

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Odontología

Tesis

**Influencia de los hábitos de lactancia con las
maloclusiones dentales en niños de 3-7 años atendidos
en el Centro Odontológico Mini Sonrisas
San Miguel - 2022**

Astrid Carolina Tasayco Ore

Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista

Huancayo, 2022

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por bendecirme el día a día.

A mis padres, por ser un apoyo desde el primer momento que inicié mi formación profesional y por todo el sacrificio que realizaron a lo largo de este camino.

A mi hermana por brindarme palabras de aliento y ser el apoyo incondicional en las decisiones tomadas del día a día.

A la directora médica del centro odontológico Mini Sonrisas, la Esp. CD. Cindy Ahumada Encalada, por abrirme las puertas y permitirme la ejecución de mi investigación; y en lo personal, agradecerle por brindarme los conocimientos, orientarme y motivarme a seguir luchando por mis metas.

A mi asesora, la Mg. Janet Erika Vargas Motta por orientarme y brindarme los conocimientos necesarios en esta última etapa de mi formación profesional.

DEDICATORIA

A mi madre, Yovana Ore, quien siempre estuvo presente guiándome en cada decisión tomada desde el primer momento en que inicié mi formación profesional y que ahora desde el cielo sigue iluminándome en cada uno de mis pasos.

A mi padre, Luis Tasayco y hermana Geraldine, quienes están conmigo motivándome a lograr cada una de mis metas, siendo parte importante de esta etapa profesional.

ÍNDICE

Agradecimientos	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Índice de tablas	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
Introducción	ix
CAPÍTULO I	11
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	11
1.1. Planteamiento y formulación del problema.....	11
1.1.1. Problema general.....	12
1.2. Objetivos	12
1.3. Justificación.....	13
1.4. Hipótesis y descripción de variables	13
CAPÍTULO II	15
MARCO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes del problema	15
2.2. Bases teóricas	17
2.2.1. Lactancia materna	17
2.2.1.1. Lactancia materna exclusiva	18
2.2.1.2. Lactancia de biberón o artificial	19
2.2.2. Oclusión dental	20
2.2.3. Maloclusiones dentales	21
2.2.3.1. Plano vertical.....	22
2.2.3.2. Plano transversal.....	23
2.2.3.3. Plano sagital	24
2.3. Definición de términos básicos	24
CAPÍTULO III	26
METODOLOGÍA	26
3.1. Métodos, y alcance de la investigación	26
3.2. Diseño de la investigación.....	26
3.3. Población y muestra	26
3.3.1. Criterios de inclusión	26
3.3.2. Criterios de exclusión.....	27

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	28
3.4.1. Técnica de recolección de datos.....	28
3.4.2. Instrumento de recolección de datos	28
CAPÍTULO IV	29
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	29
4.1. Resultados del tratamiento y análisis de la información	29
4.2. Prueba de hipótesis	31
4.3. Discusión de resultados	33
Conclusiones	36
Lista de referencias	37
Anexos	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de los pacientes atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas	29
Tabla 2. Sexo de los pacientes atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas	29
Tabla 3. Hábitos de lactancia presentes en los pacientes atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas	30
Tabla 4. Maloclusiones que presentan los pacientes atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas.....	30
Tabla 5. La lactancia materna exclusiva con las maloclusiones.....	30
Tabla 6. La lactancia artificial o de biberón con las maloclusiones	30
Tabla 7. Lactancia mixta con las maloclusiones	31
Tabla 8. Hábitos de lactancia con las maloclusiones	31
Tabla 9. Correlación de lactancia materna exclusiva y maloclusiones	31
Tabla 10. Correlación de la lactancia artificial o de biberón con las maloclusiones.....	32
Tabla 11. Correlación de la lactancia mixta con las maloclusiones	33

RESUMEN

Introducción: la lactancia materna es la etapa más importante para el bebé ya que aporta nutrientes necesarios para el desarrollo. Cuando la lactancia es mayor a los 6 meses ayuda a la prevención de las maloclusiones. La maloclusión dental es una patología donde no se da la relación normal de las piezas dentarias con las demás, ya sea en el mismo arco y con las de arco antagonista.

Objetivo: evidenciar la influencia de los hábitos de lactancia con relación a las maloclusiones dentales en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas.

Método: se realizó un estudio con nivel correlacional, diseño no experimental, transversal, prospectivo, observacional donde se evaluó la influencia del hábito de lactancia con la maloclusión dental. Se evaluaron 59 pacientes pediátricos con edades de 3-7 años que se atiendan en el centro odontológico Mini Sonrisas y se procedió a realizar un cuestionario, el cual fue llenado por su apoderado. Se usó el software estadístico SPSS para la base de datos y los resultados fueron obtenidos mediante la prueba de Odds Ratio.

Resultados: se evidenció el hábito de lactancia y maloclusión dental donde el hábito de lactancia tiene una influencia en las maloclusiones dentales según la prueba de Odds ratio ($OR > 1$) en los pacientes pediátricos atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas 2022.

Conclusiones: al observar la demostración presentada se infiere que hay una influencia entre el hábito de lactancia con relación a las maloclusiones dentales.

Palabras claves: lactancia artificial, lactancia materna, maloclusiones

ABSTRACT

Introduction: breastfeeding is the most important stage for the baby as it provides nutrients necessary for development. When breastfeeding is longer than 6 months it helps to prevent malocclusions. Dental malocclusion is a pathology in which there is no normal relationship between the dental pieces and the others, either in the same arch or with those of the antagonist arch.

Objective: to demonstrate the influence of breastfeeding habits in relation to dental malocclusions in children 3-7 years of age attended to at the Mini Sonrisas dental center.

Methods: a correlational, non-experimental, cross-sectional, prospective, observational study was carried out with a non-experimental, cross-sectional, prospective, observational design in which the influence of breastfeeding habits on dental malocclusion was evaluated. Fifty-nine pediatric patients aged 3-7 years who were seen at the Mini Sonrisas dental center were evaluated and a questionnaire was filled out by their guardian. SPSS statistical software was used for the database and the results were obtained using the Odds Ratio test.

Results: the habit of breastfeeding and dental malocclusion was evidenced where the habit of breastfeeding has an influence on dental malocclusions according to the Odds ratio test ($OR > 1$) in pediatric patients seen at the mini smiles 2022 dental center.

Conclusions: by observing the demonstration presented, it is inferred that there is an influence between breastfeeding habit in relation to dental malocclusions.

Keywords: artificial breastfeeding, breastfeeding, malocclusions

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es una etapa en la cual se recomienda en los primeros 6 meses de vida al recién nacido, ya que aporta los nutrientes necesarios para el correcto desarrollo y a su vez mejora el sistema inmunológico y afectivo con el vínculo madre e hijo.

Si bien es cierto, hay diversos tipos de lactancia hoy en día, y dentro de ellos los más comunes son la lactancia materna exclusiva y la lactancia artificial o de biberón.

