta se da mayoritariamente después de los 3 años de edad.

Tabla 15 Uso actual del biberón

	n	%
Si	34	28%
No	86	72%
Total	120	100%

La presente tabla indica que de las 120 madres que dieron de lactar a sus hijos, por un periodo no menor de 4 meses, sostienen que el 28% de ellos siguen haciendo uso de biberón; lo que nos indica que más de un cuarto de la muestra en estudio continúa usándolo.

Tabla 16 Uso actual del biberón según el tipo de lactancia materna empleada

	Lactancia materna mixta		Lactancia materna exclusiva	
	n	%	n	%
Si	31	44%	3	6%
No	40	56%	46	94%
Total	71	100%	49	100%

La presente tabla muestra que el 44% de los niños que recibieron lactancia materna mixta continúan haciendo uso del biberón, mientras que este porcentaje se ve considerablemente disminuido en niños que recibieron

lactancia materna exclusiva (6%); lo que nos indica que los niños que recibieron lactancia materna mixta tienden a prolongar el uso del biberón.

Tabla 17 Cese del uso de biberón según el tipo de lactancia materna

	Lactancia materna mixta		Lactancia materna exclusiva	
	n	%	n	%
Menos de 1 año y medio	0	0%	3	8%
Entre 1 año y medio y 2 años	1	2%	3	8%
Entre 2 años y 2 años y medio	23	48%	19	50%
Entre 2 años y medio y 3 años	9	19%	4	11%
Después de 3 años	15	31%	1	2%
Nunca usó	0	0%	8	21%
Total	48	100%	38	100%

La presente tabla indica que los niños que actualmente no usan biberón recurrieron a éste en mayor porcentaje, en ambos grupos, entre los 2 y 2 años y medio de edad (48% en niños que recibieron lactancia materna mixta y 50% en niños que tuvieron lactancia materna exclusiva). Asimismo, el 16% de niños que recibieron lactancia materna exclusiva dejaron de usar el biberón antes de los 2 años de edad, mientras que los niños que recibieron lactancia materna mixta fue del 2%. También, se puede apreciar que el 19% de madres encuestadas que recurrieron a la lactancia materna mixta refieren que sus hijos hicieron uso del biberón entre los 2 años y medio y 3 años de edad, mientras que en las madres que recurrieron a la lactancia materna exclusiva fue del 11%. Se observa que el 31% de madres que recurrieron a la lactancia materna mixta afirman que sus hijos hicieron uso del biberón hasta después de los 3 años porcentaje que disminuye significativamente en aquellas madres que

recurrieron a la lactancia materna exclusiva (2%). Cabe mencionar que el 21% de niños que recibieron lactancia materna exclusiva nunca hicieron uso del biberón. La presente muestra en estudio nos indica que más de un cuarto de los niños que recibieron lactancia materna mixta prolongan el uso del biberón hasta después de los 3 años de edad; tiempo considerado como nocivo.

Tabla 18 Succión de chupón, dedo y/o uso del biberón por más de 36 meses según el tipo de lactancia materna

	Lactancia materna mixta		Lactancia materna exclusiva		Total	
	n	%	n	%	n	%
Uso de biberón	15	94%	1	6%	16	100%
Uso de chupón	10	91%	1	9%	11	100%
Succión digital	18	100%	0	0%	18	100%

La presente tabla muestra que el uso prolongado, por más de 36 meses, del biberón, chupón y succión digital es significativamente mayor en aquellos niños que recibieron lactancia materna mixta (94%, 91% y 100% respectivamente) que en aquellos que recibieron lactancia exclusiva (6%,9% y 0% respectivamente). La presente muestra en estudio nos indica que el 5% de niños que recibieron lactancia materna exclusiva tienden a prolongar por más de 36 meses la succión de chupón y/o dedo y uso del biberón; mientras que en los niños que recibieron lactancia materna mixta la tendencia a prolongar estos hábitos nocivos de succión asciende a un 90% más.

Tabla 19 Presencia de maloclusiones como consecuencia del uso prolongado, por más de 36 meses, de los hábitos de succión digital, chupón y/o uso del biberón; según tipo de lactancia materna recibida

	Lactancia materna mixta						Lactancia materna exclusiva					
	Mordida abierta anterior		Mordida cruzada unilateral		Mordida cruzada bilateral		Mordida abierta anterior		Mordida cruzada unilateral		Mordida cruzada bilateral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Uso de biberón	12	80%	3	20%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Uso de chupón	8	80%	2	20%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Succión digital	18	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

La presente tabla nos indica la presencia de maloclusiones en niños que recibieron lactancia materna mixta como consecuencia del uso prolongado por más de 36 meses de la succión de chupón, dedo y uso del biberón; siendo la mordida abierta anterior la más frecuente (80%, 100%, 80% respectivamente) seguida de la mordida cruzada unilateral; lo que nos indica la existencia de una estrecha relación entre el tipo de lactancia materna recibida, la prolongación por más de 36 meses de los hábitos nocivos de succión y la presencia de maloclusiones.

En el caso de los 2 niños que recibieron lactancia materna exclusiva y que recurrieron al uso prolongado de chupón y biberón por más de 36 meses (un niño en cada caso) no presentaron ningún tipo de maloclusión.

