

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA



**INFLUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA PREVENCIÓN DE
MALOCLUSIONES EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS**

**TESIS PARA OPTAR POR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTADO POR:

BACHILLER GREISY MILAGROS DURAN PARDO

ASESOR:

MG. CD. ESP. PEGGY SOTOMAYOR WOOLCOTT

LIMA-PERÚ

2018

TÍTULO DE LA TESIS

**INFLUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA PREVENCIÓN DE
MALOCLUSIONES EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS**

A Dios por su bendición en culminar mis metas, con éxito.

A mis Padres por todo el sacrificio y tiempo que me brindaron durante la carrera.

A mi hija y esposo por todo su amor y motivación para culminar mis metas.

A mí misma, por creer que sí se puede a pesar de las adversidades.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Hugo Caballero Cornejo por su paciencia y orientación durante el desarrollo de la tesis.

Al Dr. Freddy Campos Soto por la ayuda en la estadística y su profesionalismo.

A la Dra. Peggy Sotomayor Woolcott por su asesoría y ánimos para culminar la investigación.

A la Institución Educativa Inicial República Helénica por permitir acceder a desarrollar mi trabajo de investigación.

A las madres de familia y alumnos de la Institución Educativa Inicial República Helénica quienes me apoyaron desinteresadamente en el llenado de las encuestas.

ÍNDICE

	Pág.
Carátula	i
Título	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de tablas	viii
Índice de gráficos	x
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción	xiii

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Teórico	1
1.1.1 Lactancia Materna	1
1.1.2 Lactancia Artificial O Biberón	6
1.1.3 Oclusión	8
1.1.4 Maloclusiones	9
1.2 Investigaciones	15
1.3 Marco Conceptual	19

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del problema	21
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática	21
2.1.2 Definición del Problema	23
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación	24

2.2.1 Finalidad	24
2.2.2 Objetivo General y Específicos	24
2.2.3 Delimitación del Estudio	26
2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio	26
2.3 Variables e Indicadores	27
2.3.1 Variable Independiente	27
2.3.2 Variable Dependiente	28

CAPÍTULO III: METODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO

3.1. Población y muestra	29
3.1.1 Población	29
3.1.2 Muestra	29
3.2 Diseño a Utilizar en el Estudio	31
3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	31
3.3.1 Técnica de Recolección de Datos	31
3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos	32
3.4 Procesamiento de Datos	36

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación de Resultados	38
4.2 Discusión de Resultados	53

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones	57
5.1.1 Conclusión General	57
5.1.2 Conclusiones Específicas	57

5.2 Recomendaciones	59
5.2.1 Recomendación General	59
5.2.2 Recomendaciones Específicas	59
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	64

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1 Distribución de los alumnos, basado en el sexo.	38
Tabla N° 2 Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017.	39
Tabla N° 3 Relación entre la Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).	40
Tabla N° 4 Influencia de la lactancia materna y la presencia de Apiñamiento dental.	41
Tabla N° 5 Relación entre la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Apiñamiento dental; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).	42
Tabla N° 6 Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada anterior.	43
Tabla N° 7 Relación entre la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada anterior; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).	44
Tabla N° 8 Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada posterior.	45
Tabla N° 9 Relación entre Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada posterior; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).	46
Tabla N° 10 Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta anterior.	47
Tabla N° 11 Relación entre Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta anterior; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).	48

Tabla N° 12	Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta posterior.	49
Tabla N° 13	Relación entre Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta posterior; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).	50
Tabla N° 14	Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida borde a borde.	51
Tabla N° 15	Relación entre Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida borde a borde; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1 Distribución de los alumnos, basado en el sexo.	38
Gráfico N° 2 Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017.	39
Gráfico N° 3 Influencia de la lactancia materna y la presencia de Apiñamiento dental.	41
Gráfico N° 4 Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada anterior.	43
Gráfico N° 5 Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada posterior.	45
Gráfico N° 6 Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta anterior	47
Gráfico N° 7 Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta posterior	49
Gráfico N° 8 Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida borde a borde.	51

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la influencia de la lactancia materna en la prevención de las maloclusiones en niños de 3 a 5 años en la Institucion Educativa Inicial República Helénica ubicada en San Juan de Lurigancho, 2018 .El diseño Metodológico fue descriptivo, el tipo de investigación fue transversal y prospectivo de corte transversal. Para poder cumplir con el objetivo general del estudio, se utilizó una muestra que estuvo conformada por 120 madres de familia y 120 niños de la institución educativa que fueron seleccionados en forma no aleatoria por conveniencia, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión que se plantearon en el estudio.Los resultados mostraron que en gran mayoría un número de 60 niños No presentaron maloclusión con un porcentaje de (50%) y tuvieron lactancia materna exclusiva; seguido de los que presentaron maloclusión y tuvieron lactancia mixta en un número de 34 niños con un porcentaje de (28.3%) ; también presentaron maloclusión y tuvieron lactancia de biberón en 16 niños con un porcentaje de (13.3%). se concluye que en mayoría los niños no presentaron maloclusión y presentaron lactancia materna exclusiva.

Palabra Claves

Lactancia Materna, Prevención, Maloclusión

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the influence of breastfeeding in the prevention of malocclusions in children from 3 to 5 years old in the Hellenic Republic Initial Educational Institution located in San Juan de Lurigancho, 2018. The methodological design was descriptive, the type of research was cross-sectional and prospective cross-sectional. In order to comply with the general objective of the study, a sample was used that consisted of 120 mothers and 120 children from the educational institution who were selected in a non-random manner for convenience, who met the inclusion and exclusion criteria. The results showed that in great majority a number of 60 children did not present malocclusion with a percentage of (50%) and had exclusive breastfeeding; followed by those who presented malocclusion and had mixed lactation in a number of 34 children with a percentage of (28.3%); they also presented malocclusion and had bottle-feeding in 16 children with a percentage of (13.3%). It is concluded that the majority of children did not present malocclusion and had exclusive breastfeeding.

Keyword

Breastfeeding, Prevention, Malocclusion

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna se considera la opción ideal de nutrición y alimentación infantil para los recién nacidos.

En 2004, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas presentó un informe titulado *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*, donde se destaca la importancia de la lactancia materna desde lo inmunológico, lo nutricional y lo psicológico, ya que es la medida más efectiva y menos costosa para evitar la desnutrición infantil y las enfermedades infecciosas durante los primeros meses de vida, recomendando la lactancia exclusiva los 6 primeros meses de vida y después debe complementarse con otros alimentos hasta los 2 años de edad, para así proporcionarle buen desarrollo físico y emocional al niño.¹

Entre los múltiples beneficios que brinda la lactancia materna al bebé se encuentra el estímulo en el desarrollo y crecimiento de todas las estructuras del aparato bucal y del sistema respiratorio en el recién nacido.¹⁰

La salida de la leche es bien diferente cuando el bebé es amamantado o toma biberón y, por lo tanto, los movimientos musculares también lo serán, lo cual conducirá a repercusiones fisiológicas en el desarrollo del tercio inferior del rostro.⁸

Los niños amamantados con biberones realizan menos esfuerzo y demoran más en dormirse, por lo cual muchos recurren a malos hábitos para satisfacer su instinto de succión, de manera que la lactancia artificial es considerada un factor causal en el desarrollo de dichos hábitos.⁹

Las maloclusiones son alteraciones del crecimiento y desarrollo óseo de los maxilares y de las posiciones dentarias que impidan una correcta función del aparato estomatognático produciendo posteriormente anomalías en dientes, encías y huesos que las soportan.¹⁰

Las maloclusiones se comienzan a manifestar en las primeras etapas de vida. Los estudios epidemiológicos de salud bucodental para conocer prevalencia y

severidad de maloclusiones constituyen un instrumento básico en la planificación de los programas de promoción, prevención y curación tan importantes para el control de los problemas que pueden ocasionar alteraciones estéticas y funcionales del aparato estomatognático.⁵

La aparición de diversas anomalías dentomaxilares es influenciada por factores que actúan desde edades muy tempranas y ocasionan alteraciones manifiestas en los primeros años de vida, donde predomina o es casi exclusiva la dentición temporal.

Los factores genéticos conjuntamente con los ambientales (hábitos alimentarios y de succión), condicionarán la forma de disponerse las arcadas dentarias a través de la musculatura, tejidos blandos, fuerzas periodontales y la relación postural del sistema estomatognático.⁷

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo determinar la influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones en niños de 3 a 5 años, de acuerdo a los resultados se tomará todas las medidas para instruir a las madres de familia de la importancia de la lactancia materna y cuanto influye en el desarrollo de los dientes de su hijo para la prevención de maloclusiones para así contribuir con la Prevención y Promoción de la salud bucal e implementar una política de salud bucodental. La información recolectada podrá ser aplicada para futuras investigaciones referentes a este tema y es importante para implementar una Política de Salud Bucal y Prevención en la comunidad Peruana.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Teórico

1.1.1 Lactancia Materna

La Lactancia materna se puede definir como la principal fuente de alimentación para el recién nacido durante los 6 primeros meses de vida debido a sus principales nutrientes que contiene la leche materna , además trae beneficios desde el punto de vista inmunológico, nutritivo, afectivo y psicológico.

En 1999 La conferencia Internacional de la OIT reviso el convenio de protección de la maternidad que consolidaba el derecho a un permiso pagado por maternidad para todas las mujeres trabajadoras y el derecho a un permiso pagado para poder amamantar durante la jornada laboral.

El Ministerio de Salud en el Perú promueve, apoya y protege la Lactancia materna esta debe ser exclusiva los 6 primeros meses y luego hasta los 2 años con alimentación complementaria. Con la campaña “Somos lecheros porque con la leche materna nos protegemos de la anemia” para así incentivar a las madres a la lactar a sus hijos. La proporción de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva disminuyo del 70.6% a 65.2 % entre los años 2011 al 2015, mientras que en el año 2016 se incrementó a 69.8% área urbana es 63.2% y en el área rural 84.3 %.⁽¹⁾

A. Tipos de Lactancia según la OMS

En 1991 las definiciones de lactancia son las siguientes:

- **LACTANCIA MATERNA PREDOMINANTEMENTE:** Cuando el recién nacido recibe leche materna pero además puede recibir bebidas a base de agua, agua azucaradas, infusiones y vitaminas en gotas.
- **LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVAMENTE:** Es cuando el recién nacido solo recibe leche materna de su madre o nodriza pero puede ingerir jarabes o gotas de medicinas o vitaminas.
- **ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:** Lactancia materna y alimentación complementaria ya sea sólido, líquido o leche no humana.
- **LACTANCIA DEL BIBERÓN:** Alimentación semisólida o líquida suministrada por una tetina.
- **LACTANCIA MIXTA:** También llamada lactancia complementaria leche materna y leche no humana. ⁽²⁾

B. Composición de la leche materna

La leche materna contiene más de 200 componentes entre los que se encuentran concentraciones de proteínas, lípidos, glúcidos, minerales, ph, inmunoglobulinas, soluciones coloides, células vivas, membranas estas son las más resaltantes.

Los componentes de la leche materna varían según los días o cuando la madre esta desnutrida o consume una dieta estricta.

Las madres desnutridas tienen los mismos componentes de la leche materna que las madres bien nutridas la diferencia es que producen menos leche.

1. Calostro

Se presenta en la primera semana después del parto, es un fluido espeso amarillento formado por la mezcla de materiales residuales de la glándula

mamaria y sus conductos en el momento del parto se combina con la leche recién secretada.