Como su mismo nombre lo indica, la lactancia materna exclusiva es básicamente que la alimentación solo es del seno materno, no hay otro tipo de ingesta alimentaria, ya sea de manera sólida o líquida. Esta lactancia se recomienda iniciar desde el nacimiento hasta los primeros 6 meses.

Con respecto a la lactancia artificial o de biberón, se hace uso de complementos para poder alimentar al infante, ya sea por tiempo u otro factor. Los complementos que se utilizan son fórmulas, alimentos sólidos o líquidos y se requiere el uso de biberón, esto hace que se produzca un desarrollo inadecuado en los músculos masticatorios y en la posición de los dientes.

Es por lo que se recomienda que la lactancia sea del seno materno para poder así prevenir hábitos de succión no nutritiva como la succión digital o la succión del chupón, y las maloclusiones dentales.

Las maloclusiones dentales se caracterizan porque no se da la relación normal entre las piezas dentarias con los demás, en el mismo arco y con las del arco antagonista.

Hay diversas clasificaciones de maloclusión dental, las cuales se clasifican en planos: plano vertical, plano anteroposterior y plano transversal. Dentro de estos planos también existen subdivisiones que son más específicas con relación a la maloclusión dental.

La presente investigación tiene como objetivo evidenciar la influencia de los hábitos de lactancia con relación a las maloclusiones dentales en niños de 3-7 años atendidos en el

centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel, y teniendo en cuenta los resultados promover la lactancia materna exclusiva como alimentación predominante para poder así evitar patologías a futuro y así beneficiar a la sociedad, proponiendo programas de salud oral y lactancia donde se le brinde la información necesaria a los padres de familia.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Planteamiento y formulación del problema

La lactancia materna como un hecho biológico ha variado por diversas influencias como las sociales, culturales y económicas; la leche materna es la fuente más completa de nutrientes que ayuda a un adecuado crecimiento para el recién nacido y durante los primeros 6 meses de vida (1).

Los investigadores Acero et al. (2), realizaron un estudio donde concluyen que en su muestra estudiada hay un desconocimiento de la importancia de la lactancia materna exclusiva (62,5 %) para evitar la formación de hábitos.

De igual manera, el estudio realizado por los investigadores Rondón et al. (3), afirmaron que un factor importante para que el desarrollo dental y maxilar del niño sea el correcto es la lactancia materna, así como también tiene contribución al desarrollo de la oclusión de manera correcta.

Las maloclusiones como alteraciones en el desarrollo y crecimiento de los maxilares como también de las piezas dentarias que producen que la función del sistema estomatognático no sea el correcto, dando paso así a las anomalías dentarias (4).

En su investigación, Suasnavas (5) concluye que existe una relación en el tipo de lactancia y la aparición de los hábitos bucales deformantes; ya que el eliminar de manera

temprana la lactancia o la incorporación de chupones y biberones altera el adecuado crecimiento del sistema estomatognático.

En la presente investigación se evidenció qué tipo de hábito de lactancia influye en las maloclusiones dentales, ya que hoy en día la lactancia materna exclusiva no es la primera opción en algunas mamás, por lo que optan por el uso de biberones u otro implemento para llevar a cabo la alimentación, convirtiéndolo así en lactancia artificial o de biberón, como se sabe la lactancia materna exclusiva ayuda a un buen funcionamiento de los músculos que conforman el sistema estomatognático y evita la formación de maloclusiones dentales. En este caso se realizó un estudio en el centro odontológico Mini Sonrisas en el periodo 2022, donde se observó que el hábito de lactancia que más predomina es la lactancia mixta (55.9 %) y el 67.8 % de la población no presentó maloclusión. Con respecto a la correlación del hábito de lactancia y las maloclusiones se evidenció que los pacientes pediátricos que recibieron lactancia materna exclusiva el 50 % no presentó maloclusión al igual que los que recibieron lactancia mixta teniendo como porcentaje al 47.5 % de la población, mientras que los niños que recibieron lactancia artificial o de biberón el 15.8 % presentó mordida abierta anterior.

Teniendo en cuenta la información anterior, la investigadora se planteó el siguiente problema:

1.1.1. Problema general

¿Cuál es la influencia de los hábitos de lactancia con las maloclusiones dentales en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel - 2022?

1.2. Objetivos

Objetivo general

Evidenciar la influencia de los hábitos de lactancia con las maloclusiones dentales en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel – 2022.

Objetivos específicos

Evidenciar el hábito de lactancia más predominante en las maloclusiones dentales en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel.

Evidenciar la correlación del hábito de lactancia en las maloclusiones dentales en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel.

Evidenciar la maloclusión predominante que influye en el hábito de lactancia en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel.

1.3. Justificación

La lactancia materna es la alimentación más importante para el recién nacido, ya que por ese medio se le brindan todos los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo al igual que ayuda a los músculos del sistema estomatognático al correcto crecimiento. Si bien es cierto, en la actualidad, por diversos factores se opta por la lactancia artificial o de biberón, por lo que facilita en este caso a la madre de familia, pero se debe tener en cuenta que ese hábito podría influir en algunos tipos de maloclusiones. En la investigación se determina la influencia que existe entre el hábito de lactancia con las maloclusiones dentales para poder así beneficiar a la sociedad con los resultados que se obtendrá y con ello proponer programas de salud oral e higiene de lactancia para brindarles la información necesaria a los pacientes.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario que debe ser llenado por el apoderado.

1.4. Hipótesis y descripción de variables

Hipótesis general

El hábito de lactancia influye en la maloclusión dental en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel.

Hipótesis específicas

Existe influencia entre la lactancia materna exclusiva con relación a la maloclusión dental en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel.

Existe influencia entre la lactancia artificial o de biberón con relación a la maloclusión dental en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel.

Existe influencia entre la lactancia mixta con relación a la maloclusión dental en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel.

Variables

Variable 1: hábitos de lactancia

Variable 2: maloclusiones dentales

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

Gramal et al. (6), concluyen en su estudio que existe una relación con el tipo y tiempo de lactancia con la presencia de maloclusiones.

Según el estudio realizado por Mendoza et al. (7), “*Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental*” concluyen en que el principal factor de riesgo para que se desarrollen las maloclusiones como la clase II de Angle, mordida profunda en la dentición decidua y mixta, son los hábitos de succión no nutritiva y que la alimentación en los primeros meses de vida sea con el biberón.

Fuguet et al. (8), realizaron el estudio “*Influencia de la lactancia materna en la prevención de hábitos bucales deformantes*” donde el resultado demostró la disminución de los hábitos bucales deformantes a medida del aumento del tiempo en que recibían lactancia materna y alimentación directa del seno materno, lo cual contribuye a evitar la aparición de hábitos bucales deformantes.

Rondón et al. (3), realizaron el estudio “*Relación entre el periodo de lactancia materna y maloclusiones*” donde concluyen que un periodo de lactancia materna mayor de 6 meses se relaciona con la ausencia de maloclusión.

Los investigadores Blanco et al. (9), realizaron el estudio “*Lactancia materna y maloclusiones dentales en preescolares de la gran Caracas*” donde concluyen que un

factor de protección contra las maloclusiones dentales es que la alimentación sea al seno materno por 6 meses a más.