Tabla 20 Conocimiento de los hábitos de succión como posibles causantes de problemas orales en el niño

	n	%
Si	42	35%
No	78	65%
Total	120	100%

La presente tabla muestra que de las 120 madres encuestadas que recurrieron a la lactancia materna, por un periodo no menor de 4 meses, el 65% refieren desconocer que los hábitos orales de succión pueden causar problemas en el niño. Como podemos apreciar se observa que aproximadamente las dos terceras partes de las madres del presente estudio desconocen las posibles causas de los problemas orales en sus niños.

Tabla 21 Conocimiento acerca de los hábitos orales de succión que podrían causar problemas en el niño en madres que recurrieron a lactancia materna mixta y exclusiva

	Lactancia materna mixta		Lactancia materna exclusiva	
	n	%	n	%
Si	10	14%	32	65%
No	61	86%	17	35%
Total	71	100%	49	100%

La presente tabla muestra un desconocimiento acerca de los problemas que pueden ocasionar los hábitos orales de succión; siendo mayor el porcentaje en

aquellas madres que recurrieron a la lactancia materna mixta (86%) en relación a aquellas que recurrieron a un lactancia materna exclusiva (35%).

Tabla 22 Presencia de información sobre los daños causados por los hábitos nocivos de succión

	n	%
Si	45	37.5%
No	75	62.5%
Total	120	100.0%

La presente tabla indica que de las 120 madres que dieron de lactar a sus niños por un periodo no menor de 4 meses, el 37.5% refiere haber recibido información acerca de los posibles daños que pueden causar los hábitos nocivos de succión; mientras que un 62.5% afirma no haber recibido algún tipo de información. La presente muestra nos indica que aproximadamente las dos terceras partes de las madres en estudio no han recibido información acerca de los posibles daños causados de los hábitos nocivos de succión.

Tabla 23 Presencia de información en madres según el tipo de lactancia materna empleada, acerca de los daños causados por los hábitos nocivos de succión

	Lactancia materna mixta		Lactancia materna exclusiva	
	n	%	n	%
Si	15	21%	30	61%
No	56	79%	19	39%
Total	71	100%	49	100%

La presente tabla muestra que el 79% de las madres encuestadas que recurrieron a la lactancia materna mixta no recibieron orientación acerca de los posibles daños causados por los hábitos de succión antes mencionados, mientras que el 61% de las madres que dieron de lactar de manera exclusiva por un periodo no menor de 4 meses afirman haber recibido información; lo que nos muestra que el desconocimiento de los posibles daños causados por estos hábitos se da con mayor incidencia en aquellas madres que recurrieron a la lactancia materna mixta.

Tabla 24 Profesionales de la salud que brindan información sobre los daños causados por los hábitos nocivos de succión*

	n	%
Odontólogo	44	49%
Médico	30	33%
Fonoaudiólogo	10	11%
Otros	6	7%
Total	90	100%

*Respuesta múltiple

La presente tabla indica que de las 45 madres que refieren haber recibido orientación acerca de los posibles daños causados por los hábitos nocivos de succión; la mayor información les fue brindada por odontólogos y médicos (49% y 33% respectivamente) mientras que el 11% le fue otorgada por fonoaudiólogos y un 7% a través de otros medios tales como revistas y artículos de internet; lo que nos indica que en nuestro contexto son los odontólogos y médicos quienes brindan más información sobre los daños que pueden causar los hábitos nocivos de succión. Asimismo, observamos que el fonoaudiólogo aún no tiene un rol importante para alertar sobre los posibles daños ocasionados por los hábitos antes mencionados.

Tabla 25 Intención de las madres de retirar los hábitos orales de succión

	n	%
Si	35	29%
No	60	50%
No, nunca presentó	25	21%
Total	120	100%

La presente tabla indica que de las 120 madres que dieron de lactar a sus niños por un periodo no menor de 4 meses, el 50% de ellas sostienen que no intentaron retirar los hábitos orales de succión en sus hijos, a diferencia de un 29% que sí lo intentó; lo que nos indica que la mitad de las madres en estudio podrían considerar a los hábitos orales de succión como una conducta propia de la edad.

El 21% afirma que sus hijos nunca presentaron hábitos orales de succión.

Tabla 26 Intención de las madres de retirar los hábitos orales de succión según el tipo de lactancia materna

	Lactancia materna mixta		Lactancia materna exclusiva	
	n	%	n	%
Si	18	25%	17	35%
No	48	68%	12	24%
No, nunca presentó	5	7%	20	41%
Total	71	100%	49	100%

Finalmente, la presente tabla indica que el 68% de madres que recurrieron a la lactancia materna mixta no tuvieron la intención de retirar los hábitos nocivos

de succión que presentaban sus hijos, mientras, que el porcentaje fue menor en aquellas madres que recurrieron a la lactancia materna exclusiva (24%). Asimismo, se observa que el 35% de las madres que recurrieron a la lactancia materna exclusiva si tuvieron intención de retirar los hábitos de succión, mientras que un 25% se dio en aquellas madres que recurrieron a la lactancia materna mixta. Por otro lado, se observa gran diferencia entre aquellas madres que recurrieron a la lactancia materna exclusiva y lactancia materna mixta cuando éstas manifiestan que sus hijos nunca presentaron hábitos nocivos de succión (41 y 7% respectivamente).