El color amarillento se debe al beta- caroteno, las propiedades del calostro es el establecimiento de la flora digestiva y la expulsión del meconio; el meconio contiene un factor de crecimiento de lactobacillus bifidus para el recién nacido.

Además el calostro contiene anticuerpos para que el recién nacido pueda hacer frente a los microorganismos presentes en el canal del parto.

2. Leche de transición

Producida desde los 10 días hasta las 2 semanas luego del parto se encuentra entre la fase del calostro y la leche madura .Su composición varia, las proteínas y la concentración de inmunoglobulinas disminuyen mientras que la grasa la lactosa y la grasa aumentan.

3. Leche madura

Es la leche definitiva para la alimentación del infante, posee en su mayoría agua para la regulación de la temperatura del recién nacido. Las proteínas de las leche madura son la albumina, alfa -lacto albumina, caseína, globulinas e inmunoglobulinas .

La oxitocina al ser liberada por la neurohipófisis es la hormona encargada de la producción y extracción de leche.⁽³⁾

C. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y EL AMAMANTAMIENTO

Para el recién nacido una de las primeras dificultades que se le presenta es conseguir alimento, esto debido a que deberá sacarlo del seno materno, mediante

un mecanismo que muchos autores prefieren llamar “ordeñar” o “mamar” ya que son términos exactos para el procedimiento .

D. BENEFICIOS DEL AMAMANTAMIENTO

El amamantamiento produce un adecuado crecimiento y desarrollo de las estructuras craneofaciales, ya que produce una ejercitación de la musculatura orofacial y se estimula el desarrollo funcional y armonioso del sistema estomatognático. ⁽⁴⁾

El desarrollo de la musculatura con el amamantamiento implica el control y dirección del crecimiento facial y forma de las arcadas.

Además favorece el avance mandibular hacia distal con respecto al maxilar superior. ⁽⁴⁾

E. FASES DEL AMAMANTAMIENTO

- Primera Fase: Prehensión para aspirar.

El primer movimiento es cuando el bebé inicia el acto de mamar con la introducción del pezón y parte de la areola en el interior de la boca, contrayendo firmemente el reborde que corresponderá a los incisivos superiores, se apoya contra la superficie superior del pezón y parte del seno contra el dorso de la lengua y el paladar duro, haciendo un cierre hermético con los labios y descendiendo levemente el paladar blando y la mandíbula.

- Segunda Fase: Presión para extraer

El segundo movimiento de lactancia, el bebé comienza a hacer movimientos anteroposteriores (protrusivos y retrusivos) con la mandíbula, además de dislocamientos en el plano horizontal, oponiendo el reborde alveolar inferior contra el superior de manera que “exprime” el pezón, obteniendo así la salida del flujo de leche. La lengua en esta fase adopta una serie de movimientos peristálticos.

Todos estos movimientos sincronizados con la deglución y la respiración. ⁽⁵⁾

F. CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA

Infección por el virus VIH y virus de Leucemia de células T(HTL-1) La transmisión de estas enfermedades es a través de la leche materna , y es reemplazada por la lactancia artificial .

Galactosemia es una enfermedad metabólica producida por una disminución de una enzima que regula el metabolismo de la galactosa. Los niños que presentan esta enfermedad no pueden consumir lactosa ni galactosa desde el nacimiento por eso la lactancia materna sería reemplazada por fórmulas sin lactosa o de soja.

Paredes (2008) sostiene que existen otros problemas comunes dados en las madres que impiden la lactancia como en el caso de presentar pezón invertido, mastitis, grietas en el pezón y areola , galactosis (infección de conductos galactóforos) .

En los niños cuando presentan malformaciones congénitas como labio leporino, Síndrome de Pierre Robin o fistula traqueo esofágica que impedirían la alimentación.⁽⁶⁾

G. VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA SALUD BUCODENTAL

- En La Lactancia exclusiva están ausentes las caries de biberón.
- Debido a las grasas que contiene la leche materna se produce una mejor absorción de calcio y flúor lo cual incrementa la resistencia del esmalte y demás tejidos duros del diente.
- Aumenta la secreción salival, manteniéndose un Ph equilibrado en la boca lo cual disminuye la presencia de caries dental.
- La estabilidad psicológica del niño proporcionada por la lactancia natural contribuye a disminuir los hábitos bucales que provocan serias maloclusiones que afectan la función y estética bucofacial.

- Los elementos inmunológicos adquiridos durante la lactancia evitan estados alérgicos e infecciones respiratorias que generalmente provocan respiración bucal y anomalías dentofaciales.
- Aparece una adecuada posición y función lingual (natural), facilitando el equilibrio dentario.
- La función muscular durante la lactancia favorece el mejor desarrollo de los maxilares y facilita la erupción y alineación de los dientes.
- El incremento del movimiento mandibular durante la lactancia evita retrognatismos mandibulares, obteniéndose mejor relación entre los maxilares⁽⁷⁾

1.1.2 Lactancia Artificial O Biberón

Actualmente debido a la falta de tiempo y a la modernización, muchas mujeres optan por realizar este tipo de lactancia, sin pensar en las consecuencias a largo plazo que esto puede tener.

En la lactancia artificial con el biberón, se produce el proceso de succión, donde no se realizan movimientos horizontales de la mandíbula.

El principal movimiento de la lengua es la presión a nivel de la punta que ejerce contra el biberón hacia el paladar. También es importante observar que el dorso de la lengua permanece bajo y bastante lejos del paladar, evitando realizar movimientos peristálticos que faciliten la deglución.

Según Ustrel, los biberones tradicionales presentan orificios grandes, lo que genera un mayor flujo de la leche hacia la boca del niño, lo que a su vez influye en los mecanismos de succión del niño y genera una falta de estímulo para el desarrollo de la mandíbula. En este tipo, se requiere solamente 1/60 parte de los movimientos musculares que exige la lactancia materna, lo que produce debilitamiento muscular.

Por otro lado, es importante conocer que las tetinas mejoran la tonicidad de la lengua, pero empeoran factores dentarios y articulares.

En la lactancia artificial con tetina ortodántica es importante conocer que estos son más cortas de lo normal y volteadas hacia el paladar, generando una mayor cantidad de movimientos entre una deglución y otra, dificultando un poco la extracción de leche debido a una menor necesidad de presión negativa.

También con respecto a la posición de la lengua al momento de utilizar una tetina ortodántica la lengua se coloca mas posterior y más elevada hacia el paladar, lo cual genera que llegue hasta la parte media del paladar duro. Esto genera una mayor dificultad al momento de la deglución, produciendo una posición incorrecta de la misma.

Comparando ambas tetinas con el pezón de la madre, se podría decir que existen grandes diferencias en la textura, forma y el trabajo que tiene que realizar el niño. Siendo la principal diferencia el elongamiento que puede realizar el pezón de la madre⁽⁸⁾

A. La teoría Neuroclusal.

Con la introducción del biberón y de la cuchara en la alimentación del lactante, se pierde una gran cantidad de excitaciones que parten de la boca, y del ATM por lo cual no proporcionarán las respuestas de desarrollo necesarias. Esta falta de desarrollo se manifestará en la falta de crecimiento posteroanterior mandibular, ya que el biberón no obliga a la propulsión y retrusión de la mandíbula.

El niño aprende a tragar y se pierde la sincronía con la respiración. No está obligado a realizar ejercicio muscular, por lo que cuando erupcionen la primera dentición no habrá tono muscular suficiente para la abrasión de ella y quedará enganchada. Asimismo, aumenta la posibilidad de adquirir el hábito de respirar por la boca. La mayoría de las lesiones que vemos en el adulto, tales como caries, distoclusiones, sobremordida, periodontitis, tienen su origen en el primer año de vida.⁽⁹⁾

1.1.3 Oclusión

La oclusión se puede definir como la relación de contacto entre las áreas masticatorias de los dientes superiores e inferiores. La mandíbula está controlada por los músculos de la masticación, que le dan una gran variedad de los movimientos.

La oclusión se clasifica en las siguientes:

- Posición fisiológica de descanso- se obtiene cuando la mandíbula se encuentra en reposo y sin funciones. Está se produce por el relajamiento de los músculos masticatorios de la deglución y los músculos linguales. Es así como se logra un estado de equilibrio.
- Oclusión habitual- Es la posición o adaptación de las dos arcadas que adopta el paciente.
- Oclusión céntrica- Es la oclusión que una persona posee cuando los dientes están en máxima intercuspidadación.
- Oclusión funcional- Las relaciones de contacto de los órganos superiores e inferiores teóricamente son infinitas. Aquí el lado que funciona activamente es el lado de trabajo y el lado que no funciona activamente es el lado de balance o equilibrio.⁽¹²⁾

La relación céntrica se presenta cuando los maxilares están en relación con el complejo cóndilo-disco y está alineado dentro de la cavidad glenoidea.

La oclusión céntrica en relación céntrica se presenta cuando los cóndilos se encuentran en relación céntrica y los dientes en máxima intercuspidadación.⁽¹⁰⁾

A. Plano terminal

A fines de clasificar una oclusión en la dentición decidua, se utilizan los planos terminales que se define como la relación mesiodistal entre las superficies distales de los segundos molares primarios superior e inferior cuando los dientes primarios contactan en relación céntrica.

Existen tres tipos de planos terminales.

- Recto o plano vertical: la superficie distal de los dientes superiores e inferiores está nivelada estando en el mismo plano vertical.
- Escalón mesial: La superficie distal de los molares inferiores es más mesial que el superior.
- Escalón distal: la superficie distal de los molares inferiores es más distal que los superiores.

B. Clase Canina

- La clase I se presenta cuando el vértice de la cúspide del canino temporal superior está en el mismo plano vertical que la superficie distal del canino inferior temporal estando en oclusión céntrica.
- La clase II se presenta cuando el vértice de la cúspide del canino temporal superior está más anterior que la superficie distal del canino temporal inferior estando en oclusión céntrica.
- La clase III se presenta cuando el vértice de la cúspide del canino temporal superior está más posterior que la superficie distal del canino temporal inferior estando en oclusión céntrica.⁽¹¹⁾

1.1.4 Maloclusiones

Se define como una alteración del desarrollo y crecimiento de los maxilares y de las posiciones dentarias que impidan una correcta función del sistema estomatognático produciendo posteriormente anomalías en los dientes, las encías

y los huesos que los soportan, la articulación témporo mandibular y la est tica facial .

Las alteraciones en el desarrollo de la oclusión están influenciadas por factores hereditarios, congénitos y ambientales. También se asocian con la presencia de caries dentales, insuficiencia respiratoria nasal, hábitos nocivos de succión, deglución, masticación y un corto periodo de lactancia materna. Estas son responsables de algunas formas de maloclusión en la infancia, de las cuales se ha evidenciado como las más prevalentes: la mordida cruzada posterior y la mordida abierta. Estas se ven influenciadas por periodos cortos de lactancia materna. ⁽¹²⁾

Según su etiología

Las maloclusiones según su etiología es multifactorial.

a) Hereditarias

Son transmitidos de generación en generación se denominan hereditarios estos producirán alteraciones en los músculos, maxilares y en los dientes pudiendo modificar su forma, tamaño, posición y número, se clasifican en: Prognatismo, supernumerarios, Agenesia , giroversiones. patrones de erupción dentaria, diastemas, microdoncia y macrodoncia

b) Congénitas

Originados durante el periodo embrionario que se denominan congénitos estos se pueden presentar debido a tratamientos médicos, agresiones hacia la madre, toma de tranquilizantes, la drogadicción, el alcoholismo todos estos problemas pueden desencadenar en anomalías dentomaxilofaciales como en el caso de una hemorragia uterina en la región del primer y segundo arco branquial que causa microsomía hemifacial (subdesarrollo de un lado de la cara) Así también la administración de medicamentos sin recetas médicas pueden generar daños en el feto, la ingesta de aspirina puede generar labio paladar hendido.

c) Alteraciones genéticas

Existe una gran influencia en los rasgos que se heredan, en ciertos tipos de maloclusiones son de carácter hereditario como el prognatismo mandibular ya que para que este se produzca varios genes interactúan entre si produciendo cambios en el desarrollo anatómico. Además de la maloclusión clase II, la mordida cruzada y en tijera también se pueden heredar. ⁽¹³⁾

d) Factores ambientales

Los hábitos interfieren en el crecimiento normal de los dientes y la función de la musculatura orofacial.