Vergara et al. (10), realizaron el estudio “*Influencia de la lactancia materna sobre la aparición de maloclusiones en niños escolares de 5 a 6 años*” donde concluyen que el origen de las maloclusiones fue por el poco desarrollo transversal de los maxilares con la lactancia materna combinada.

En la investigación “*Influencia de la lactancia materna en la aparición de hábitos para funcionales y maloclusiones*” (11), concluyen que entre el periodo de lactancia menor a 6 meses y el desarrollo de hábitos para funcionales tienen una relación existente.

Rodríguez et al. (12), realizaron el estudio “*Lactancia materna y hábitos bucales deformantes*” donde concluyen que la lactancia materna exclusiva fue baja y la presencia de hábitos bucales deformantes es elevada, por ello existe una relación significativa entre ambos factores.

Según los investigadores Mendoza et al. (13), en el estudio “*Lactancia materna. Su influjo en las malas oclusiones en niños escolares*”, concluyen que los hábitos bucales deformantes más predominantes fueron el sexo femenino, la lengua protráctil y la succión digital.

Los investigadores Acero et al. (2), realizaron el estudio “*Efecto de la lactancia materna en la prevención de hábitos nocivos de succión y de maloclusión en niños de 3 a 5 años*” donde concluyen en que si el hábito de succión supera los 36 meses estará presente la maloclusión dental.

Mesquita (14), en su investigación “*La relación entre los diferentes tipos de lactancia materna, los hábitos de succión no nutritiva y la oclusión en un grupo de niños de 3 a 6 años*” concluye en que el riesgo de adquirir hábitos de succión no nutritiva disminuyó por los hábitos de lactancia materna exclusiva.

Lozano (15), realizó el estudio de “*Prevalencia de maloclusiones en dentición primaria en relación a la lactancia materna en pacientes indígenas de la clínica*”

Esquímulas en Chiapas, México” donde concluye que los de lactancia exclusiva por más de 6 meses presentan clase I canina y plano terminal recto.

Duran (4), en su estudio “*Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones en niños de 3 a 5 años*” concluye que la lactancia materna exclusiva ayuda en la prevención de las maloclusiones dentales.

Alfaro (16), en su estudio “*Influencia de la lactancia materna en el desarrollo de maloclusiones en niños de 36 a 72 meses de edad en el colegio 6071 - República Federal de Alemania de Villa el Salvador en el año 2018*” concluye que la lactancia materna y el desarrollo de maloclusiones tienen relación significativa.

Suasnavas (5), en su estudio concluye que el tipo de lactancia y la aparición de hábitos bucales tienen relación.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Lactancia materna

Se define como el acto donde la madre le brinda la primera fuente de alimentación para el recién nacido, que es su propia leche y que a su vez le otorga todos los nutrientes y vitaminas para un adecuado desarrollo y crecimiento. Lo beneficia también en el ámbito inmunológico, afectivo y psicológico (4).

La leche materna es el alimento que posee características únicas, que le permiten a la madre transmitir los mecanismos de defensas al recién nacido, y el acto de amamantar fortalece el vínculo madre-hijo (17).

Es considerada como una de los primeros y fundamentales derechos del ser humano según las organizaciones internacionales. El Ministerio de Salud en el Perú promueve la lactancia materna como alimento exclusivo para el infante durante sus primeros 6 meses de vida y luego hasta los 2 años, añadiéndole la alimentación complementaria (4).

La lactancia materna es una etapa muy beneficiosa, porque la provee los nutrientes necesarios para un adecuado crecimiento durante la infancia. Aporta beneficios tanto a la madre como al bebe, ya que este último al momento de lactar

ingere elementos que necesita durante los primeros meses de vida, además que sustituye algún alimento si es que el infante se encontrara mal de salud y el apetito disminuye (18).

Al igual que brinda beneficios para el recién nacido, también lo hace a la madre, ya que el dar de lactar le evita la pérdida de peso, depresión posparto, hipertensión, entre otros (18).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las definiciones de lactancia en 1991 son las siguientes (4):

- **Lactancia materna exclusiva:** significa que la alimentación del recién nacido es netamente la leche materna brindada por el seno de la madre, no existe otro tipo de alimentación, ya sea líquida o consistente.
- **Lactancia materna predominante:** significa que el recién nacido se alimenta del seno materno, pero a su vez recibe alimentación líquida en pequeñas cantidades.
- **Alimentación complementaria:** significa que el bebé recibe alimentación aparte de la lactancia del seno materno, como por ejemplo las papillas. Se recomienda después de los 6 meses de vida.
- **Lactancia del biberón o artificial:** significa que el bebé recibe la alimentación usando biberón sin importar el contenido, es decir, pueden ser fórmulas o la leche materna extraída.
- **Lactancia mixta:** significa que el recién nacido se alimenta, ya sea del seno materno o con el uso de biberón o alimentación complementaria.

2.2.1.1. Lactancia materna exclusiva

Es la lactancia que el recién nacido recibe netamente del seno materno hasta los primeros 6 meses de vida, es decir, sin ningún otro complemento alimentario ya sea agua, té o algún alimento sólido. Se recomienda este tipo de alimentación, ya que aumenta y fortalece el vínculo madre e hijo dándole

así beneficios para ambos. Como también le aporta los nutrientes necesarios al recién nacido para poder fortalecer su sistema inmunológico.

Se debe iniciar inmediatamente después del nacimiento, de preferencia en el lugar del parto para fortalecer la relación entre madre y recién nacido. Es importante brindar la primera leche más conocida como el calostro, porque tiene como función proteger al recién nacido de enfermedades, ayuda en que tiene alto valor nutritivo y es de fácil digestión (19).

La leche materna ayuda a la maduración de los músculos masticatorios, estimula el desarrollo de los maxilares y previene los hábitos orales y maloclusiones dentales (16).

La lactancia materna exclusiva constituye el primer mecanismo natural de ortopedia funcional de ambos maxilares, así como también refuerza la respiración nasal, dado que el niño al amamantar mantiene su boca ocupada evitando así la respiración bucal (5).

2.2.1.2. Lactancia de biberón o artificial

Este tipo de lactancia se da cuando el infante se alimenta de leche materna, ya sea directamente del seno materno o con el uso del biberón, en algunos casos también se alimentan con las fórmulas.

En la actualidad, este tipo de lactancia se da debido a la falta de tiempo de la madre, pero no se piensan en las consecuencias que puede llevar (4).

En este hábito de lactancia se satisface las necesidades nutritivas, pero la actividad muscular es diferente a la lactancia materna exclusiva, ya que el desarrollo de las estructuras óseas faciales y la musculatura peri-oral no son los adecuados (20).

En este tipo de lactancia, en la succión que se produce no se realizan los movimientos horizontales en la mandíbula. El principal movimiento que se da es de la lengua que presiona al nivel de la punta que ejerce contra el

biberón hacia el paladar (4). El uso del biberón produce costumbres en el infante como el hecho de al momento de lactar directamente del seno materno tenga un mal agarre del pezón, lo que conlleva a la mala alimentación y adopte hábitos de succión no nutritiva como la succión digital o la succión del chupón (5).