4.2 ANÁLISIS DE DATOS

Según la Organización Mundial de la Salud y la literatura consultada, la mayoría de autores sostienen que la leche materna debe ser ofrecida de manera exclusiva durante los primeros meses de vida, no sólo por su alto valor nutritivo y de protección para la salud física y psicológica del lactante, sino también por ser éste un período en el que se produce el desarrollo de las estructuras dentofaciales del bebé. También es propugnada como un método eficaz de prevención de los hábitos nocivos de succión.

En la presente investigación se encontró que de los 120 casos estudiados, es decir, niños que lactaron por un período no menor a cuatro meses. El 60% de ellos corresponden al sexo masculino y el 40% al femenino; existiendo un mayor número de hombres que de mujeres.

En lo que respecta al tipo de lactancia, 71 de los niños (59%) recurrieron a la lactancia materna mixta (uso del biberón) mientras que 49 niños (41%) recurrieron a la lactancia materna exclusiva.

Considerando lo anterior, un alto porcentaje de madres sostienen haber recurrido al biberón durante los primeros tres meses, 40 de ellas (56%) lo hicieron durante el primer mes y 14 (20%) entre el primer y tercer mes; a diferencia de 5 casos (7%) entre el tercer y cuarto mes, 12 casos (17%) después del cuarto mes.

A pesar de las ventajas ampliamente comprobadas por diversos estudios científicos y la literatura consultada, la lactancia materna exclusiva no parece ser la primera opción a la que recurren las madres de un nivel socio económico alto. En el 2002, en un estudio realizado por ULMI en la ciudad de Sao José dos Campos (Sao Paulo, Brasil) en 81 niños de ambos sexos, entre 3 y 6 años afirma que el 18.58% de niños recibió lactancia materna exclusiva, mientras que el 51.85% recurrió al uso del biberón. Asimismo sostiene que 21 de ellos (26%) hicieron uso del biberón entre los dos y seis meses de edad y que la mayoría de estos niños presentaron hábitos orales no nutritivos como el uso del chupón y la succión digital; llegando a la conclusión que la época de introducción del biberón prevalece entre los 2 y 6 meses de edad; y que ésta parece estar asociado a la aparición de hábitos orales no nutritivos.

En el 2002, CARHUAHUANCA en la ciudad de Lima (Perú), realizó un estudio en 90 niños de ambos sexos con edades entre los 3 y 5 años de edad,

pertenecientes al distrito de San Martín de Porres, llegando a la conclusión que el 71% (64 casos) presentaron una lactancia materna exclusiva y sólo el 28.9% (26 casos) hicieron uso del biberón.

BASTOS (2006), efectuó un estudio en 44 niños de ambos sexos cuyas edades fluctuaron entre 3 y 5 años, a fin de verificar la presencia de hábitos de succión no nutritiva y las posibles correlaciones con el tipo de alimentación; concluyó que el 55.8% recibieron lactancia materna exclusiva por un periodo de 6 meses, observándose que 31 niños (70,5%) presentaron por lo menos un tipo de hábito de succión, de los cuales, el 59.1% hizo uso del chupón; 13 casos (50%) por un periodo mayor a los 3 años, mientras que 4 niños (15.4%) recurrieron al chupón antes del año.

En la presente investigación, en cuanto a los hábitos de succión no nutritiva se constató que de los 120 casos estudiados, 66 niños (55%) hicieron uso del chupón durante la lactancia mientras que 54 casos (45%) no recurrió al uso de éste; siendo el uso del chupón similar entre los niños que recibieron lactancia materna exclusiva y los niños que hicieron uso del biberón con un (55%) en ambos grupos. Como podemos apreciar, el uso del chupón es bastante elevado en ambos grupos, pues ofrece a la madre una alternativa para tranquilizar y apaciguar al niño en momentos de agitación o cuando no puede asistirlo inmediatamente. En un estudio realizado en 1997, en el estado de Minas Gerais - Brasil, en 100 niños de 2 a 11 años, se halló que el 79% de ellos hizo uso del chupón. Otro estudio realizado por PAZ, en el 2002, en una

población aproximadamente de 800 niños, mostró que el 88% de niños nacidos en un hospital público de la ciudad de Sao Paulo utilizó el chupón durante el primer año de vida. Ambos estudios citados por MASSON y col. (2005).

Según los autores consultados el efecto del hábito nocivo de succión es variado e individual; depende de la edad de inicio y cese del hábito, del patrón dento-maxilofacial y oclusión inicial, de la posición del chupón o dedo que es introducido en la boca, así como la palanca que éste ejerce; y de la duración, intensidad y frecuencia del hábito. Cuanto más tiempo persista el hábito, a mayor intensidad y frecuencia, más problemas vamos a encontrar en la oclusión del niño y en el desarrollo de todo el conjunto dientes-labios- paladar.

La frecuencia está indicada por las circunstancias en que el niño recurre a este hábito; para el presente estudio se creyó conveniente considerar los ítems: “durante el día”, “durante la noche”, “sólo para dormir” y “cuando estaba fastidiado”; pues suelen ser estos momentos en que el niño recurre más al uso del chupón.

En el caso de la succión de chupón, durante la lactancia materna exclusiva se aprecia que la incidencia es mayor “cuando estaba fastidiado” 56%, seguida de “sólo para dormir” 19%; mientras que en la lactancia mixta la incidencia es mayor “durante el día” 62%, seguida de “durante la noche” 38%.