- Interposición lingual
- Succión Digital
- Respiración Bucal
- Uso del Chupón
- Pérdida prematura de los dientes
- Onicofagia

Maloclusión en la primera infancia

Se denomina primera infancia a las edades comprendidas entre el primer mes hasta los 36 meses, coincidentemente se da con el término de la erupción de los dientes deciduos y la conformación de la oclusión decidua.

Según la Organización Mundial de la Salud, ocupan el 3º lugar como problema de salud bucal; los diferentes estudios internacionales reflejan una frecuencia de maloclusiones en porcentajes de 70 a 80%.

Para presentar maloclusión se requiere de tres factores primarios y uno añadido:

- Agente causal Son factores que determinan la imposición de malos hábitos

- Huésped susceptible : La baja incidencia de este factor en las maloclusiones, consideran que en su presencia podremos mejorarla mas no cambiarla. Sobre los otros tres factores podemos y debemos actuar
- Ambiente propicio Son estímulos favorables para el desarrollo,
- Factor añadido: Tiempo. ⁽¹⁴⁾

Muchos autores proclaman la importancia de los estímulos ambientales como factor fundamental para que la genética se exprese en toda su potencia. Estas se pueden instalar desde el nacimiento.

La gran mayoría de las desviaciones del sistema estomatognático tiene su origen en el primer año de vida, en la instalación inicial de la primera dentición, donde los dientes y las bases de los huesos pueden ser incapaces de establecer una relación normal y equilibrada en el contexto de la cara.

Durante el periodo de lactancia, ni durante la erupción de los dientes del menor , el paciente no busca el dentista en primer lugar, que es un error, ya que estas dos son las grandes ocasiones para diagnosticar y aplicar las primeras medidas terapéuticas o preventivas.

A. Tipo de maloclusiones según los planos

a) Maloclusiones en el Plano vertical.

- **Mordida abierta anterior:**

Es cuando hay una abertura entre los dientes del sector anterior de ambos maxilares cuando muerde en oclusión, céntrica, no hay contacto y presenta un overjet y overbite negativo, en el sector anterior puede considerarse como normal o transicional entre los seis y ocho años, mientras que entre

los nueve y trece años suele presentarse la mordida abierta posterior mientras terminan de erupcionar los premolares y caninos permanentes.

- **Mordida profunda**

Existe una sobremordida entre los dientes del maxilar y de la mandíbula, los incisivos inferiores se hallan cubiertos vestibularmente más de tres milímetros por los superiores. ⁽¹⁵⁾

b) Maloclusiones en el Plano sagital.

- **Mordida cruzada anterior:**

En neutroclusión, puede observarse que los incisivos superiores permanentes erupcionan normalmente en la forma de un abanico con inclinación anterior, estando los incisivos inferiores permanentes en su ubicación correcta, se considera como un problema muy común en la dentición mixta temprana, al no tratarse a tiempo puede ocasionar varios problemas irreversibles.

- **Mordida cruzada anterior en la fórmula temporal**

Es de menor frecuencia, se la puede encontrar afectando a los cuatro incisivos superiores, y se la puede clasificar como dentaria, funcional y esquelética.

c) Maloclusión en el Plano transversal.

Mordida cruzada posterior:

Mordida cruzada posterior se registra cuando uno o más de los caninos superiores primarios o molares ocluyen hacia lingual de las cúspides vestibulares de los dientes inferiores opuestos. ⁽¹⁵⁾

se manifiesta en la dentición temporal. puede ser causado por un arco mandibular ancho, un arco maxilar angosto o una combinación de ambos, lo más frecuente es

que la causa sea un maxilar angosto (Barber, 1985), entre las posibles causas para que se manifieste son hábitos de succión, malposición dentaria, respiración bucal, deglución atípica, discrepancia ósea transversal.

Cuando la persona con una mordida cruzada cierra su boca, las arcadas maxilar y mandibular se encuentran con una sobremordida horizontal mínima o no la presentan, de modo que se desplaza la mandíbula hacia un lado, dejando una mordida cruzada en el lado hacia el que se desplaza.

Las mordidas cruzadas posteriores deben tratarse de forma oportuna, de preferencia inmediatamente al ser detectadas. Si estas se establecen de manera permanente van a producir una serie de problemas en el desarrollo dentario y facial, es así que se ha identificado diferencias en la función muscular de los niños con mordida cruzada posterior unilateral, conduciendo a una fuerza masticatoria mucho menor, diferencia que se mantuvo a pesar de la edad de los niños y de su desarrollo.

Si con el pasar del tiempo se dejara sin tratamiento a estas anomalías las consecuencias podrían desencadenar en un patrón asimetría facial, desviación al cierre, alteraciones de la función muscular, disfunción de la ATM, desgastes atípicos en los dientes además de mal funcionamiento masticatorio.

La incidencia de mordidas cruzadas posteriores varía desde un 7.3% en la raza hispana hasta un 9.6% en los afroamericanos y un 9.1% en la raza blanca (Binder, 2004). La alta prevalencia de maloclusiones está relacionada a factores genéticos y ambientales y se cree que es mucho más común en la actualidad comparado con épocas prehistóricas. ⁽¹⁶⁾

1.2 Investigaciones

Acero, L (2009) Tuvo como investigación “Efecto de la lactancia materna en la prevención de hábitos nocivos de succión y de maloclusión en niños de 3 a 5 años” para obtener el grado de magister en fonoaudiología en la Pontificia Universidad Católica del Perú. Hizo una investigación de tipo descriptivo, comparativo de corte transversal, y su objetivo principal fue 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, para el estudio se cogio a una población de 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 de edad tuvo como conclusión La lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 meses de vida es fundamental como medida preventiva para la no aparición de hábitos de succión digital, chupón y evitar las maloclusiones. ⁽¹⁷⁾

Boullon, J y cols (2012) Presentaron su artículo “Influencia de la lactancia materna en la prevención de hábitos bucales deformantes tuvo como objetivo principal identificar la influencia de la lactancia materna exclusiva con la presencia de hábitos bucales deformantes, se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo, transversal, donde participaron 193 niños, se tomó una muestra aleatoria estratificada de 107 niños, pertenecientes al círculo infantil “20 Primaveras”, del municipio de Cienfuegos, comprendidos en las edades de 3-5 años, en el período comprendido de septiembre de 2011-marzo de 2012. El método a emplear fue una encuesta a la madre o representante, para obtener las variables necesarias para el estudio y el examen bucal del niño. Predominó el sexo femenino, con 56 hábitos, para un 52,3 %; y el grupo de edad de 4 años, con 39, para un 36,4 %. 69 niños son portadores de hábitos bucales deformantes, para un 64,4 %. En relación al tiempo de lactancia materna y la presencia de hábitos bucales deformantes, el 86,6 % de los que recibieron lactancia materna de 0-3 meses eran portadores de hábitos bucales deformantes Se concluyó que los

malos hábitos bucales disminuyeron a medida en que aumentaba el tiempo de lactancia materna, los cuales parecen estar en estrecha relación con el tiempo de lactancia materna. La alimentación al seno materno, contribuye a evitar la aparición de hábitos bucales deformantes. ⁽¹⁸⁾

Rondón y cols(2012) Tuvo como investigación “Relación entre el período de lactancia materna y maloclusiones” Tuvo como objetivo determinar la relación entre periodo de Lactancia Materna y Maloclusiones donde examinó una muestra de 59 niños en edades entre 6 y 13 años en la parroquia Higuerote, Miranda, Venezuela. Se aplicó como instrumento un cuestionario a cada apoderado para obtener datos sobre el periodo de lactancia materna recibida por el niño y se efectuó un examen clínico bucal observando variables ortodóncicas en cada niño. Se realizó un modelo de análisis de significancia $p < 0,05$ mediante la prueba de Fisher a través del Análisis de Varianza Univariado (ANOVA), para evidenciar si existían diferencias estadísticamente significativas entre periodo de lactancia materna y las variables: relación molar permanente, mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior. También se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis en aquellos casos en donde la muestra fue menor de 30 observaciones. Teniendo como conclusión que existe relación estadística significativa entre un periodo de lactancia materna menor de 6 meses y relación molar en clase II de Angle y mordida abierta anterior, sin embargo para mordida cruzada posterior no se halló significancia estadística. Se encontró relación estadísticamente significativa entre un periodo de lactancia materna mayor de 6 meses con relación molar en clase I de Angle. ⁽¹⁹⁾

Morales,M y cols (2014) Presentaron como artículo ” Influencia de la Lactancia Materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones “realizó un estudio observacional de tipo transversal la muestra que se tomó fueron 195 historias clínicas de pacientes con edades comprendidas entre 3 y 16 años que acudieron al posgrado de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Santa María en Caracas, Venezuela. Se tomaron datos asociados con el tiempo de lactancia materna, presencia de hábitos parafuncionales y

maloclusiones. Tuvo como Resultados: 29,7 % de los niños recibió lactancia materna durante un periodo menor o igual a 5 meses; el 62,1 %, durante 6 meses o más, y el 8,2 % no recibió lactancia materna. El 84,1% presentó hábitos parafuncionales y 41% presentó algún tipo de maloclusión. Al aplicar la prueba de chi cuadrada a cada variable, se determinó una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de lactancia menor a 6 meses y la aparición hábitos parafuncionales ($p = 0,001$) donde no se observó una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de lactancia y la aparición de maloclusiones ($p = 0,012$). Teniendo como conclusiones la existencia de una relación entre un periodo de amamantamiento menor a 6 meses y el desarrollo de hábitos de parafuncionales; entonces, los niños que no reciben lactancia o que solo la tuvieron por periodos cortos tienen mayor riesgo de padecerlos.⁽²⁰⁾

Vergara, R y cols (2014) Tuvieron como investigación “Influencia de la lactancia materna sobre la aparición de maloclusiones en escolares de 5 a 6 años”. Se realizó un estudio descriptivo y transversal teniendo como participantes a 106 escolares de 5 a 6 años de la escuela primaria “José de la Luz y Caballero” Cuba. La información se obtuvo de una encuesta elaborada al efecto, que contenía datos recogidos donde las variables analizadas fueron lactancia materna, malos hábitos presencia de maloclusión edad, sexo recogidas durante las visitas a la escuela, en reunión con los padres, donde se realizó interrogatorio y llenado del consentimiento. Por otra parte, el examen físico intrabucal y extrabucal. Teniendo como resultados quienes recibieron lactancia materna exclusiva durante al menos 4 meses fue de (28,3 %); mientras que la mayoría, la combinada (71,7 %), en ambos grupos de edades. Se concluye que la lactancia materna combinada ocasionó la aparición de dichos hábitos, lo que unido al poco desarrollo transversal de los maxilares podría relacionarse con el origen de las maloclusiones.⁽²¹⁾