Cuando se alimenta al niño con este tipo se produce que el músculo tenga un desbalance, porque hay una diferencia fisiológica entre la forma del pezón natural y la del biberón (13).

Existe una diferencia entre el pezón del seno materno y el biberón en tres puntos: el primero es el tamaño del “pico” de la tetina, el segundo es el flujo de la leche y el tercero es el área que rodea la tetina (18).

El uso del biberón ayuda a mejorar la tonicidad de la lengua, pero es un factor contraproducente en el ámbito dental y articular. Por ello, existen biberones con la tetina ortodóntica que son más cortas de lo habitual y volteadas hacia el paladar. Esta tetina ortodóntica hace que la lengua se coloque más posterior y elevada al paladar, generando una mayor dificultad en la deglución (4).

2.2.2. Oclusión dental

Se define como la relación de contacto entre las áreas masticatorias de los dientes superiores e inferiores (4). Existen diversos tipos de oclusión que conllevan a que la definición de esta evolucione, definiéndose así, como el contacto ideal entre los dientes y que a su vez la mandíbula, el maxilar, la articulación temporomandibular y los músculos se encuentran en un equilibrio dinámico permanente, garantizando así el estado funcional del sistema estomatognático (21).

La oclusión dental fue clasificada por Edward H. Angle, quien fue una figura notable en la odontología a finales del siglo XIX, dicha clasificación se realizó en 1899 y es de la siguiente manera (22):

- **Clase I:** la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior ocluye en el surco entre las cúspides vestibulares mesial y media de la molar inferior.

- **Clase II:** la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior ocluye con el segundo premolar inferior.
- **Clase III:** la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior ocluye a nivel distal del surco mesiobucal de la primera molar inferior.

La oclusión también se puede clasificar en lo siguiente (4):

- **Oclusión fisiológica de descanso:** la mandíbula se encuentra en reposo y no realiza ninguna función, produciendo así el relajamiento de músculos y logrando un estado de equilibrio.
- **Oclusión habitual:** ambas arcadas adaptan la posición en la que se encuentre el paciente.
- **Oclusión céntrica:** ambas arcadas se encuentran en máxima intercuspidación.
- **Oclusión funcional:** las arcadas adaptan dos lados, uno de trabajo y el otro de balance o equilibrio.

2.2.3. Maloclusiones dentales

Las maloclusiones son alteraciones de la estructura que conforman el sistema estomatognático como los músculos, piezas dentarias y elementos óseos (23). Esto produce anomalías a nivel dental, articular y estética (4), generando una negatividad en la calidad de vida y en ocasiones el tratamiento tiene un alto costo (24).

Según la Sociedad Española de Odontopediatría, las maloclusiones dentales son un problema habitual en la salud bucodental después de las caries y enfermedades periodontales (25).

La etiología de las maloclusiones es multifactorial y se analiza teniendo en cuenta los siguientes puntos de vista (4; 23):

- **Factores genéticos:** producidos por los síndromes que son causados por alteración de los cromosomas; también la maloclusión clase II, mordida cruzada y en tijera son anomalías provocadas por alteración en los genes.
- **Causas ambientales:** son los que interfieren en el crecimiento adecuado de los dientes, como por ejemplo la succión digital y del chupón, la interposición lingual, onicofagia, respiración bucal y la pérdida prematura de las piezas dentales.
- **Hereditarias:** se producen en generaciones por alteración de los genes, lo que conlleva a anomalías dentales, maxilares y musculares, los cuales pueden modificar la posición, el tamaño y número en los dientes.
- **Congénitas:** producidas en el periodo embrionario y se dan cuando la madre se encuentra bajo tratamiento de medicamentos, hace uso de drogas, ingiere exceso de alcohol, lo cual hacen que desencadenen anomalías dento-maxilofaciales.

Dentro de la clasificación de las maloclusiones se encuentra según los planos y son:

2.2.3.1. Plano vertical

Producido, porque los incisivos superiores e inferiores no logran ocluir o en el caso de sobremordida su contacto es demasiado que pueden quedar solapados (25).

A) Mordida abierta

Definida como la maloclusión donde una o más piezas dentarias no logran la oclusión, por ello, no entran en contacto con las piezas antagonistas (26). Según la localización se divide en:

a) Mordida abierta anterior

Es la abertura entre los dientes del sector anterior de ambas arcadas cuando la persona se encuentra en oclusión (4), puede ser de origen netamente dental o puede implicar una deformidad ósea (27).

Se puede originar por el hábito de succión no nutritiva, interposición lingual o deglución atípica (27).

b) Mordida abierta posterior

Es la abertura entre los dientes del sector posterior de ambas arcadas, puede ser unilateral o bilateral (27).

B) Sobremordida

O también llamada mordida profunda anterior, se caracteriza por la superposición vertical de las piezas anteriores superiores (27), es decir, entre el borde incisal del incisivo central superior con relación al borde incisal del incisivo central inferior (23). Se considera que la medida de los dientes anteroinferiores es de 9 mm y la sobremordida abarca más del 50 % de la pieza inferior que se encuentra cubierta por su antagonista (26).

2.2.3.2. Plano transversal

Producido por la inexistencia de coordinación entre el ancho de ambos maxilares (25).

A) Mordida cruzada posterior

Se manifiesta en la dentición decidua y se caracteriza porque uno o más caninos superiores ocluyen a nivel lingual de las cúspides de las piezas antagonistas (4). Esta mordida podría provocar ciertas desviaciones mandibulares y así generar una sobrecarga, y las fuerzas de ello causarían una disfunción temporomandibular (27). Puede ser causado el tamaño del ancho de la mandíbula, el hecho que el maxilar sea angosto o en otros casos la combinación de ambos (4).

B) Mordida en tijera

Se da en la dentición decidua o primaria y es la menos frecuente teniendo una prevalencia menor al 1 %, su origen es mandibular porque las piezas posteroinferiores tienen una inclinación hacia lingual (28).

Este tipo de maloclusión debe ser tratado de manera temprana, ya que a lo largo puede generar patologías en la articulación temporomandibular y favorecer el desarrollo inadecuado de la mandíbula generando una asimetría ósea (28).

2.2.3.3. Plano sagital

Producido por la relación de la posición dental de ambas arcadas entre sí (25).

A) Clasificación de angle

En esta clasificación, Angle usó como referencia las primeras molares superiores para poder evaluar las demás piezas dentarias. Además, usó el término “clase” para denominar las relaciones dentales, dentro de ellas están (26):

- **Maloclusión clase I:** la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye con la primer molar inferior a nivel del surco vestibular.
- **Maloclusión clase II:** el surco vestibular de la primera molar inferior se encuentra distalizada con relación a la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior. Esta maloclusión, a su vez, presenta dos divisiones.
 - **División 1:** se caracteriza por la protrusión de las piezas anterosuperiores, es decir, están vestibularizados generando un resalte.
 - **División 2:** se caracteriza por la retrusión de las piezas anterosuperiores, es decir, están palatinizados generando un *over jet* disminuido.
- **Maloclusión clase III:** el surco vestibular del primer molar inferior se encuentra mesializada con relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior.