En cuanto al uso del chupón después del destete, se apreció el 52% de niños que recibieron lactancia mixta continua con este hábito de succión no nutritiva; a diferencia de un 43% en aquellos niños que recibieron lactancia materna exclusiva.

En cuanto al uso del chupón, después del destete, las madres encuestadas que recurrieron al uso del biberón refieren que sus hijos hicieron uso del chupón por períodos más largos de tiempo, es decir “después de 36 meses” (27%), seguido de “entre 30 y 36 meses” (19%); mientras que en aquellas madres que recurrieron a la lactancia materna exclusiva el porcentaje en estos períodos de tiempo se vio disminuido significativamente al 5% y 0% respectivamente.

RODRIGUES y cols. (2005), en un estudio realizado en el Brasil, en 200 niños, con el objetivo de investigar la influencia del tiempo de lactancia y la ausencia de ésta en el desarrollo de los hábitos orales sostienen que el hábito de usar chupón prevalece en un 21.5% en aquellos niños que no fueron amantados, mientras que aquellos niños que recibieron lactancia materna por más de 6 meses no presentaron este hábito; concordando con la literatura afirma que el hábito de usar chupón surge a partir de la necesidad de succión que no ha sido saciada por el uso del biberón.

En el presente estudio para efecto de comparación se ha podido encontrar que en los primeros 36 meses de vida el 55% de niños recurrió al uso del chupón mientras que el 31% a la succión digital. Corroborando así con la literatura

consultada y diversas investigaciones brasileras que la incidencia del uso del chupón en niños en edad preescolar es mayor que la succión digital. En el 2007, LEITE-CAVALCANTI y cols. en un estudio realizado en 342 niños brasileros entre 3 y 5 años de edad sostienen que la prevalencia de hábitos de succión es elevada en todas las fases etáreas, siendo la succión del chupón (84.8%) mayor que la succión digital (7.2%). Aproximadamente el 84.2 % de estos niños recurrieron a la alimentación artificial.

En cuanto a la succión digital, se apreció que 37 de las madres encuestadas (31%) afirman que sus niños recurrieron a este hábito, mientras que el 69% (83 casos) sostienen que no. La prevalencia de succión digital encontrada en el presente estudio no concuerda con la investigación nacional realizada por CARHUAHUANCA (2002), quien encontró que el 72.7% (16 casos) presentaron succión digital.

De los 37 niños succionadores digitales, 26 de ellos recibieron lactancia materna mixta (37%) y 11 lactancia materna exclusiva (22%). El inicio de la succión digital durante los primeros cuatro meses de vida fue mayor en aquellos niños que recibieron lactancia materna mixta, obteniendo un 31% “desde el nacimiento al primer mes”, 4% “entre el primer y tercer mes”, 27% “entre el tercer y cuarto mes”; en relación a aquellos niños que recibieron lactancia materna exclusiva (9%, 0% y 9% respectivamente). En el presente estudio, analizando la variable inicio de succión digital se observó “después del cuarto mes” fue mayor en los niños que recibieron lactancia materna

exclusiva (82%) que en aquellos que recibieron lactancia materna mixta (38%).

En cuanto a la succión digital, al igual que la succión de chupón, se apreció que los niños que recibieron lactancia materna mixta recurrieron a este hábito por periodos largos de tiempo, obteniendo un 69% “después de 36 meses”, seguido de “entre 30 y 36 meses” y “entre 24 y 30 meses” con 11.5% respectivamente; mientras que en la lactancia materna exclusiva estos porcentajes disminuyeron significativamente (0%, 0% y 9% respectivamente).

Algunas investigaciones consultadas sostienen que los niños que han sido amantados poseen menor posibilidad de adquirir hábitos nocivos, mientras que los niños que no han recibido lactancia materna suelen recurrir a la succión digital para ejercitar su musculatura y saciar su necesidad de succión. La succión digital promueve el desarrollo del tercio medio e inferior de la cara, el oído interno, los maxilares y la garganta. Por este motivo, VELLINI (2002), establece que existe una relación biológica primordial que la hace necesaria en los primeros meses de vida. Sin embargo, la prolongación de este hábito después de los 3 años de edad podría influir negativamente en el desarrollo dento-maxilofacial. Según la Sociedad Dental de Chicago, citado por TORO D. y col. (2006)⁽¹⁹⁾ sostiene que a los 4 años, el 60% del crecimiento facial está completo, a los 7 años el 70% y a los 12 años el 90%. Por otra parte, a

⁽¹⁹⁾ Toro, D. y Contasti, G. (2006). Influencia de la succión digital en la etiología de las maloclusiones. *Revista Venezolana de Ortodoncia*, 23(1), 6-13.

partir de esta edad también aumenta el rechazo social ante el hábito, pudiéndose alterar el desarrollo emocional del niño.

En la presente investigación se encontró que el 28% de niños (34 casos) continúan haciendo uso del biberón mostrando diferencias significativas entre aquellos que recibieron lactancia materna mixta 44% (31 casos) de aquellos niños que recibieron lactancia materna exclusiva 6% (3 casos).