Gramal, E (2014) Realizó una investigación titulada “Estudio de la relación entre lactancia y presencia de maloclusiones en preescolares de 3-5 años de edad de la Parroquia Miguel Egas Cabezas del Cantón Otavalo, Ecuador”. Su objetivo principal es determinar la relación de dependencia entre la lactancia y la presencia de maloclusiones en preescolares de 3 a 5 años de la Parroquia Miguel Egas Cabezas del Cantón Otavalo. Su investigación fue de tipo descriptivo y transversal. Teniendo una población de 203 niños de 3 a 5 años de centros infantiles de la parroquia, teniendo como instrumentos Encuestas a las madres sobre tipo y tiempo de lactancia. Además examen clínico a los niños en los tres planos de espacio para observar indicadores de maloclusión. Resultados: El 100% recibió lactancia materna. La mayoría de los niños recibió lactancia materna exclusiva (60.1%) y lactancia mixta (39.9%). La relación de maloclusiones con el tipo de lactancia tuvo significancia estadística ($p < 0.005$). El 55.2% tuvo oclusión normal y solo 4.9% maloclusión leve por haber recibido lactancia materna exclusiva. Comparado con el 5.9% oclusión normal, 15.8% maloclusión leve y 18.2% maloclusión moderada por haber recibido lactancia mixta. El tiempo de lactancia tuvo significancia estadística ($p < 0.005$), el 51.7% tuvo oclusión normal por haber lactado más de 12 meses. El estudio concluye que existe relación entre la presencia de maloclusiones con el tipo y tiempo de lactancia, encontrando en el presente estudio mejor oclusión en aquellos lactados de forma natural y por un tiempo de 12 meses o mayor. ⁽²²⁾

Lozano, M (2015) Tuvo como investigación “Prevalencia de maloclusiones en dentición primaria en relación a la lactancia materna en pacientes indígenas de la Clínica Esquímulas en Chiapas, México”. para obtener el grado de maestría en ciencias odontológicas en el área de odontopediatría. Tuvo como objetivo principal determinar la prevalencia de las maloclusiones en piezas primarias en niños de 2 a 6 años de edad que recibieron lactancia materna, que acuden a la Clínica Esquímulas Chiapas para su atención dental, teniendo como población 98 pacientes donde se encontró que el 93.9% (92 niños) fueron lactados con seno materno. De estos pacientes el 73.5% fueron lactados por más de 6 meses. El

plano terminal recto de lado derecho se encontró con mayor frecuencia en pacientes que fueron lactados por más de 6 meses. Se presentó mordida cruzada posterior en aquellos pacientes que lactaron por menos de 6 meses en un 3% de los casos estudiados. En la relación canina derecha los pacientes que fueron lactados por más de 6 meses el 51% presentó clase I y el 52% presentó clase I en la relación canina izquierda. No se encontró asociación significativa entre la oclusión molar y canina y la lactancia materna.⁽²³⁾

1.3 Marco Conceptual

Lactancia Materna

La lactancia es un período de la vida en el que la madre ofrece al recién nacido un alimento adecuado a sus necesidades, la leche materna, lo cual debe ser exclusivo los primeros 6 meses de vida, para supervivencia y crecimiento, no sólo considerando su composición sino también en el aspecto emocional, ya que el vínculo afectivo que se establece entre una madre y su bebé constituye una experiencia especial, singular y única.

Lactancia Artificial

Alimentación semisólida como jugos, avenas, etc o líquida como leche artificial suministrada por un biberón. Las leches artificiales están fabricadas en condiciones óptimas de esterilidad y tienen todos los nutrientes que el bebé necesita, además cualquier miembro de la familia puede dar este tipo de lactancia al recién nacido.

Lactancia Mixta

También llamada lactancia complementaria seno materno y biberón, es cuando la madre opta por la ayuda del biberón por diversas circunstancias.

Tiempo de lactancia

Periodo de tiempo que el niño es alimentado por su madre ya sea por lactancia materna exclusiva, lactancia materna artificial, lactancia mixta.

Amamantamiento

Es el acto de ordeñar o mamar donde el recién nacido realiza movimiento de presión y aprehensión al succionar el seno materno recibiendo los nutrientes necesarios para alimentarse y para su supervivencia.

Maloclusión

Se define como una alteración del desarrollo y crecimiento de los maxilares de ambas arcadas y desarmonía en la posición, anomalías en el tamaño y alteración de los dientes; donde pueden desarrollarse por varios factores ya sean hereditarios, genéticos o ambientales.

Mordida abierta

Abertura entre los dientes de ambos maxilares cuando el paciente muerde en oclusión, no hay contacto en piezas anteriores, presentan la boca entreabierta, sonrisa gingival y son respiradores bucales, puede ser provocado por factores ambientales, hábitos adquiridos, o factores genéticos.

Mordida cruzada posterior

Pueden tener un origen dentario o esquelético. El origen dentario es cuando uno o más de los caninos superiores primarios o molares ocluyen hacia lingual de las cúspides vestibulares de los dientes inferiores opuestos. La mordida cruzada de origen esquelético cuando maxilar superior es más pequeño que la mandíbula.

Plano Terminal

Estos nos permitirán tener una visión de las futuras oclusiones de los primeros molares permanentes. Se dividen en plano terminal vertical o recto, plano terminal con escalón mesial, plano terminal con escalón distal.

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del problema

2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La lactancia materna es un derecho y una medida para evitar la desnutrición y enfermedades para el recién nacido, conlleva a tener una buena relación de madre a hijo, además es muy importante para el desarrollo facial y bucal durante el amamantamiento que contribuirá con la respiración, masticación, fonación y deglución.

El instinto de mamar, al verse frustrado, favorece que se instalen hábitos bucales y, por lo tanto, el desarrollo de maloclusiones.

La Organización mundial de la Salud (OMS) del año 2004 promueve la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de nacido y en países subdesarrollados hasta los 2 años de edad.

Actualmente las maloclusiones según la Organización Mundial de la Salud, ocupan el tercer lugar en problemas de salud bucal teniendo como porcentaje de 70 a 80%.

En América Latina Las estadísticas mencionan que solo el 34.7% de niños han sido alimentados durante 4 y 5 meses de forma exclusiva con leche materna y las maloclusiones ocupan el Segundo Lugar.

El Ministerio de Salud, destaca la importancia de la lactancia materna exclusiva desde la primera hora de vida hasta los 6 meses, además de recibir alimentación complementaria hasta los 2 años de edad.

La lactancia materna en el Perú tiene pocas campañas de prevención que no enfocan en su totalidad su importancia al igual que las maloclusiones no tienen campañas de prevención.

En La Institución Educativa Inicial República Helénica ubicada en San Juan de Lurigancho las madres de familia no presentan conocimiento acerca de la lactancia materna y la influencia de maloclusiones porque no han recibido ningún tipo de orientación o charla según la directora de dicha institución.

El conocimiento acerca de la lactancia materna y prevención de maloclusiones para las madres de familia ayudará para la alimentación de sus hijos y la prevención de maloclusiones.

En caso no se realizara la investigación las madres de familia no tendrían el conocimiento adecuado y seguirían con las mismas costumbres en su forma de alimentar a su hijo y conllevaría a predisposición de las maloclusiones.

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo determinar la influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones en niños de 3 a 5 años , de acuerdo a los resultados se tomará todas las medidas para instruir a las madres de familia de la importancia de la lactancia materna y cuanto influye en el desarrollo de los dientes de su hijo para la prevención de maloclusiones para así contribuir con la Prevención y Promoción de la salud bucal e implementar una política de salud bucodental.

2.1.2 Definición del Problema

2.1.2.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017?

2.1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Apiñamiento dental en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017.
- ¿Cuál es la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada anterior en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017..
- ¿Cuál es la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada posterior en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017.
- ¿Cuál es la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta anterior en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017.
- ¿Cuál es la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta posterior en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017.

- ¿Cuál es la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida borde a borde en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017.

2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1 Finalidad

La presente investigación tiene como finalidad determinar la influencia de la lactancia materna en la prevención de la maloclusiones en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica, para obtener datos precisos acerca del tema para así contribuir con la Prevención, Promoción de la Salud bucal y la prevención de maloclusiones además de recomendar la lactancia materna exclusiva por los beneficios que son como inmunológico, nutritivo, afectivo y el desarrollo estomatognático durante el amamantamiento; para el conocimiento las madres de familia y los docentes de la Institución Educativa Inicial República Helénica .

2.2.2 Objetivo General y Específicos

2.2.2.1 Objetivo General

Determinar la influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017.

2.2.2.2 Objetivos Específicos

- Conocer la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Apiñamiento dental en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017.
- Evaluar la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada anterior en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017..
- Precisar la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada posterior en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017.
- Determinar la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta anterior en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017.
- Analizar la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta posterior en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017.
- Evaluar la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida borde a borde en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017.

2.2.3 Delimitación del Estudio

Respecto a la delimitación espacial la investigación se realizó en la Institución Educativa República Helénica ubicada en San Juan de Lurigancho.

De acuerdo a la delimitación temporal el desarrollo de la investigación se efectuó en diciembre del 2017.

Referente a la delimitación social, la investigación se proyectó a la comunidad, por intermedio de las madres de familia responsables de los niños que presenten o no maloclusión, según los resultados que presentaron, se realizaron charlas de prevención para instruir a las madres de familia sobre la influencia de lactancia materna en la prevención de maloclusiones para sus hijos

De acuerdo a la delimitación conceptual, los conocimientos sobre la importancia de la lactancia materna beneficiaron a las madres de familia para que ellas puedan dar una buena alimentación a sus hijos y además el cuidado de los dientes así ayudaran en la prevención de maloclusiones.

2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio

De manera general, la lactancia materna exclusiva es uno de los principales sistemas de alimentación para el recién nacido además que gracias al amamantamiento ayuda a la ejercitación muscular del sistema estomatognático y evitará hábitos bucales.

Además varios autores plantean que la lactancia artificial está íntimamente ligada a la deglución anormal y a la formación de maloclusiones .

Actualmente es indiscutible la poca importancia que se le da a la lactancia materna tanto para la madre como para el hijo y hay el desinterés de los padres para hacerles una revisión bucal y dental desde su nacimiento a sus hijos.

La investigación tuvo un aporte odontológico, que proporcionó información para el estudio de la influencia de la lactancia materna en la prevención de

maloclusiones niños de 3 a 5 años, así mismo tuvo un aporte metodológico para la ciencia de la salud, para la Promoción y Prevención de la salud Bucal.

Tuvo un aporte para el profesional de la salud como Estomatólogo y Odontopediatra para que puedan tener evidencias, según los resultados que se obtuvieron en la recolección de datos, acerca que la lactancia materna estricta hasta los 6 meses podría evitar el desarrollo de maloclusiones.

Presentaron también un aporte social, porque de esta manera contribuyeron con la prevención de maloclusiones en los niños de 3 a 5 años, a través de charlas informativas, instrucciones para que adquieran medidas con sus hijos, tanto a las madres de Familia y a los docentes, acerca de la importancia de la Lactancia Materna y el cuidado de los dientes para la prevención de maloclusiones en la Institución Educativa República Helénica ubicada en San Juan de Lurigancho en el 2017.

La información recolectada podrá ser aplicada para futuras investigaciones referentes a este tema y es importante para implementar una Política de Salud Bucal y Prevención en la comunidad Peruana.

2.3 Variables e Indicadores

2.3.1 Variable Independiente

La Variable independiente estuvo constituida por Lactancia Materna

Teniendo como indicadores:

Las preguntas relacionadas a cada una de las dimensiones como son Lactancia Materna exclusiva, lactancia de Biberón y Lactancia Mixta (seno materno y biberón)

2.3.2 Variable Dependiente

La variable dependiente estuvo constituida por presencia de maloclusiones.