2.3. Definición de términos básicos

Lactancia materna: nutrición de un lactante al mamar.

Lactancia materna exclusiva: alimentación netamente del seno materno.

Lactancia artificial o de biberón: alimentación donde la lactancia puede ser de fórmulas o leche materna usando el biberón en ocasiones.

Lactancia mixta: alimentación materna exclusiva y artificial.

Maloclusión: posición y contacto de los dientes maxilares y mandibulares que interfiere con la elevada eficiencia durante los movimientos excursivos de las mandíbulas que son esenciales para la masticación.

Mesio-versión: trastorno en el que uno o más dientes están más próximos de lo normal a la línea media.

Mordida abierta: afección en la que ciertos dientes opuestos no contactan al cerrar las mandíbulas.

Mordida cruzada: posición y contacto de los dientes maxilares y mandibulares que interfiere con la elevada eficiencia durante los movimientos excursivos de las mandíbulas que son esenciales para la masticación.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. Métodos, y alcance de la investigación

Método: científico

Alcance: correlacional

3.2. Diseño de la investigación

No experimental, de corte transversal, de tipo observacional y prospectivo.

3.3. Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por 59 niños que tengan entre 3-7 años que sean atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel, quienes acudieron en el 2022. El tipo de muestreo es no probabilístico consecutivo, ya que se seleccionaron a los pacientes que acudieron al centro odontológico Mini Sonrisas en el periodo 2022 y cumplan con los siguientes criterios:

3.3.1. Criterios de inclusión

Padres o apoderados de niños cuyo rango de edad sea entre 3 a 7 años y los padres hayan aceptado participar en el estudio.

Padres o apoderados que no presenten algún tipo de problema mental.

Pacientes que hayan acudido al centro odontológico Mini Sonrisas en el 2022.

3.3.2. Criterios de exclusión

Pacientes que excedan el rango de edad.

Pacientes cuyos padres o apoderados no acepten la participación en el estudio.

Pacientes que hayan estado en tratamiento ortodóntico.

Para la determinación del tamaño muestral se hizo uso de la fórmula de cálculo proporcional para poblaciones infinitas que se obtuvo del trabajo de investigación “*Prevalencia de maloclusiones en dentición primaria en relación con la lactancia materna en pacientes indígenas de la clínica Esquímulas en Chiapas, México*” (12).

Donde

$$n' = \frac{Z^2 \cdot (p \cdot q)}{E^2}$$

n' = tamaño muestral para una población infinita

Z α = valor Z del nivel de confianza = 1.96

P = proporción de la presencia del evento en la población = 0.95

Q = (1-P) proporción de la ausencia del evento en la población = 0.05

E = error absoluto de la precisión = 0.05

$$n' = \frac{1.96^2 (0.95 \times 0.05)}{0.005^2}$$

Donde

n' = ?

Z α = 1.96

P = 95 % = 0.95

Q = (1-P) = 1-0.95 = 0.05

E = 5 % = 0.05

n = 73 niños

Según la fórmula de ajuste poblacional

$$n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

Donde

n = tamaño muestral para una población finita

n' = tamaño muestral para una población infinita

$$n = \frac{73}{1 + \frac{73}{300}}$$

Donde

n = ?

n' = 73

n = 59 niños

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnica de recolección de datos

La técnica utilizada es la encuesta, para la ejecución de la recolección de datos del presente estudio se correspondió a un examen clínico dental, llevando a ser un estudio prospectivo, donde el investigador se puso en contacto personalmente con el paciente, cumpliendo con la relación significativa de la maloclusión dental a través de una evaluación clínica.

3.4.2. Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos empleado en la presente investigación fue un cuestionario que se usó en la investigación realizada por Acero et al. (2) que se entregó a los padres o apoderados (ver anexo 3), elaborada para los fines específicos de la investigación, y estuvo conformada por ítems abiertos y cerrados acorde a los indicadores de las variables operacionalizadas.

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados del tratamiento y análisis de la información

Tabla 1. Edad de los pacientes atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas

	Frecuencia	Porcentaje
3 años	18	30.5
4 años	7	11.9
5 años	11	18.6
6 años	7	11.9
7 años	16	27.1
Total	59	100

Interpretación: se puede evidenciar que, de la muestra estudiada, la edad que más predomina es de 3 años con un 30.5 %.

Tabla 2. Sexo de los pacientes atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	27	45.8
Femenino	32	54.2
Total	59	100

Interpretación: se puede evidenciar que, de la muestra estudiada, el sexo femenino predomina más con un 54.2 %.

Tabla 3. Hábitos de lactancia presentes en los pacientes atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas

	Frecuencia	Porcentaje
Lactancia materna exclusiva	22	37.3
Lactancia artificial o de biberón	4	6.8
Lactancia mixta	33	55.9
Total	59	100

Interpretación: se puede evidenciar que, de la muestra estudiada, el 55.9 % presenta hábito de lactancia mixta.

Tabla 4. Maloclusiones que presentan los pacientes atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas

	Frecuencia	Porcentaje
Mordida abierta anterior	19	32.2
No presenta maloclusión	40	67.8
Total	59	100

Interpretación: se puede evidenciar que, de la muestra estudiada, el 67.8 % no presenta alguna maloclusión.

Tabla 5. La lactancia materna exclusiva con las maloclusiones

		Mordida abierta anterior	No presenta maloclusión	Total
Lactancia materna exclusiva	Presenta	2	20	22
	No presenta	17	20	37
Total		19	40	59

Interpretación: se puede evidenciar que, los que recibieron lactancia materna exclusiva, no presentaron maloclusiones en un 50 %, al igual que los que no recibieron.

Tabla 6. La lactancia artificial o de biberón con las maloclusiones

		Mordida abierta anterior	No presenta maloclusión	Total
Lactancia artificial o de biberón	Presenta	3	1	4
	No presenta	16	39	55
Total		19	40	59

Interpretación: se evidencia que los que recibieron lactancia artificial o de biberón presentan mordida abierta (15.8 %), mientras los que no recibieron este tipo de lactancia no presentaron maloclusión (97.5 %).

Tabla 7. Lactancia mixta con las maloclusiones

		Mordida abierta anterior	No presenta maloclusión	Total
Lactancia mixta	Presenta	14	19	33
	No presenta	5	21	26
Total		19	40	59

Interpretación: se puede evidenciar que los que recibieron lactancia mixta no presentan maloclusión (47.5 %), al igual que los que no recibieron este tipo de lactancia (52.5 %).

Tabla 8. Hábitos de lactancia con las maloclusiones

		Mordida abierta anterior	No presenta maloclusión	Total
Hábitos de lactancia	Lactancia materna exclusiva	2	20	22
	Lactancia artificial o de biberón	3	1	4
	Lactancia mixta	14	19	33
Total		19	40	59

Interpretación: se puede evidenciar que los que recibieron lactancia materna exclusiva no presentaron maloclusiones (50 %); los que recibieron lactancia artificial o de biberón presentaron mordida abierta (15.8 %) y los que presentaron lactancia mixta no presentaron maloclusiones (47.5 %).