De los 86 niños que actualmente no hacen uso del biberón, se pudo apreciar que 40 de ellos recibieron lactancia materna mixta (56%) y 46 lactancia materna exclusiva (94%). De la totalidad de estos niños se encontró que hicieron uso del biberón hasta los 2 a 2 años y medio de edad en porcentajes muy similares en ambos grupos (lactancia materna mixta 48% y lactancia materna exclusiva 50%). Sin embargo, los niños que recibieron lactancia materna exclusiva dejaron de usar biberón en un 16% antes de los 2 años; y un 2% en aquellos que recibieron lactancia materna mixta. Así mismo, en relación a la lactancia materna mixta el 19% dejó de usar el biberón entre los 2 años y medio y 3 años de edad, mientras que en los niños que recibieron lactancia materna exclusiva los porcentajes son del 11% y 2% respectivamente; después de los 3 años de edad el porcentaje de niños que recibieron lactancia materna mixta fue de 31%, mientras que de los que recibieron lactancia materna exclusiva fue del 2%.

Diversos autores consultados para la presente investigación sugieren que la succión no nutritiva (dedo o chupón) así como el uso prolongado de biberón pueden ser responsables del surgimiento de maloclusiones durante la dentición decidua; y que la época de introducción del biberón y el uso prolongado de éste se encuentra asociado a la instalación de hábitos orales no nutritivos. Asimismo, sostienen que cuando el biberón es introducido entre los 2 a 6 meses de manera exclusiva hay más chance de que el niño desarrolle hábitos de succión no nutritiva; y que los niños que inician el uso del biberón antes de los 2 meses desenvuelven hábitos orales no nutritivos 0.8 veces mayor que aquellos niños que no presentan estos hábitos.

Para efecto de comparación analizando los datos obtenidos en relación a las variables “uso de biberón”, “uso del chupón” y “succión digital” después de los 36 meses de edad, se pudo apreciar una diferencia estadísticamente significativa entre aquellos niños que recibieron lactancia materna mixta (94%, 91% y 100% respectivamente) de aquellos que recibieron lactancia materna exclusiva (6%, 9% y 0% respectivamente). Por ello, es necesario conocer la prevalencia de los hábitos de succión no nutritiva y los efectos que pueden originar en la relación oclusal en niños que reciben lactancia materna exclusiva, y lactancia mixta para determinar si el tipo de lactancia influye en la adquisición de algunos hábitos nocivos de succión y la posible presencia de maloclusiones.

En la presente investigación se hallaron altos índices de maloclusión en aquellos niños que recurrieron al uso prolongado de succión digital, chupón y uso del biberón (por más de 36 meses) y que recibieron lactancia materna mixta. El 80% de ellos presentó mordida abierta anterior y el 20% mordida cruzada unilateral. Mientras que en los 2 niños que recurrieron a la lactancia materna exclusiva y que hicieron uso prolongado de estos hábitos de succión no se evidenció la presencia de algún tipo de maloclusión.

En cuanto al conocimiento de que los hábitos orales pueden causar problemas en el niño, se apreció que el 65% (78 casos) de madres desconocen que éstos pueden ocasionar problemas de maloclusión en sus niños; de los cuales un 86% corresponde a madres que recurrieron a lactancia materna mixta y un 35% a lactancia materna exclusiva. Así mismo, el 62.5% sostiene no haber recibido ningún tipo de información sobre los posibles daños que éstos pueden originar; cuya incidencia es mayor en aquellas madres que recurrieron a lactancia materna mixta (79%) en relación a aquellas que recurrieron a lactancia exclusiva (39%). Las madres que afirman haber recibido algún tipo de información (61%) sostienen que la información obtenida proviene del odontólogo (49%), médico (33%), seguida del fonoaudiólogo (11%) y otros como revistas y uso de internet (7%).

Debido a lo anteriormente expuesto vemos que hay un desconocimiento por parte de las madres sobre la importancia de la lactancia materna en la prevención de hábitos nocivos de succión así como también un

desconocimiento del tema por parte de los profesionales del área de la salud; especialmente del fonoaudiólogo.

PODADERA y col. (2003), en un estudio realizado en 42 madres gestantes de La Habana - Cuba, a través de una evaluación del impacto sobre lactancia materna y su rol preventivo en las anomalías dento-maxilofaciales obtuvo que el nivel de conocimiento fue inadecuado por lo que recurrió a un taller de capacitación a fin de que estas madres logren adquirir los conocimientos acerca de la importancia de la lactancia materna en los primeros meses de vida y la introducción de la alimentación sólida (función masticatoria) en el desarrollo del sistema estomatognático en la prevención de anomalías dento-maxilofaciales.

El 50% de las madres encuestadas sostienen que no intentaron retirar los hábitos orales de succión en sus hijos; siendo 68% en aquellas madres que recurrieron a la lactancia materna mixta (48 casos) y 24% en aquellas que recurrieron a la lactancia materna exclusiva (12 casos). En cuanto a las madres que sostienen que sus hijos nunca presentaron hábitos nocivos de succión se vio una diferencia estadísticamente significativa entre las que recurrieron a la lactancia materna mixta (7%) y las que recurrieron a lactancia exclusiva (41%).

Finalmente, parece existir entre los diversos autores, consenso en cuanto a la importancia de la lactancia materna en la prevención de los hábitos nocivos de

succión; así como también que el uso prolongado (después de los 36 meses) de la succión no nutritiva, podría originar alteraciones en la musculatura peribucal del niño.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1 CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos a través de los instrumentos y la literatura consultada para la presente investigación, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 meses de vida, es fundamental como medida preventiva en la no instalación de hábitos nocivos de succión digital, chupón y uso prolongado de biberón.
2. Los datos revelan que la succión del chupón es mayor que la succión digital.
3. El uso del chupón es muy frecuente tanto en aquellos niños que recibieron lactancia materna mixta como exclusiva; siendo en ambos grupos el 55%. Sin embargo, durante la lactancia materna mixta se observa que el 100% de los niños recurren al uso del chupón bien sea durante el día o la noche; mientras

que en niños que recibieron lactancia materna exclusiva la incidencia de uso es mayor en situaciones en que éste se encuentra fastidiado (56%).