Teniendo como indicadores:

Los cuadros relacionados a cada una de las dimensiones como son Apiñamiento dental que está comprendida por (arcada superior-arcada inferior), Maloclusiones está comprendida por (mordida cruzada anterior-mordida cruzada posterior-mordida abierta anterior-mordida abierta posterior-mordida borde a borde).

CAPÍTULO III: METODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO

3.1. Población y muestra

3.1.1 Población

La población fue conformada por 200 niños de 3 a 5 años y 200 madres de familia responsables de los niños que asistieron a la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicada en San Juan de Lurigancho.

3.1.2 Muestra

La muestra fue no aleatoria por conveniencia, fue constituida por 120 niños y 120 madres de familia responsables de los niños que asistieron a la Institución Educativa Inicial República Helénica, aquellos que cumplieron con los criterios de Inclusión y Exclusión.

Criterios de Inclusión

- Los niños de 3 a 5 años que asistieron a la Institución Educativa Inicial República Helénica, donde las madres de familia dieron el consentimiento para la evaluación clínica.
- Las madres de familia responsables de los niños 3 a 5 años que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación.
- Los niños que se encontraron presente el día de la recolección de datos.
- Los niños que estuvieron de acuerdo para formar parte de la investigación.

Criterios de Exclusión

- Los niños de 3 a 5 años que asistieron a la Institución Educativa Inicial República Helénica, donde las madres de familia no dieron su consentimiento para la evaluación clínica
- Las madres de familia responsables de los niños que no estuvieron de acuerdo en participar en la investigación.
- Los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial República Helénica que presentaron alguna enfermedad ya sea sistémica o congénita.
- Los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa República Helénica que presentaron aparatología ortodóntica
- Los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial República Helénica no colaboradores durante la observación clínica.

3.2 Diseño a Utilizar en el Estudio

La presente investigación fue de diseño Descriptivo.

Fue de tipo Observacional porque consistió en la observación, sin manipular las variables, Transversal y Prospectivo porque refleja la realidad en el momento de la recolección de los datos.

Por lo planteado antes, la investigación tuvo un enfoque cualitativo porque se encargó de recoger datos, mediante los cuestionarios enfocados a las madres de familia y fichas de observación clínica bucal a los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial República Helénica.

3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

3.3.1 Técnica de Recolección de Datos

Se presentó un documento en la Oficina de Grados y Títulos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, para que emitan la autorización respectiva para el desarrollo del Proyecto de Investigación.

Se pidió la autorización de las autoridades de la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicada en el Distrito de San Juan de Lurigancho para poder ejecutar el Proyecto de Investigación.

Luego se escogió un día para poder aplicar los instrumentos de Recolección de Datos.

Donde se realizó una charla para las madres de familia explicándoles en qué consistía la investigación y además entregarles el consentimiento informado para que autoricen su participación tanto de ellas como de sus hijos, después de absolver todas sus interrogantes que tuvieran.

En la investigación se empleó un cuestionario dirigido a las madres de familia responsables del menor estudiante de la Institución Educativa República Helénica, donde se realizó una breve explicación para el llenado, una vez terminado se recogieron los cuestionarios y se adjuntaron con la de sus hijos.

Además se empleó una ficha de observación bucal para identificar la presencia de maloclusiones en los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial República Helénica.

El cuestionario y la ficha de observación bucal fue de tipo anónimo cuidando que no sean reveladas la identificación de las madres de familias y los menores de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial República Helénica.

También se procedió a la toma de fotografías para el registro de las maloclusiones, donde se cuidó la confidencialidad y el rostro de los participantes con previa autorización de las madres de familia.

3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento a medir en el estudio fueron:

El cuestionario para las madres de familia y Ficha de observación bucal a los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Republica Helénica ubicada en el Distrito de San Juan de Lurigancho.

Los instrumentos fueron elaborados por la Cirujano Dentista Alejandra Requena Mendoza, para la obtención de su Título de Especialista en Odontopediatría, en la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México , en el año 2014 ,que fue de su elaboración propia y validada por Juicio de expertos.

El cuestionario constó de 2 preguntas las cuales se tomaron en cuenta las dimensiones del Proyecto de Investigación y la ficha de observación bucal constaron de 4 recuadros para observar en el niño, Apiñamiento dental que está comprendida por (arcada superior-arcada inferior), Maloclusiones está comprendida por (mordida cruzada anterior-.mordida cruzada posterior-mordida abierta anterior-mordida abierta posterior-mordida borde a borde).

a) El cuestionario para las madres de familia estuvo enfocado en contribuir con las interrogantes, éste fue llenado de forma rápida, fluida y fácil es por esto que constó de dos partes.

1. Datos de Filiación:

- Datos del niño
- Datos de la madre
- Edad del niño

2. Cuestionario evaluarán las dimensiones

- Tipo de lactancia que tuvo el niño: lactancia exclusiva, lactancia artificial o de biberón, lactancia mixta. (Pregunta N°1)
- Tiempo de lactancia que tuvo el niño expresado en meses.
De 0 a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses a 12 meses y más de 12 meses. (Pregunta N°2)

d) La ficha de Observación Bucal constará de 2 partes.

1. Datos de Filiación

- Datos del Niño
- Datos de la Madre
- Edad del niño

2. Ficha de observación

- Apiñamiento (arcada superior-arcada inferior),
- Maloclusiones (mordida cruzada anterior-.mordida cruzada posterior-mordida abierta anterior-mordida abierta posterior-mordida borde a borde).

Para la realización de la Ficha de Observación Bucal a los niños de 3 a 5 años que asistieron a la Institución Educativa Inicial República Helénica, éstos debieron

tener firmado el consentimiento informado aceptando la autorización de sus madres familia para su participación en la investigación .

Luego se procedió a la revisión mediante espejo bucal y guantes a fin de examinar y observar la relación molar, relación canina, apiñamiento superior e inferior y maloclusiones.

Por lo cual fue una cita de 10 minutos y no interfirió en su actividad de aprendizaje. Finalmente la ficha de observación se procedió a adjuntarla a la encuesta llenada por su madre.

Tanto las fotografías como las encuestas, se utilizaron únicamente para la presente investigación, para conservar la confidencialidad de los participantes no se mostraron sus rostros, ni su identidad que se mantendrán en el anonimato. Una vez obtenidos los cuestionarios y realizado la ficha de Observación Bucal los pacientes se dividieron en los siguientes grupos:

Considerando 0 como la característica ideal y 1 agrupando características no ideales

A) Apiñamiento:

Se Observará inferior y superior

0= Ausente

1=Presente

B) De acuerdo a mordida cruzada anterior:

0= Ausente

1=Presente

C) De acuerdo a mordida cruzada posterior:

0=Ausente

1=Presente

D) De acuerdo a mordida abierta anterior:

0=Ausente
1=Presente

E) De acuerdo a mordida abierta posterior :

0=Ausente
1=Presente

F) De acuerdo a mordida borde a borde

0=Ausente
1=Presente

G) De acuerdo al tipo de la Lactancia materna

0= lactancia materna exclusiva
1=lactancia materna artificial o de biberón/lactancia materna mixta

J) De acuerdo al tiempo de la Lactancia materna exclusiva

0= de 0 a 12 meses
1= de 0 a 6 meses

K) De acuerdo al tiempo de la Lactancia artificial

0= de 0 a 12 meses
1= de 0 a 6 meses

L) De acuerdo al tiempo de la Lactancia mixta

0= de 0 a 12 meses
1= de 0 a 6 meses

3.4 Procesamiento de Datos

Para la realización del Procesamiento de datos, después de realizada la ejecución del estudio, se utilizó una laptop de marca SONY CORPORATION modelo VPCEA35FL memoria de 3GB y disco duro de 500 Gb, Windows 7.

La información recolectada obtenida de los cuestionarios a las madres de familia y la ficha de observación bucal a los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial Republica Helénica fue analizado en el paquete estadístico SPSS IBM versión 20 en la cual se llevó acabo la aplicación de estadística descriptiva.

Para el análisis estadístico se utilizó la Prueba” Chi-Cuadrado” debido a que las variables al ser comparadas son cualitativas, luego se llevó los resultados al programa Microsoft Office Excel 2010 y se mostraro en forma de tablas y gráficos de acuerdo a los objetivos generales y específicos que se plantearon en el estudio.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación de Resultados

Tabla N° 1:
Distribución de los alumnos, basado en el sexo.

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	76	63.3%
Masculino	44	36.7%

En la Tabla N° 1 se observa que el sexo femenino representa el 63.3% (76) y el Masculino el 36.7% (44) del total.

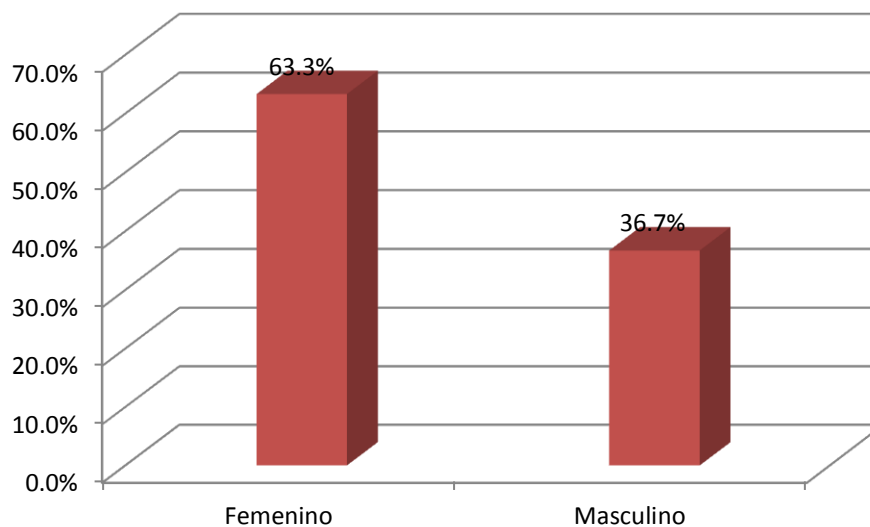


Gráfico N° 1
Distribución de los alumnos, basado en el sexo.

Tabla N° 2

Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017.

		TIPO DE LACTANCIA			
		Lactancia materna exclusiva	Lactancia mixta	Lactancia biberón	
MALOCLUSIÓN	No presenta	Recuento	60	5	1
		% del total	50%	4.2%	0.8%
	Presenta	Recuento	4	34	16
		% del total	3.3%	28.3%	13.3%

En la Tabla N° 2 se observa que en mayoría se presenta los niños que No presentaron maloclusión y presentaron lactancia materna exclusiva en un 50% (60), seguido de los que Presentaron maloclusión y lactancia mixta en un 28.3% (34) del total.