4.2. Prueba de hipótesis

Tabla 9. Correlación de lactancia materna exclusiva y maloclusiones
Prueba Odds Ratio

	Estimación de riesgo		
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para lactancia materna exclusiva (presenta / no presenta)	0.118	0.024	0.577
Para cohorte maloclusiones = mordida abierta anterior	0.198	0.050	0.776
Para cohorte maloclusiones = no presenta maloclusión	1.682	1.215	2.328
N de casos válidos	59		

Interpretación: teniendo en cuenta que:

OR < 1, significa que hay poca probabilidad de asociación

OR = 1, significa que no hay asociación

OR > 1; significa que hay asociación

Se puede interpretar la tabla 9 donde se puede observar OR = 0.118 < 1; eso quiere decir que la lactancia materna exclusiva tiene poca probabilidad de influencia en las maloclusiones dentales en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel - 2022.

Tabla 10. Correlación de la lactancia artificial o de biberón con las maloclusiones
Prueba de Odds Ratio

	Estimación de riesgo		
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para lactancia artificial o de biberón (presenta / no presenta)	7.313	0.707	75.669
Para cohorte maloclusiones = mordida abierta anterior	2.578	1.280	5.193
Para cohorte maloclusiones = no presenta maloclusión	0.353	0.064	1.941
N de casos válidos	59		

Interpretación: teniendo en cuenta que:

OR < 1, significa que hay poca probabilidad de asociación

OR = 1, significa que no hay asociación

OR > 1; significa que hay asociación

Se puede interpretar la tabla 10 donde se puede observar OR = 7.313 > 1; eso quiere decir que la lactancia artificial o de biberón está asociada con la influencia de las maloclusiones dentales en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel - 2022.

Tabla 11. Correlación de la lactancia mixta con las maloclusiones
Prueba de Odds Ratio

	Estimación de riesgo		
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para lactancia mixta (presenta / no presenta)	3.095	0.937	10.223
Para cohorte maloclusiones = mordida abierta anterior	2.206	0.913	5.331
Para cohorte maloclusiones = no presenta maloclusión	0.713	0.503	1.009
N de casos válidos	59		

Interpretación: teniendo en cuenta que:

OR < 1, significa que hay poca probabilidad de asociación

OR = 1, significa que no hay asociación

OR >1; significa que hay asociación

Se puede interpretar la tabla 11 donde se observa $OR = 3.095 > 1$; eso quiere decir que hay asociación entre la influencia de la lactancia mixta con las maloclusiones dentales en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel - 2022.

4.3. Discusión de resultados

El presente estudio tuvo como objetivo evidenciar la influencia de los hábitos de lactancia con relación a las maloclusiones dentales en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas mediante un cuestionario, el cual fue obtenido para realizar este tipo de investigación, obteniendo mediante la prueba estadística de Odds ratio los siguientes resultados; la lactancia materna exclusiva, lactancia artificial o de biberón y la lactancia mixta influyen en las maloclusiones dentales donde sí existe diferencia estadísticamente significativa al 95 %. Al analizar todos los hábitos de lactancia se determinó mediante la prueba de Odds ratio que la lactancia materna exclusiva tiene poca probabilidad de asociación con las maloclusiones dentales teniendo un $OR = 0.118 < 1$; mientras que en la lactancia artificial o de biberón y la lactancia mixta existe asociación con las maloclusiones dentales teniendo un $O = 7.313 > 1$ y un $OR = 3.095 > 1$ respectivamente.

De acuerdo a Duran (4), concluye que en la mayoría de los niños no presentaron maloclusión y presentaron lactancia materna exclusiva, y en la presente investigación los

resultados mostraron que el 67.8 % de la población no presenta maloclusión dental y el 55.9 % recibió lactancia mixta.

Según Mesquita (14), concluye que no hubo asociación entre los hábitos alimenticios y las maloclusiones en la dentición decidua, mientras que en la investigación presente las maloclusiones variaban según el tipo de hábito, evidenciando así que hay una asociación.

Según Fuguet et al. (8), concluyen que el porcentaje, donde el 86.6 % de los niños que recibieron lactancia materna de 0-3 meses eran portadores de hábitos bucales deformantes, diferenciando así con la presente investigación donde los pacientes pediátricos que recibieron lactancia materna exclusiva siendo el 37.3 % no presenta algún tipo de maloclusión dental.

Según Mendoza et al. (13), concluyen que hay mayor riesgo de padecer maloclusiones los niños que no recibieron lactancia con los que tuvieron solo durante periodos cortos, mientras que en la presente investigación los pacientes que recibieron lactancia mixta presentan la maloclusión dental en mordida abierta anterior.

Según Alfaro (16), concluye en su investigación que encontró relación estadísticamente significativa entre la lactancia materna y el desarrollo de las maloclusiones, al igual que en la presente investigación donde según la prueba estadística de Odds ratio el $OR < 1$ dando así el resultado de que los hábitos de lactancia influyen en las maloclusiones.

Según Torres (18), concluye en su investigación que la lactancia materna exclusiva presenta una mayor influencia en el crecimiento mandibular que otros tipos de alimentación, discrepando así de la investigación presente donde los pacientes pediátricos que recibieron lactancia materna exclusiva no presentaron maloclusión.

Y, por último, la investigación de Suasnavas (5), concluye que existe relación entre el tipo de lactancia que reciben los infantes y la aparición de los hábitos bucales deformantes, de igual manera, en este estudio se demuestra la relación del tipo de hábito de lactancia tiene una influencia en las maloclusiones dentales.

En este estudio se muestra que los hábitos de lactancia influyen en las maloclusiones dentales, obteniendo una diferencia estadísticamente significativa, por lo cual se determina

que la lactancia artificial o de biberón junto a la lactancia mixta tienen influencia en las maloclusiones dentales siendo la predominante la mordida abierta anterior, mientras que la lactancia materna exclusiva no influye en las maloclusiones dentales.

CONCLUSIONES

1. Según el estudio que se realizó se llegó a la conclusión que los hábitos de lactancia influyen en las maloclusiones dentales en los pacientes atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel.
2. La lactancia mixta es el hábito más predominante en las maloclusiones dentales en los niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel.
3. Teniendo en cuenta que el $OR > 1$ se concluye que hay influencia en el hábito de lactancia en las maloclusiones dentales en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel.
4. En la presente investigación se concluye que de la muestra estudiada no hay maloclusión predominante que influye en el hábito de lactancia en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel.