4. El uso del chupón después del destete se da con mayor incidencia a partir de los 2 años de edad en aquellos niños que recibieron lactancia materna mixta.
5. En cuanto a la succión digital, ésta es más frecuente en aquellos niños que recibieron lactancia materna mixta. Este grupo de madres refieren que sus hijos recurrieron a la succión digital durante los primeros 4 meses de vida, mientras, que en los niños que recibieron lactancia exclusiva la incidencia es mayor después del cuarto mes.
6. Los datos en cuanto al uso actual del biberón en ambos grupos revelan que es mayor en aquellos niños que recurrieron a la lactancia materna mixta. Sin embargo, se observa que en ambos grupos, en la mayoría de los casos, el destete oscila entre los 2 y 2 años y medio de edad.
7. La mayoría de los autores consultados sostienen que la persistencia de los hábitos de succión después de los 36 meses de edad puede ser considerada como pernicioso. En la presente investigación se observa que la prolongación de estos hábitos de succión se dan con mayor frecuencia en aquellos niños que recibieron lactancia materna mixta a diferencia de aquellos niños que recibieron lactancia materna exclusiva.

8. Los datos revelan que el tipo de lactancia y la succión prolongada de chupón y/o dedo y uso del biberón durante la fase de dentición decidua pueden originar algún tipo de maloclusión; siendo la mordida abierta anterior la más frecuente.
9. La lactancia materna como primera opción, reduce la incidencia de succión extra, pues el período de amamantamiento tiene influencia directa en la adquisición de hábitos nocivos de succión, es decir, hay una relación causal entre la lactancia materna y salud bucal.
10. La mayoría de las madres consultadas afirman no tener conocimiento acerca de los posibles daños que pueden originar los hábitos de succión y de no haber recibido mayor información del tema por parte de los profesionales de la salud (odontólogo, médico y fonoaudiólogo).

5.2 SUGERENCIAS

1. Realizar futuras investigaciones con mayor número de niños, pertenecientes a diferentes niveles socio económicos, correlacionando el tipo de lactancia (exclusiva, mixta y artificial) con la presencia de hábitos nocivos de succión tales como la succión digital y/o chupón y uso prolongado del biberón.

2. Fomentar la salud oral desde un enfoque multidisciplinario. Éste debe de ser un trabajo conjunto entre los diversos profesionales de la salud, los padres de familia y la escuela; debiendo tener en cuenta los problemas asociados al uso prolongado del chupón, biberón y succión digital.
3. Es necesario que los fonoaudiólogos participen en campañas que promuevan la importancia de la lactancia materna durante los primeros cuatro a seis meses de vida, a fin de prevenir y alertar precozmente, sobre las posibles alteraciones que la lactancia artificial puede originar.
4. Los fonoaudiólogos, especialmente los especialistas en Motricidad Orofacial, deben participar en programas específicos para la supresión temprana de los hábitos no nutritivos de succión, con la finalidad de prevenir maloclusiones; enfatizando la importancia del desarrollo de la musculatura orofacial, dientes y habla.
5. La intervención terapéutica en la fase de dentición decidua debe beneficiar, pues mejora los aspectos estéticos, funcionales y psicológicos del niño. La no eliminación de estos hábitos podrían originar alteraciones dento-maxilofaciales si es que no son detectadas a tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIBROS

- DEGAN, D.;
BONI, R. (2004) Hábitos de sucção chupeta e mamadeira
Pulso Editorial Ltda. Sao Paulo, Brasil
- DOUGLAS, C.R. (2002) Tratado de Fisiología aplicada a Fonoaudiología
Robe Editorial. Sao Paulo, Brasil
- FELICIO, C. (1999) Fonoaudiología aplicada a casos de odontología
Pancast Editora. Sao Paulo, Brasil
- GRABER, T. (2004) Ortodoncia: Teoría y práctica
Nueva Internacional Interamericana. 3era Edición, México
- MARCHESAN, I. (1998) Fundamentos de Fonoaudiología: Aspectos Clínicos de
Motricidad Oral. Editora Guanadabara Koogan, Río de
Janeiro, Brasil

- MOYERS, T. (1976) Manual de Ortodoncia
Editorial Mundi S.A.I.C. y F., 3era Edición, Argentina
- PICCOLOTTO. L.;
BEFI-LOPES, D.;
OLIVAN, S. & COLS. (2004) Tratado de Fonoaudiología
Editora Roca Ltda. 1ra edición, Sao Paulo, Brasil
- PIRES, N. (1998) Odontopediatria. Na primeira infancia
Livraria Santos Editora, 1ª Edição, Brasil
- VELLINI, F. (2002) Ortodontia. Diagnóstico e planejamento clínico
Editora Artes Medicas Ltda., 5ta Edição, Brasil
- REVISTAS**
- ALMEIDA, R. (1998) Mordida aberta anterior. Considerações e apresentação de un caso clínico.
Rev. Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial, v.3, n.2, p.17-29 – Marco/Abril, Brasil.
- BASTOS, A; PEREIRA, F;
DE MAGALHAES, A;(2006) Relação entre hábitos de sucção nao-nutritiva, tipo de aleitamento e má oclusoes em crianças com dentição decídua.
Revista CEFAC, Sao Paulo, v.8, n.3, p.352-359 – Jul/Set