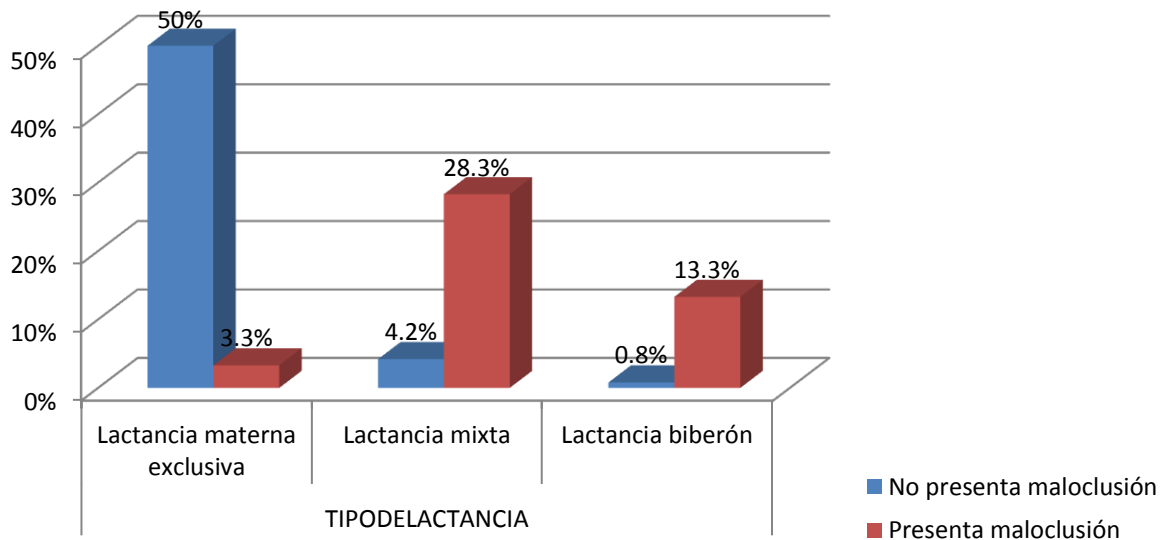


Gráfico N° 2

Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017.

Tabla N° 3

Relación entre la Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	8.434	2	0.000

En lo referente a la Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones, se aprecia que el valor de X^2 es de 8.434 y el nivel de significancia es de $p < 0.05$.

Tabla N° 4
Influencia de la lactancia materna y la presencia de Apiñamiento dental.

	Apiñamiento		
	Presente	Ausente	
Lactancia materna exclusiva	Recuento	10	54
	% del total	8.3%	45%
Lactancia mixta	Recuento	31	8
	% del total	25.8%	6.7%
Lactancia biberón	Recuento	15	2
	% del total	12.5%	1.7%

En la Tabla N° 3 se observa en mayoría los menores que tuvieron Lactancia materna exclusiva presentaron Ausencia de apiñamiento dental en el 45% (54), seguidos de los que tuvieron Lactancia Mixta tienen Presencia de Apiñamiento dental en el 25.8% (31) del total.

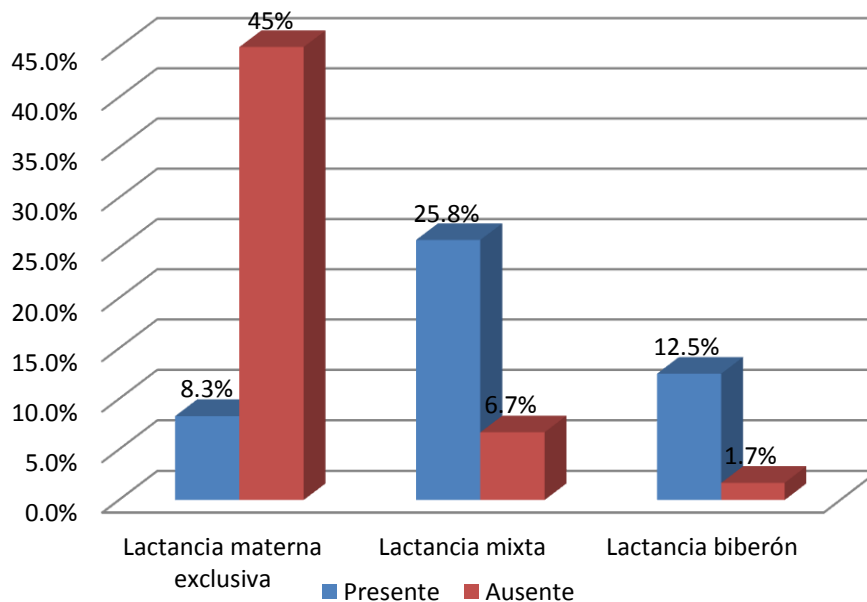


Gráfico N° 3
Influencia de la lactancia materna y la presencia de Apiñamiento dental.

Tabla N° 5

Relación entre la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Apiñamiento dental; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	8.460	2	0.000

En lo referente a la influencia de la lactancia materna y la presencia de Apiñamiento dental, se aprecia que el valor de X^2 es de 8.460 y el nivel de significancia es de $p < 0.05$.

Tabla N° 6

Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada anterior.

	Mordida cruzada anterior		
	Presente	Ausente	
Lactancia materna exclusiva	Recuento	0	64
	% del total	0%	53.3%
Lactancia mixta	Recuento	6	33
	% del total	5%	27.5%
Lactancia biberón	Recuento	2	15
	% del total	1.7%	12.5%

En la Tabla N° 5 se observa en mayoría los menores que tuvieron Lactancia materna exclusiva presentaron Ausencia de Mordida cruzada anterior en el 53.3% (64), seguidos de los que tuvieron Lactancia Mixta los cuales presentaron Ausencia de Mordida cruzada anterior en el 27.5% (33) del total.

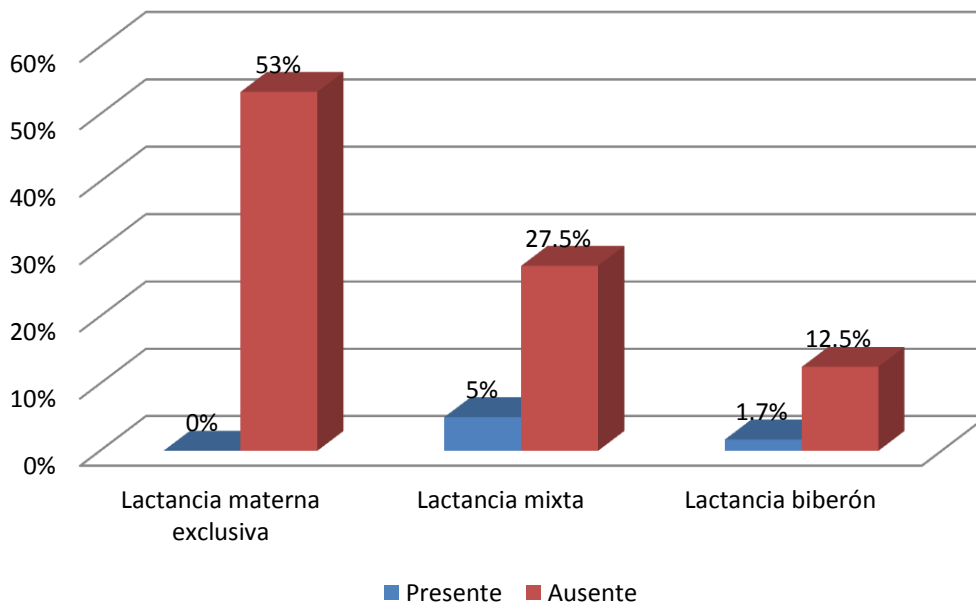


Gráfico N° 4

Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada anterior.

Tabla N° 7

Relación entre la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada anterior; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	10.045	2	0.007

En lo referente a la influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada anterior, se aprecia que el valor de X^2 es de 10.045 y el nivel de significancia es de $p < 0.05$.

Tabla N° 8
Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada posterior.

	Mordida cruzada posterior		
	Presente	Ausente	
Lactancia materna exclusiva	Recuento	0	64
	% del total	0%	53.3%
Lactancia mixta	Recuento	10	29
	% del total	8.3%	24.2%
Lactancia biberón	Recuento	10	7
	% del total	8.3%	5.8%

En la Tabla N° 7 se observa en mayoría los menores que tuvieron Lactancia materna exclusiva presentaron Ausencia de Mordida cruzada posterior en el 53.3% (64), seguidos de los que tuvieron Lactancia Mixta los cuales presentaron Ausencia de Mordida cruzada posterior en el 24.2% (29) del total.

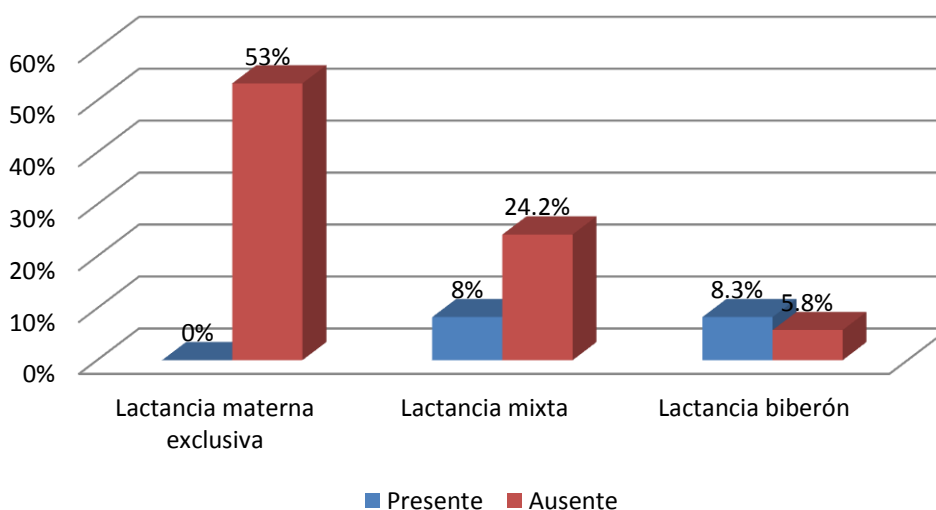


Gráfico N° 5
Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada posterior.

Tabla N° 9

Relación entre Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada posterior; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	36.814	2	0.000

En lo referente a la influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada posterior, se aprecia que el valor de X^2 es de 36.814 y el nivel de significancia es de $p < 0.05$.

Tabla N° 10

Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta anterior.

	Mordida abierta anterior		
	Presente	Ausente	
Lactancia materna exclusiva	Recuento	1	63
	% del total	0.8%	52.5%
Lactancia mixta	Recuento	22	17
	% del total	18.3%	14.2%
Lactancia biberón	Recuento	13	4
	% del total	10.8%	3.3%

En la Tabla N° 9 se observa en mayoría los menores que tuvieron Lactancia materna exclusiva presentaron Ausencia de Mordida abierta anterior en el 52.5% (63), seguidos de los que tuvieron Lactancia Mixta los cuales presentaron Presencia de Mordida abierta anterior en el 18.3% (22) del total.