LISTA DE REFERENCIAS

1. Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna de la teoría a la práctica. s.l. : Editorial Médica Panamericana, 2008.
2. Acero L, Aysanoa P. Efecto de la lactancia materna en la prevención de hábitos nocivos de succión y de maloclusión en niños de 3 a 5 años de edad. Escuela de posgrado, maestría en Fonoaudiología, Pontificia Universidad Católica del Perú. lima : s.n., 2009. págs. 1-116, Tesis magister.
3. Rondón RG, Zambrano GA, Guerra ME. Relación entre el periodo de lactancia materna y maloclusiones. 2, 2012, Revista de Odontopediatría Latinoamericana, Vol. 2.
4. Duran GM. Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones en niños de 3 a 5 años. Facultad de Odontología, Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima : s.n., 2018. págs. 1-82, tesis título profesional.
5. Suasnavas JE. Relación entre el tipo de lactancia y la succión no nutritiva con la maloclusión en la primera infancia. revisión de literatura. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Hemisferios. Quito : s.n., 2021. págs. 1-16, Tesis título profesional.
6. Gramal EP, Navarrete NE, Palacios EW. Relación entre lactancia y maloclusiones en preescolares de 3-5 años de la parroquia Miguel Egas Cabezas-Otavallo. 1, 2015, Odontología, Vol. 17, págs. 75-5.
7. Mendoza A, y otros. Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental. 1, 2008, Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría, Vol. 47.
8. Fuguet J, y otros. Influencia de la lactancia materna en la prevención de hábitos bucales deformantes. 5, 2014, Med. Electrón, Vol. 36, págs. 561-10.
9. Blanco CL, Guerra M, Rodríguez S. Lactancia materna y maloclusiones dentales en preescolares de la gran Caracas. 2, 2007, Acta Odontológica Venezolana, Vol. 45.
10. Vergara RO, y otros. Influencia de la lactancia materna sobre la aparición de maloclusiones en escolares de 5 a 6 años. 8, 2014, Medisan, Vol. 18, págs. 1064-6.
11. Morales CMC, Stabile DVR. Influencia de la lactancia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones. Estudio transversal. 71, 2015, Universidad Odontológica, Vol. 33, págs. 19-5.
12. Rodríguez S, y otros. Lactancia materna y hábitos bucales deformantes. 2, 2014, Revista de Ciencias Médicas La Habana, Vol. 20.
13. Mendoza CA, Tovar ME. Lactancia materna. Su influjo en las malas oclusiones en niños escolares. 1, 2017, Revista Científica Dominio de las Ciencias, Vol. 4, págs. 323-8.
14. Mesquita G. La relación entre los diferentes tipos de lactancia materna, los hábitos de succión no nutritiva y la oclusión en un grupo de niños de 3 a 6 años. Departamento de

- Odontoestomatología, Universitat de Barcelona. Barcelona : s.n., 2017. págs. 1-89, Tesis doctorado.
15. Lozano MJ. Prevalencia de maloclusiones en dentición primaria en relación a la lactancia materna en pacientes indígenas de la clínica Esquímulas en Chiapas, México. Departamento de Odontopediatria, Universidad Autónoma de Nuevo León. México : s.n., 2015. págs. 1-61, Tesis maestría.
 16. Alfaro EJ. Influencia de la lactancia materna en el desarrollo de maloclusiones en niños de 36 a 72 meses de edad en el colegio 6071- República Federal de Alemania de Villa el Salvador en 2018. Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima : s.n., 2018. págs. 1-110, Tesis título profesional.
 17. Pérez J, Merino M. Definición de lactancia materna. 4, 2012, Definicion.de, Vol. 13, págs. 1-2.
 18. Torres NL. Relación entre tipo de lactancia y plano terminal en niños de 5 años atendidos en el hospital regional de la policía nacional del Perú - Chiclayo, 2017. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Señor de Sipán. Perú : s.n., 2017. págs. 1-48, Tesis para obtención de grado profesional.
 19. Conte D, Hernández K. Lactancia materna exclusiva. Departamento de Salud Nutricional, Ministerio de Salud. Panamá : s.n., 2012. págs. 1-23, Informe de documento técnico.
 20. Prieto B, Gómez G, Diéguez M. Lactancia artificial prolongada asociada a hábitos orales, maloclusiones y características sociodemográficas en preescolares españoles: estudio observacional. 2, 2021, Revista Española de Nutrición Humana y Dietética, Vol. 26, págs. 1-23.
 21. Suárez L, otros. Oclusión dentaria en pacientes con maloclusiones generales: asociación con el estado funcional del sistema estomatognático. 1, 2018, Mediacentro Electrónica, Vol. 22, págs. 1-11.
 22. Pascual D, y otros. Prevalencia de las maloclusiones según la clasificación de angle en una población universitaria. 1, 2021, Cient. Dent, Vol. 18, págs. 15-5.
 23. Tenorio YM. Lactancia y maloclusiones en pacientes de 3 a 6 años que asisten al centro de salud San Francisco de Tacna, 2019. Escuela de posgrado maestría en Salud Pública, Universidad nacional Jorge Basadre Grohmann. 2021. págs. 1-102, Tesis para optar en grado de maestro en Ciencias.
 24. Lima M, Rodríguez A, García B. Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales nocivos. 2, 2019, Revista cubana de Estomatología, Vol. 56, págs. 1-14.
 25. Villalaín M. Maloclusiones en niños y ortodoncia. 4, 2021, En familia AEP, Vol. 13, págs. 1-2.
 26. Quispe AG. Prevalencia de maloclusiones según los planos transversal, sagital y vertical en varones y mujeres de la asociación civil educativa saco oliveros de 11 a 16 años de

edad, mediante el análisis clínico de Ackerman-Proffit en el año 2018. Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2018. págs. 1-114, Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista.

27. García FC, y otros. La oclusión como factor epidemiológico en los trastornos temporomandibulares. 1-2, 2007, RCOE, Vol. 12, págs. 37-10.
28. Chacón P, Silva EJ. Tratamiento temprano de la mordida en tijera unilateral. 2, 2015, Odontol Pediatr, Vol. 14, págs. 164-6.

ANEXOS

Anexo 1

Definición operacional de las variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
			Lactancia materna	Nominal
Variable independiente	Habito ligado a la supervivencia de la especie humana	OMS	Lactancia artificial	Nominal
Tipos de habito de lactancia			Lactancia mixta	Nominal
			Plano vertical - mordida cruzada	Nominal
Variable dependiente	Alteración del crecimiento óseo del maxilar o mandibular y/o posición de los dientes.	Plano oclusal	Plano transversal -mordida abierta	Nominal
Maloclusión dental				

Anexo 2

Carta de autorización

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Dra. Cindy Fabiola Ahumada Encalada
Directora Médica del Centro Odontológico Mini Sonrisas

Presente. -

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a Ud., para saludarla muy cordialmente y a la vez solicitar su autorización y apoyo para el desarrollo de mi trabajo de investigación previo a obtener el grado de Cirujano Dentista , con el tema de investigación "INFLUENCIA DE LOS HABITOS DE LACTANCIA CON LAS MALOCLUSIONES DENTALES EN NIÑOS DE 3-7 AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO ODONTOLOGICO MINISONRISAS SAN MIGUEL – 2022" , por lo que estaría muy agradecido de contar con su apoyo, a fin de autorizar a quien corresponda, el acceso a su consultorio odontológico MINI SONRISAS para poder recolectar datos concerniente a mi investigación.