- ESTRIPEAUT, L.;
HENRIQUES, J.;
ALMEIDA, R. (1989).
Hábito de sucção do polegar e má oclusão. Apresentação de um caso clinico. Revista Odontologica de la Universidad de Sao Paulo. v.3, n.2, p.371-376. Abr./Jun., Brasil
- LEITE-CAVALCANTI, A;
MEDEIRO-BECERRA, P;
MOURA, C. (2007)
Aleitamento natural, aleitamento artificial, hábitos de sucção e maloclusoes em pré escolares brasileiros
Revista Salud Pública, v.9, n.2, p.194-204
- MASSON, S.;
SILVA, I. (2005)
As fases simbólica e utilitaria da chupeta na vissao de mais.
Revista Saúde Pública Sao Paulo. v.39, n.2, Abril, Brasil
- MERINO, E. (2003)
Lactancia materna y su relación con las anomalías dentofaciales. Acta Odontológica Venezolana, Caracas. v.4, n.2, p.154-158. Mayo, Venezuela
- NGAN, P.
FIELDS, H. (1997)
Open bite: a review of etiology and management
American Academic of Pediatric Dentistry. v.19, n.2, p.91-97, USA
- OLIVEIRA, M. (1999)
Hábitos de sucção e má-oclusão. Repensando esta relação
Rev. Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial, V4, n.6, p.58-64, Nov./Dez., Brasil

- PAZ, R.; ASCENCIO-FERREIRA, V. (2004) Relação da pressão de sucção e da pega de bebês a term com o aparecimento de fissuras mamilares no proceso de amamentação natural. Revista CEFAC, Sao Paulo, v.6, n.1, p. 49-57, Jan/Mar, Brasil
- PODADERA, Z.; FLORES, H. (2004) Evaluación del impacto del taller sobre lactancia materna y su rol preventivo en las anomalías dento-maxilofaciales, 2003. Revista Cubana Estomatol. v.41, n.1, En/Abril, Cuba
- QUELUZ, D.; AIDAR, J. (2000) ¿Chupeta: un hábito nocivo? Hábitos bucais nocivos Ortodontia. Jornal Brasileiro de Fonoaudiología v.23, n.2, p.40-44
- RAMOS, A.; FARIAS, S.; NEMR, K. (2006) Correlación da hábitos orais deletérios entre crianças de 4 a 6 años de escola pública e escola particular da cidade de Manaus – AM. Revista CEFAC, Sao Paulo, v.8, n.3, p.328-336. Jul/Set, Brasil
- RODRIGUES, M.; REIS, M.; FÉLIX, L.; QUEIROZ, C.:(2005) A influencia da amamentação natural no desenvolvimento dos hábitos orais. Revista CEFAC, Sao Paulo, v.7, n.3, p.307-310. Jul/Set, Brasil

- SERRA-NEGRA, J.,
PORDEUS, I.;
ROCHA JR, J. (1997) Estudio da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusoes
Rev. de Odontología da Universidades de Sao Paulo,
v.II, n.2, p.79-86, Abril/Jun., Brasil
- TORO, D.;
CONTASTI, G. (2006) Influencia de la succión digital en la etiología de las maloclusiones. Revista Venezolana de Ortodoncia. v.23, n.1, p.6-13
- TOSTES, M. (1998) Sucção digital com mordida aberta anterior: Relato de un caso
Rev. Brasileira de Odontologia, v.55, n.3, p.176-179, Maio/Junho, Brasil
- ULMI, A. (2003) A época de instalação da mamadeira está relacionada com a instalação de hábitos orais nao – nutritivos?. Revista CEFAC 2003, 5: p.313-316, Brasil

PÁGINAS WEB

- BLANCO-CEDRES, L.;
GUERRA, M.;
RODRÍGUEZ, S. (2005) Lactancia materna en la prevención de hábitos orales viciosos de succión y deglución
[www.actaodontologica.com/ediciones/2007/1/lactancia_ materna.asp-42K-](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/1/lactancia_materna.asp-42K-)

- CARHUAHUANCA, M. (2002) Hábitos de succión no nutritiva y la relación oclusal según el tipo de lactancia en niños con dentición decidua completa
Revista Odontológica de informe científico. Artículo 2.
www.ceo.com.pe
- DEL MONTE, A. (2000) Influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal de los arcos dentarios. Universidad de Tunas
www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/micrognatismo.pdf
- DERMER, A. (2002) Los beneficios de la lactancia para las madres, uno de los secretos mejor guardados
http://www.lli.org/Lang/Espanol/NCVol14_1a_02.html
- DURHAND, S. (2007) Dificultades orales en el inicio de la lactancia
www.prematuros.cl/webenero07/Congreso%20EspanolLactanciaMaterna/
- GONÇALVES, P.;
SALIBA, C.;
ISPER, A.;
FERNANDES, A.(2005) Amamantamiento versus hábitos bucales deletéreos
www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/amamantamiento_habitos_bucales_deletereos.asp - 60k -