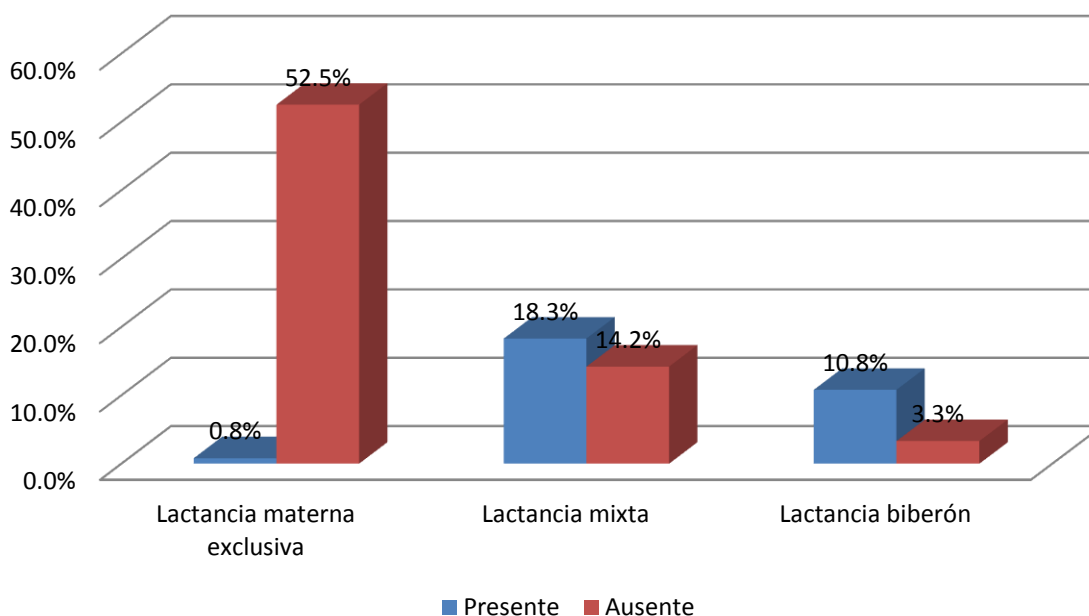


Gráfico N° 6

Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta anterior

Tabla N° 11

Relación entre Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta anterior; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	55.081	2	0.000

En lo referente a la influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta anterior, se aprecia que el valor de X^2 es de 55.081 y el nivel de significancia es de $p < 0.05$.

Tabla N° 12

Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta posterior.

	Mordida abierta posterior		
	Presente	Ausente	
Lactancia materna exclusiva	Recuento	1	63
	% del total	0.8%	52.5%
Lactancia mixta	Recuento	4	35
	% del total	3.3%	29.2%
Lactancia biberón	Recuento	1	16
	% del total	0.8%	13.3%

En la Tabla N° 11 se observa en mayoría los menores que tuvieron Lactancia materna exclusiva presentaron Ausencia de Mordida abierta posterior en el 52.5% (63), seguidos de los que tuvieron Lactancia Mixta los cuales presentaron Ausencia de Mordida abierta posterior en el 29.2% (35) del total.

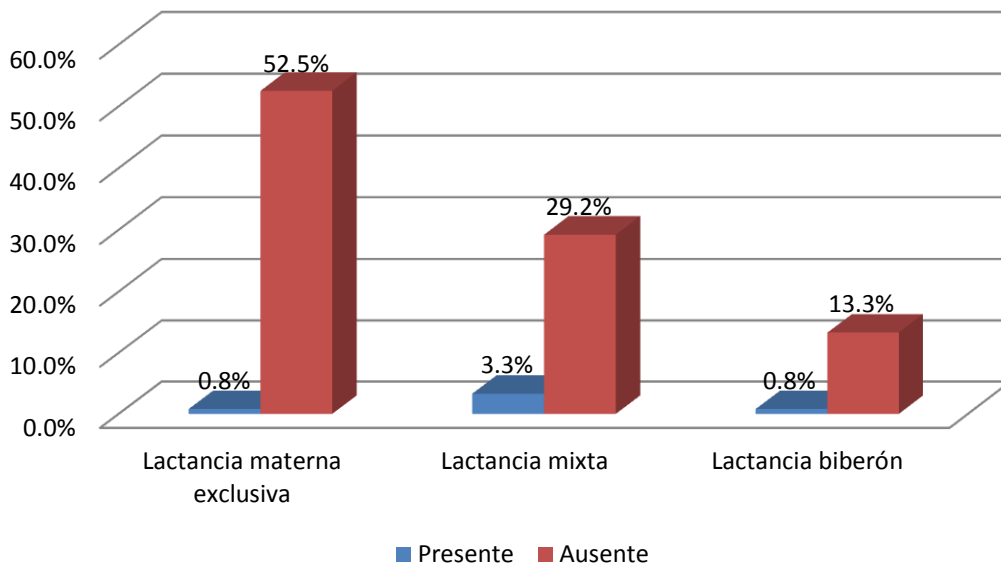


Gráfico N° 7

Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta posterior

Tabla N° 13

Relación entre Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta posterior; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	3.889	2	0.143

En lo referente a la influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta posterior, se aprecia que el valor de X^2 es de 3.889 y el nivel de significancia es de $p > 0.05$.

Tabla N° 14

Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida borde a borde.

	Mordida borde a borde		
	Presente	Ausente	
Lactancia materna exclusiva	Recuento	1	63
	% del total	0.8%	52.5%
Lactancia mixta	Recuento	7	32
	% del total	5.8%	26.7%
Lactancia biberón	Recuento	1	16
	% del total	0.8%	13.3%

En la Tabla N° 13 se observa en mayoría los menores que tuvieron Lactancia materna exclusiva presentaron Ausencia de Mordida borde a borde en el 52.5% (63), seguidos de los que tuvieron Lactancia Mixta los cuales presentaron Ausencia de Mordida borde a borde en el 26.7% (32) del total.

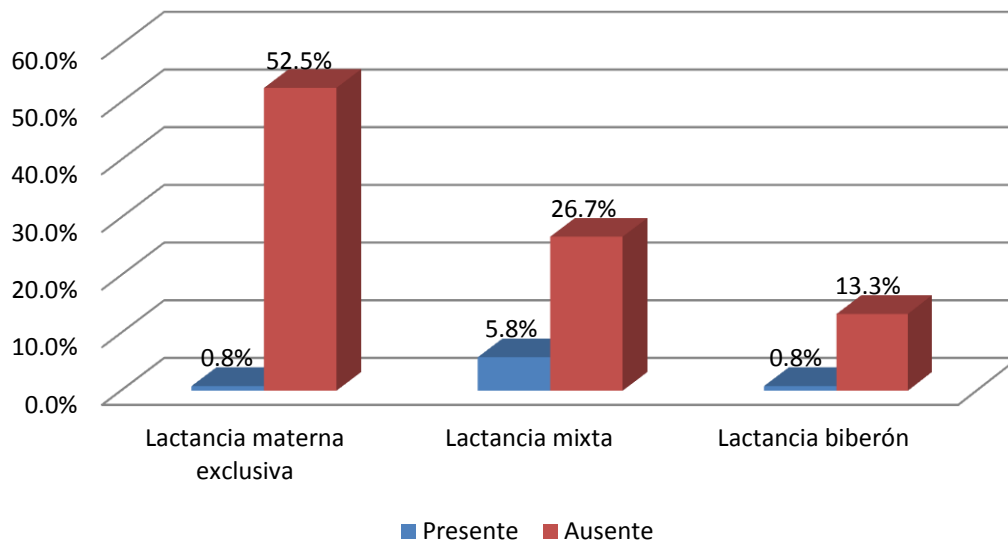


Gráfico N° 8

Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida borde a borde.

Tabla N° 15

Relación entre Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida borde a borde; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	9.454	2	0.009

En lo referente a la influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida borde a borde, se aprecia que el valor de X^2 es de 9.454 y el nivel de significancia es de $p < 0.05$.

4.2 Discusión de Resultados

El presente estudio tiene como objetivo general determinar la Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017, obteniendo como resultados que en gran mayoría un número de 60 niños No presentaron maloclusión con un porcentaje de (50%) y tuvieron lactancia materna exclusiva; seguido de los que presentaron maloclusión y tuvieron lactancia mixta en un número de 34 niños con un porcentaje de (28.3%) ; también presentaron maloclusión y tuvieron lactancia de biberón en 16 niños con un porcentaje de (13.3%), se corroboró con la Prueba chi cuadrado que al obtener un valor de 8.434 es mayor que la zona de aceptación que es de 5.9915, y el nivel de significancia es de $p < 0.05$ y nos demuestra que no hay relación entre la lactancia materna y la prevención de maloclusiones. Los resultados en mayoría nos demuestran que los niños que tuvieron lactancia materna exclusiva no presentaron maloclusión, en cambio los niños que tuvieron lactancia mixta y lactancia de biberón si presentaron maloclusión ,de acuerdo a ello se tendrían que realizar charlas educativas, campañas de prevención odontológica en el colegio para las madres de familia y profesoras para que conozcan la importancia y beneficios de la lactancia materna exclusiva y además de la prevención de maloclusiones desde temprana edad.

Con Respecto a la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Apiñamiento dental, se observa en gran mayoría los menores que tuvieron Lactancia materna exclusiva presentaron Ausencia de apiñamiento dental en 54 niños con un porcentaje del (45%), seguidos de los que tuvieron Lactancia Mixta tienen Presencia de Apiñamiento dental en 31 niños con un porcentaje del (25.8%) del total, se corroboró con la Prueba chi cuadrado que al obtener un valor de 8.460 es mayor que la zona de aceptación que es de 5.9915, y el nivel de significancia

es de $p < 0.05$, nos demuestra que no hay relación entre la lactancia materna y la presencia de apiñamiento. Los resultados nos indican que los niños que tuvieron lactancia materna exclusiva no presentaron apiñamiento dental, mientras los niños que tuvieron lactancia mixta si presentaron apiñamiento dental; se tendrán que realizar campañas odontológicas en la Institución Educativa Inicial República Helénica con el fin de brindar información adecuada a las madres de familia sobre el apiñamiento dental en los niños.

Con respecto a la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada anterior, en los resultados se observa en la mayoría los menores que tuvieron Lactancia materna exclusiva presentaron Ausencia de Mordida cruzada anterior en 64 niños con un porcentaje del (53.3%) , seguidos de los que tuvieron Lactancia Mixta los cuales presentaron Ausencia de Mordida cruzada anterior en 33 niños con un porcentaje del (27.5%) del total , mediante la prueba del Chi cuadrado, se aprecia el valor de 10.045 lo cual es mayor que la zona de aceptación que es de 5.9915, y el nivel de significancia es de $p < 0.05$, nos demuestra que no hay relación entre la lactancia materna y la mordida cruzada anterior. Los resultados nos manifiestan que los niños que tuvieron lactancia materna exclusiva y los niños que tuvieron lactancia mixta no presentaron mordida cruzada anterior y eso es alentador porque no presentaron este tipo de maloclusion.

Con respecto a la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada posterior, se observa en mayoría los menores que tuvieron Lactancia materna exclusiva presentaron Ausencia de Mordida cruzada posterior en 64 niños con un porcentaje del (53.3%) , seguidos de los que tuvieron Lactancia Mixta los cuales presentaron Ausencia de Mordida cruzada posterior en el 29 niños con un porcentaje del (24.2%) del total, corroborando mediante la prueba del Chi cuadrado con un valor de 36.814 es mayor que la zona de aceptación que es de 5.9915, y el nivel de significancia es de $p < 0.05$, nos demuestra que no hay relación entre la lactancia materna y la mordida cruzada posterior. Los resultados

nos manifiestan que los niños que tuvieron lactancia materna exclusiva y los niños que tuvieron lactancia mixta no presentaron mordida cruzada posterior.

Con respecto a la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta anterior, se observa en mayoría los menores que tuvieron Lactancia materna exclusiva presentaron Ausencia de Mordida abierta anterior en 63 niños con un porcentaje del (52.5%) , seguidos de los que tuvieron Lactancia Mixta los cuales presentaron Presencia de Mordida abierta anterior en 22 niños con un porcentaje del 18.3% del total; corroborando mediante la prueba del Chi cuadrado con un valor de 55.081 es mayor que la zona de aceptación que es de 5.9915, y el nivel de significancia es de $p < 0.05$, nos demuestra que si hay relación entre la lactancia materna y la mordida abierta anterior . Con los resultados se puede determinar que los niños que tuvieron lactancia materna exclusiva a comparación de los que recibieron lactancia mixta, éstos no presentaron mordida abierta anterior porque sabemos que la lactancia materna exclusiva gracias a su ejercitación muscular ayudará al crecimiento maxilodentofacial y así prevenir las maloclusiones en este caso la mordida abierta, en cambio los que tuvieron lactancia mixta si presentan mordida abierta porque el biberón al ser un dispositivo de alimentación para él bebe este no genera mucho esfuerzo al momento del amamantamiento lo cual produce que la musculatura no se ejercite y no haya un buen crecimiento maxilodentofacial y además cree malos hábitos.