Esperando la aceptación, propicia la ocasión para expresar mi estima y deferencia.

Atentamente.

Lima 12 de enero de 2022



ASTRID CAROLINA TASAYCO ORE
DNI: 72860379



CENTRO ODONTOLOGICO
MINI SONRISAS
ESP. CD. CINDY AHUMADA ENCALADA
Directora Médica
GOP 17712

Anexo 3

Instrumento de recolección de datos

CUESTIONARIO DIRIGIDO A PADRES Y/O APODERADO

a) DATOS GENERALES.-

APELLIDOS Y NOMBRES DEL NIÑO: _____

SEXO: Masculino Femenino

FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE LA ENCUESTA: _____

EDAD: _____ años _____ meses

CUESTIONARIO DESARROLLADO POR: () Madre () Padre () Otros; especificar: _____

b) PREGUNTAS SOBRE.-

1. ¿Su hijo fue amamantado por pecho?

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

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

- () Sí, a partir del: () Nacimiento y 1er mes
() Entre el 1er y 3er mes
() Entre el 3er y 4to mes
() Después del 4to mes
() No

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

- () Sí, a partir del: () Nacimiento y 1er mes ¿Hasta cuándo? _____
() Entre el 1er y 3er mes ¿Hasta cuándo? _____
() Entre el 3er y 4to mes ¿Hasta cuándo? _____
() Después del 4to mes ¿Hasta cuándo? _____
() No

4. Si su respuesta anterior es afirmativa, sírvase contestar a la siguiente pregunta:

- ¿Con qué frecuencia hizo uso del chupón?
() Durante el día
() Durante la noche
() Sólo para dormir
() Cuando estaba fastidiado

5. ¿Su hijo usó chupón después del destete?

- () Sí ¿Hasta cuándo? _____
() No, nunca usó

6. ¿Su hijo tiene el hábito de chuparse el dedo?

- () Sí ¿Cuándo comenzó? _____ ¿Hasta cuándo? _____
() No, nunca se chupó el dedo

7. ¿Actualmente, su hijo usa biberón?

- () Sí
() No

8. Si su respuesta anterior es negativa, sírvase contestar la siguiente pregunta:
Hizo uso el biberón hasta:
 El año y medio
 Entre el año y medio y los 2 años
 Entre los 2 años y 2 años y medio
 Entre los 2 años y medio y 3 años
 Después de 3 años
 No, nunca usó
9. ¿Usted sabe que algunos de los hábitos orales, antes mencionados, puede causar algún problema en su niño?
 Sí
 No
10. ¿Usted ha recibido alguna orientación sobre los daños causados por los hábitos orales de succión antes mencionados?
 Sí
 No
11. Si su respuesta anterior es afirmativa, sírvase a contestar la siguiente pregunta:
¿De quién? (puede marcar más de una opción)
 Odontólogo
 Médico
 Fonoaudiólogo
 Otros: _____
12. ¿Si su niño presenta hábitos orales de succión, ha intentado retirarlos?
 Sí
 No
 No, nunca presentó

Muchas Gracias.

Anexo 4

Ficha de observación bucal

FICHA DE OBSERVACIÓN BUCAL

I DATOS DE FILIACIÓN

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

II FICHA DE OBSERVACIÓN

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

Anexo 5

Matriz de consistencia interna

Definición del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología	Población, muestra y muestreo	Instrumento
¿Cuál es la influencia entre el hábito de lactancia con las maloclusiones dentales en los niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas 2022?	<p>Objetivo general: Determinar la influencia de los hábitos de lactancia con relación a las maloclusiones dentales en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel.</p>	<p>Hipótesis principal: El hábito de lactancia influye en la maloclusión dental en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel.</p>	<p>Variable independiente Hábitos de lactancia</p> <p>Variable dependiente: Maloclusión dental</p>	<p>Temporalidad: Prospectivo.</p> <p>Asignación de factores: Observacional.</p> <p>Finalidad: Descriptivo.</p> <p>Diseño específico: De Corte Transversal.</p> <p>Nivel: Explicativo</p>	<p>Población y muestra: 59 pacientes atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel</p> <p>Muestreo: No Probabilístico. Tipo Consecutivo.</p>	<p>La técnica para emplear en esta investigación será la encuesta hacia el apoderado o padre de familia; y la evaluación clínica al paciente pediátrico</p>
	<p>Objetivos específicos: Determinar el hábito de lactancia más predominante en las maloclusiones dentales en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel.</p>	<p>Hipótesis específicas: Existe influencia entre la lactancia materna exclusiva con relación a la maloclusión dental en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel.</p>				
	<p>Determinar la correlación del hábito de lactancia en las maloclusiones dentales en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel.</p>	<p>Existe influencia entre la lactancia artificial o de biberón con relación a la maloclusión dental en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel.</p>				
<p>Determinar la maloclusión predominante que influye en el hábito de lactancia en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel.</p>		<p>Existe influencia entre la lactancia mixta con relación a la maloclusión dental en niños de 3-7 años atendidos en el centro odontológico Mini Sonrisas de San Miguel.</p>				

Anexo 6

Base de datos

EDAD	SEXO	HABITOS DE LACTANCIA	MALOCLUSINES DENTALES
1 3 años	6 masculino	8 lactancia materna exclusiva	11 transversal- mordida cruzada
2 4 años	7 femenino	9 lactancia artificial o biberon	12 vertical- mordida abierta
3 5 años		10 lactancia mixta	
4 6 años			
5 7 años			

ESCALA	
SI	0
NO	1

A	B					C		D			E			F		G			H			I			J			K			L			M		
pacientes	EDAD					SEXO		HABITOS DE LACTANCIA			MALOCLUSIONES DENTALES																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																								
1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1																								
2	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0																								
3	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1																								
4	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0																								
5	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1																								
6	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0																								
7	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1																								
8	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1																								
9	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1																								
10	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0																								
11	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0																								
12	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1																								
13	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1																								
14	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0																								
15	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1																								
16	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1																								
17	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0																								
18	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0																								
19	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0																								
20	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0																								
21	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1																								
22	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0																								
23	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1																								
24	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0																								
25	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1																								
26	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1																								
27	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1																								
28	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1																								
29	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1																								
30	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1																								
31	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0																								
32	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1																								
33	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0																								
34	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1																								
35	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1																								
36	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0																								
37	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1																								

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
21	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1
22	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0
23	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
24	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0
25	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1
26	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
27	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1
28	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1
29	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1
30	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1
31	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0
32	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1
33	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0
34	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1
35	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1
36	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0
37	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1
38	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1
39	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
40	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
41	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0
42	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1
43	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1
44	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1
45	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1
46	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1
47	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1
48	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1
49	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1
50	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0
51	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0
52		1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0
53	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1
54	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1
55	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1
56	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
57	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1
58	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1
59	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1

U1s1

Anexo 7

Registro fotográfico



Anexo 8

Tablas y gráficos del programa SPSS