- MARTÍNEZ, M.;
CONDE, H.;
TRENZADO, N. (2005) Lactancia materna en la prevención de hábitos bucales deformantes, 2006. Revista Médica Electrónica Policlínico Universitario “Héroes del Móncada” Cárdenas, Matanzas – Cuba
www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol1%202008/tema
- MORGADO, D. (2005) Lactancia materna, hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños de 3 años de edad. Revista Clínica Estomatológica docente Diego de Ávila
http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_02_07/articulos/a10_v13_0207.html
- RODRÍGUEZ, M. (2002) Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Daniel A. Carrión. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú
www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2002/rodriguez_vm/html/index-frames.html
- Sin autor (2003) Alba Lactancia Materna
Guía de Alba Lactancia Materna, España
<http://www.albalactanciamaterna.org/>

- Sin autor (2000) Lactancia Materna. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
Generalitat de Catalunya
<http://www.gencat.cat>
- Sin autor (2000) La Liga de la Leche Internacional. La Liga de La Leche Perú
<http://www.lili.org/Peru.html>

ANEXOS

CARTA INTRODUCTORIA AL CUESTIONARIO

Buenos días Señores Padres de Familia

Estamos trabajando en un estudio que servirá para elaborar una tesis profesional acerca de la lactancia materna y hábitos nocivos de succión.

Quisiéramos pedir su ayuda para que conteste a unas preguntas que no llevarán mucho tiempo. Sus respuestas serán confidenciales.

Las opiniones de todos los encuestados serán sumadas e incluidas en la tesis profesional, pero nunca se comunicarán datos individuales.

Le pedimos conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Lea las instrucciones cuidadosamente, ya que existen preguntas en las que sólo puede responder a una opción; a varias opciones y preguntas en las que tiene que responder brevemente.

Les pedimos por favor, nos haga llegar el cuestionario desarrollado a la brevedad posible.

Muchas gracias por su colaboración

CUESTIONARIO DIRIGIDO A PADRES

Centro educativo: _____ Fecha: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: () F () M

Edad: _____ años _____ meses

Cuestionario desarrollado por: () Madre () Padre () Otros especificar _____

1. ¿Su hijo fue amamantado por pecho?

- () No
- () Sí
- () Sí, menos de 3 meses
- () Sí, por 4 meses
- () Sí, entre 4 y 6 meses
- () Sí, por más de 6 meses

2. ¿El biberón fue usado durante la lactancia materna?

- () Sí, a partir del:
- () nacimiento y 1er mes
- () entre el 1er y 3er mes
- () entre el 3er y 4to mes
- () después del 4to mes
- () No

3. ¿Su hijo usó chupón mientras recibió lactancia materna?

- () Sí, a partir del:
- () nacimiento y 1er mes ¿hasta cuándo? _____
- () entre el 1er y 3er mes ¿hasta cuándo? _____
- () entre el 3er y 4to mes ¿hasta cuándo? _____
- () después del 4to mes ¿hasta cuándo? _____
- () No

4. Si su respuesta anterior es afirmativa, sírvase contestar a la siguiente pregunta.
¿Con qué frecuencia hizo uso del chupón?
 durante el día
 durante la noche
 sólo para dormir
 cuando estaba fastidiado
5. ¿Su hijo usó chupón después del destete?
 Sí ¿hasta cuándo? _____
 No, nunca usó
6. ¿Su hijo tiene el hábito de chuparse el dedo?
 Sí ¿cuándo comenzó? _____ ¿hasta cuándo? _____
 No, nunca se chupó el dedo
7. ¿Actualmente, su hijo usa biberón?
 Sí
 No
8. Si su respuesta anterior es negativa, sírvase contestar la siguiente pregunta:
Hizo uso del biberón hasta:
 el año y medio
 entre el año y medio y los 2 años
 entre los 2 años y 2 años y medio
 entre los 2 años y medio y 3 años
 después de 3 años
 No, nunca usó
9. ¿Ud. sabe que algunos de los hábitos orales, antes mencionados, puede causar algún problema en su niño?
 Sí
 No

10. ¿Ud. ha recibido alguna orientación sobre los daños causados por los hábitos orales de succión antes mencionados?

Sí

No

11. Si su respuesta anterior es afirmativa, sírvase contestar la siguiente pregunta.

¿De quién? (puede marcar más de una opción)

Odontólogo Médico Fonoaudiólogo

Otros: _____

12. ¿Si su niño presenta hábitos orales de succión, ha intentado retirarlos?

Sí

No

No, nunca presentó

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

**FICHA DE OBSERVACION PARA IDENTIFICAR
PRESENCIA DE MALOCLUSIONES**

Datos Generales

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Edad Cronológica: _____

Fecha de Observación: _____

Definición Operacional

- Maloclusión

La maloclusión es el grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, lo que incluye mordida abierta, mordidas cruzadas entre otras:

SI NO

a) Mordida Abierta Anterior

Existencia de espacio mayor a 0mm. entre las superficies incisales de los dientes superiores e Inferiores en el sector anterior, impidiendo que uno o más dientes contacten con el correspondiente de la arcada antagonista.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

b) Mordida Cruzada Posterior

Cuando las cúspides vestibulares de los premolares y molares superiores ocluyen en las fosas de los premolares y molares inferiores:

Mordida cruzada unilateral

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Mordida cruzada bilateral

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

a) Otros: especificar