Con respecto a la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta posterior, en los resultados se observa que en la mayoría los menores que tuvieron Lactancia materna exclusiva presentaron Ausencia de Mordida abierta posterior en 63 alumnos con un porcentaje del 52.5% , seguidos de los que tuvieron Lactancia Mixta los cuales presentaron Ausencia de Mordida abierta posterior en 35 alumnos con un porcentaje del 29.2% del total ,se puede corroborar mediante la prueba del Chi cuadrado con un valor de 3.889 es menor que la zona de aceptación que es de 5.9915, y el nivel de significancia es de

$p > 0.05$, nos demuestra que si hay relación entre la lactancia materna y la mordida abierta posterior. Los resultados nos indican que los niños que recibieron lactancia materna exclusiva y los niños que recibieron lactancia mixta no presentaron mordida abierta posterior, lo cual es favorable para la oclusión de los niños.

Con respecto a la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida borde a borde, se observa en mayoría los menores que tuvieron Lactancia materna exclusiva presentaron Ausencia de Mordida borde a borde en 63 alumnos con un porcentaje del 52.5%, seguidos de los que tuvieron Lactancia Mixta los cuales presentaron Ausencia de Mordida borde a borde en 32 alumnos con un porcentaje del 26.7% del total, corroborando mediante la prueba del Chi cuadrado, se aprecia que el valor es de 9.454 es mayor que la zona de aceptación que es de 5.9915, y el nivel de significancia es de $p < 0.05$, nos demuestra que no hay relación entre la lactancia materna y la mordida borde a borde. Los resultados nos indican que los niños que tuvieron lactancia materna exclusiva y los que tuvieron lactancia mixta no presentaron mordida borde a borde lo cual es beneficioso para la oclusión de los niños.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

5.1.1 Conclusión General

Con respecto a determinar la Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017, se concluye que en mayoría los menores no presentaron maloclusión y presentaron lactancia materna exclusiva.

5.1.2 Conclusiones Específicas

- A. En relación a la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Apiñamiento dental, se concluye que en mayoría los menores que tuvieron Lactancia materna exclusiva presentaron ausencia de apiñamiento dental.

- B. Con respecto a la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada anterior , se concluye que en mayoría los menores que tuvieron lactancia materna exclusiva presentaron ausencia de mordida cruzada anterior .

- C. Con respecto a la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada posterior, se concluye que en mayoría los menores que tuvieron lactancia materna exclusiva presentaron ausencia de mordida cruzada posterior.
- D. Con respecto a la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta anterior se concluye que en mayoría los menores que tuvieron lactancia materna exclusiva presentaron ausencia de mordida abierta anterior .
- E. Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta posterior, se concluye que en mayoría los menores que tuvieron lactancia materna exclusiva presentaron ausencia de mordida abierta posterior..
- F. Con respecto a la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida borde a borde, se concluye que en mayoría los menores que tuvieron lactancia materna exclusiva presentaron ausencia de mordida borde a borde.

5.2 Recomendaciones

5.2.1 Recomendación General

Tomando en cuenta determinar la influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para realizar campañas de prevención estomatológica a los niños dándoles a conocer la importancia de la lactancia materna exclusiva a las madres y así se lograría la prevención de las maloclusiones en los niños.

5.2.2 Recomendaciones Específicas

- A. Con respecto a Conocer la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Apiñamiento dental en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017. se recomienda tomar en cuenta los resultados, para que con la ayuda de las campañas odontológicas las madres de familia tomen conciencia de la importancia de la lactancia materna exclusiva, así se lograría prevenir el apiñamiento dental.

- B. Con respecto a evaluar la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada anterior en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017, se recomienda tomar en cuenta los resultados para incentivar la lactancia materna exclusiva, con lo cual se lograría prevenir la mordida cruzada anterior.

- C. Con referencia a precisar la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida cruzada posterior en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de

Lurigancho en el 2017 se recomienda tomar en cuenta los resultados, para que con la ayuda del odontopediatra y charlas informativas a las madres de familia, lograríamos prevenir la mordida cruzada posterior.

- D. Con referencia a determinar la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta anterior en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho en el 2017 se recomienda tomar en cuenta los resultados, para realizar campañas odontológicas de prevención y charlas informativas a las madres de familia acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva y de los beneficios con la oclusión , con ello se lograría prevenir la presencia de mordida abierta anterior.
- E. Con referencia a analizar la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida abierta posterior en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica ubicado en San Juan de Lurigancho, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para que con ayuda de las campañas odontológicas a los niños y charlas educativas a las madres de familia, se lograría prevenir la mordida abierta posterior.
- F. En relación a evaluar la Influencia de la lactancia materna y la presencia de Mordida borde a borde en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helenica ubicado en San Juan de Lurigancho, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para una mejor orientación a las madres de familia acerca de la lactancia materna exclusiva, se lograría prevenir la mordida borde a borde.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mayorga Ponce, R., Sánchez Moreno, C., Gayosso Islas, E., López Cruz, C. and Oropeza Díaz, Y. (2015). ¿Qué es la Lactancia Materna? ¿Cómo la definen la OMS y la UNICEF?. Educación y Salud Boletín Científico de Ciencias de la Salud del ICSa, 4(7).
2. Oliver, A., Torras, N. and Martínez, L. (2003). Factores de influencia en la duración de la lactancia materna en el Hospital de Sant Pau de Barcelona. Enfermería Clínica, 13(6), pp.329-336.
3. OMS. *Estrategia mundial: la lactancia materna, fundamental para la supervivencia infantil*. 2007. Centro de prensa
4. Zelenenko O. Lactancia materna en la prevención de anomalías dentomaxilofaciales. *Rev Cubana Ortod*; 1999. Volumen 14(1); pp32-38.
5. Suque RA. "Maloclusiones sagitales y transversales mordida cruzada anterior y posterior en preescolares de 4 y 5 años Pueblo-Quito, en el año 2016", pp 30-40.
6. Durhand, S. Dificultades orales en el inicio de la lactancia, España, 2007; volumen 27(4): pp172-179.
7. La lactancia materna y la mortalidad infantil en América Latina. (2001). Revista Panamericana de Salud Pública, 10(2), pp.115-116.
8. Cigüeñas, E. Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones, en infantes de 0 a 36 meses. LIMA – PERÚ. 2013; pp35-38
9. Blanco, L et al. Lactancia materna y maloclusiones dentales en preescolares. Venezuela. 2005. 2da Edición; pp 6.

10. MOYERS, T. Manual de Ortodoncia. Editorial Mundi S.A.I.C. y F.Argentina,1976;3era Edición,pp72-78.

11. Elias Podesta,M. Odontología para bebés. Fundamentos Teórico Prácticos para el clínico. 1° ed. Lima-Perú. Ed Ripano ;2013 ; pp 65-78.

.

12. Izzedin-Bouquet de Durán, R. and Pachajoa Londoño, A. (2011). Lactancia materna versus lactancia artificial en el contexto colombiano. Población y Salud en Mesoamérica, 9(1).

13. Tollara, M. B. *Odontopediatría en la primera infancia*. Sao Paulo: Livraria Santos Editora.13.López Méndez Y., Arias Araluce M. M., Del Valle ,2011

14. Andrews, L. F.The six keys on normal occlusion. *AmJ Orthod*, 1972,63:pp, 296-309.

15. Carrillo, C. Influencia de la lactancia materna y artificial en el crecimiento mandibular en neonatos. *Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista*.

Lima, Perú: Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

16. Sada, M. &. (2006). Maloclusiones en la dentición temporal o mixta. *Ventana a otras especialidades*, 66-70

17. Acero, L .Efecto de la lactancia materna en la prevención de hábitos nocivos de succión y de maloclusión en niños de 3 a 5 años.2009.Perú

18. Boullon, J.Influencia de la lactancia materna en la prevención de hábitos bucales deformantes.2012.Mexico

19. Rondón, G. Relación entre el período de lactancia materna y maloclusiones. México. 2014

20. Morales-Chávez, M. and Stabile-Del Vechio, R. (2015). Influencia de la lactancia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones. Estudio transversal, 33(71), p.161.

21. Vergara, R. Influencia de la lactancia materna sobre la aparición de maloclusiones en escolares de 5 a 6 años. MEDISAN. Cuba 2014. VOL18. pp 1091-1098.

22. Gramal, E. Estudio de la relación entre lactancia y presencia de maloclusiones en preescolares de 3-5 años de edad de la parroquia Miguel Egas Cabezas del Cantón Otavalo. Ecuador. 2014. Título en Odontología. Universidad de México.

23. Lozano, M. Prevalencia de maloclusiones en dentición primaria en relación a la lactancia materna en pacientes indígenas de la Clínica Esquímulas en Chiapas. México. 2015. Maestría en Odontopediatría. Universidad de México.

ANEXOS

ANEXO N°01



UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

CUESTIONARIO

El Objetivo de esta investigación es determinar la influencia de la lactancia materna para la prevención de maloclusiones en niños de 3 a 5 años en la I.E Inicial República Helénica

INSTRUCCIONES: coloque una ASPA en el recuadro que indique el tiempo durante el cual el niño fue alimentado a Seno Materno, con Biberón, o si fue alimentado tanto a Seno materno como con Biberón .

I. DATOS DE FILIACIÓN

- Datos del niño..... Edad del niño.....
- Datos de la madre.....

II.CUESTIONARIO

1. ¿Qué tipo de Lactancia le dio a su hijo(a)?

- a. Lactancia materna exclusiva
- b. Lactancia de biberón
- c. Lactancia mixta (seno materno y biberón)

2. Hasta que edad le dió lactancia a su hijo(a)

- a. Alimentación Materna exclusiva

0 a 3 meses	
3 a 6 meses	
6 a 12 meses	
12 meses a más	

- b. Lactancia de Biberón

0 a 3 meses	
3 a 6 meses	
6 a 12 meses	
12 meses a más	

- c Lactancia Mixta

0 a 3 meses	
3 a 6 meses	
6 a 12 meses	
12 meses a más	

ANEXO N°02



UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA

FICHA DE OBSERVACIÓN BUCAL

I DATOS DE FILIACIÓN

- Datos del niño.....
- Datos de la madre.....
- Edad del Niño

II FICHA DE OBSERVACIÓN

1.

MALOCLUSIÓN	SI	NO
PRESENTA		

2.

APIÑAMIENTO	SI	NO
ARCADA SUPERIOR		
ARCADA INFERIOR		

3.

MALOCLUSIONES	SI	NO
MORDIDA CRUZADA ANTERIOR		
MORDIDA CRUZADA POSTERIOR		
MORDIDA ABIERTA ANTERIOR		
MORIDA ABIERTA POSTERIOR		
MORDIDA BORDE A BORDE		

ANEXO N°03



UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es realizada por Durán Pardo Greisy Milagros bachiller de la facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

El propósito de este estudio es Determinar la influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa Inicial República Helénica.

Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto no tomará mucho tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, la información que se recoja será confidencial. Desde ya le agradecemos su participación.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:.....

DNI:.....

FIRMA:.....

BACHILLER DURAN PARDO, GREISY MILAGROS

DNI 46596668

ANEXO N°04

