



**FACULTAD DE SALUD Y NUTRICIÓN  
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**TESIS**

**CONOCIMIENTO SOBRE EL PERÍODO DE LACTANCIA  
MATERNA EN EL DESARROLLO DE LOS MAXILARES, EN  
MADRES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JULIO CÉSAR  
TELLO, 2017**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA**

**AUTOR:  
BACHILLER DARWIN REYES PARIONA**

**ASESOR:  
Mg. WILLIAM TEODORO LUNA LOLI**

**LIMA – PERÚ**

**2018**

**ASESOR DE TESIS**

-----  
**Mg. LUNA LOLI WILLIAM TEODORO**

**JURADO EXAMINADOR**

---

**MARCELA ROSALINA BARRETO MUNIVE**

**PRESIDENTE**

---

**NOEMI ZEGARRA OVALLE**

**SECRETARIO**

---

**MANUELÑ ERNESTO ESQUIVELALDAVE**

**VOCAL**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por permitirme seguir adelante

A mi madre por ser valiente, por creer que la educación nos hace libres, por su sabio consejo durante mi infancia.

A mis hermanos por la motivación constante durante mis estudios

A Elizabeth Asto por su comprensión, paciencia, palabras de aliento y su repetida frase “ya falta poco solo tienes que seguir”, representando una motivación muy fuerte para poder pararme y continuar, cada día es un desafío, pero la vida es para eso, para seguir

## **AGRADECIMIENTO**

AL: Dr. Jeancarlo Corpancho Carhuaz, Gerente del Centro de Salud Julio César Tello por permitirme llevar a cabo la investigación en dicho Centro.

## **RESUMEN**

El propósito del presente estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre periodo de lactancias materna en el desarrollo de los maxilares en madres atendidas en el Centro de Salud Julio César Tello, distrito de Lurín en el año 2017.

La investigación es de tipo aplicada y de nivel descriptivo, El diseño corresponde a un estudio observacional, transversal y descriptivo simple, la muestra estuvo conformada por 76 madres de familia teniendo en cuenta los criterios de exclusión.

Se obtuvo como resultado que el 64,5% de madres estudiadas tienen un nivel de conocimiento medio, vale decir que respondieron 49 madres de familia correctamente por lo menos de 9 a 13 preguntas de un total de 20 ítems. Y el 9,2 % vale decir 7 madres que tiene un nivel de conocimiento alto, del mismo modo podemos apreciar que 20 (26,3%) de madres de familia tienen un nivel de conocimiento bajo.

Se concluye que el nivel de conocimiento de las madres de familia es medio.

Palabras Clave: Conocimiento, lactancia materna, desarrollo de los maxilares.

## **ABSTRACT**

The purpose of the present study was to determine the level of knowledge about the period of breastfeeding in the development of the jaws of mothers attended at the Julio César Tello Health Center, Lurín district in 2017.

The research is of the applied type and descriptive level. The design corresponds to an observational, cross-sectional and simple descriptive study; the sample consisted of 76 mothers taking into account the exclusion criteria.

He was obtained as a result that 64.5% of studied mothers have an average knowledge level, is worth to say that 49 mothers responded correctly at least 20 item 9 to 13 questions. And 9.2% is worth to say 7 mothers who have a level of knowledge high, in the same way we can appreciate that 20 (26.3%) of mothers have a knowledge level low.

It is concluded that the level of knowledge of mothers is medium.

Keywords: Knowledge, breastfeeding, development of the jaws. Low knowledge

## INICE DE CONTENIDO

Caratula	i
Asesor de tesis	ii
Jurado examinador	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Resumen	vi
Abstract	vii
Inice De Contenido	viii
Índice De Tablas	xi
Índice De Figuras	xii
Introducción	1
<b>I. Problema De Investigación</b>	<b>2</b>
1.1. Planteamiento Del Problema	2
1.2. Formulación Del Problema	5
1.2.1. Problema General	5
1.2.2. Problemas Específicos	5
1.3. Justificación Del Estudio	6
1.4. Objetivos De La Investigación	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos	7
<b>II. Marco Teórico</b>	<b>8</b>
2.1. Antecedentes De La Investigación	8
2.1.1. Antecedentes Nacionales.	8
2.1.2. Antecedentes Internacionales.	10
<b>III. Bases Teóricas De Las Variables</b>	<b>14</b>
3.1. Crecimiento Y Desarrollo Craneofacial	14
3.2. Crecimiento De Los Maxilares	14
3.3. Influencia Genética En El Crecimiento	15
3.4. Crecimiento Craneofacial	16



3.5.	Bóveda Craneal	17
3.6.	Base De Cráneo	17
3.7.	Complejo Nasomaxilar	18
3.8.	Mandíbula	18
3.9.	Tejidos Blandos Faciales	19
3.10.	Maduración De La Función Oral	20
3.11	Disfunción Muscular	21
3.12	Crecimiento Facial Y Desarrollo De La Oclusión	22
3.13	Crecimiento Esquelético Transversal.	22
3.14	Crecimiento Esquelético Anteroposterior	22
3.15	Crecimiento Esquelético Vertical.	23
3.16	Variaciones Étnicas Y El Desarrollo De La Oclusión	23
3.17	Estructura Oro Facial En El Recién Nacido	24
3.18	Alimentación Y Amantamiento.	25
3.19	Fisiología Del Amamantamiento	26
3.20	Periodo De Lactancia Y Desarrollo Fisiológico	27
3.21	Periodos De Lactancia Natural	29
3.22	Lactancia Materna Exclusiva (0-6 Meses)	29
3.23	Alimentación Complementaria (6-24 Meses)	30
3.24	Lactancia Artificial Y Hábitos	30
3.25	Anomalías Que Se Relacionan Por El No Amamanta-Miento:	32
3.26	Definición De Términos Básicos	34
<b>IV.</b>	<b>Marco Metodológico</b>	<b>35</b>
4.1.	Variables De Estudio	35
4.1.1.	Definición Conceptual	35
4.1.2.	Definición Operacional	36
4.2.	Tipo Y Nivel De La Investigación	37

4.3.	Diseño De La Investigación	37
4.4.	Población Y Muestra	37
4.4.1.	Población	37
4.4.2.	Muestra De Estudio	37
4.5.	Técnicas E Instrumentos De Recolección De Datos	38
4.5.1.	Técnicas De Recolección De Datos	38
4.5.2.	Instrumento De Recolección De Datos	38
4.5.3.	Técnicas De Procesamiento Y Análisis De Datos	38
<b>V.</b>	<b>Resultados Y Discusión</b>	<b>40</b>
5.1.	Resultados	40
5.2.	Análisis Y Discusión De Resultados	48
<b>VI.</b>	<b>Conclusiones Y Recomendaciones</b>	<b>51</b>
6.1.	Conclusiones	51
6.2.	Recomendaciones	52
	Referencias Bibliográficas	53
	Anexos	56

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Edad de madres encuestadas .....	40
<b>Tabla 2:</b> Clasificación De Madres Encuestadas por Grupo De Edad Según OMS .....	41
<b>Tabla 3:</b> Grado de Instrucción .....	42
<b>Tabla 4:</b> Respuestas Acertadas Sobre El Cuestionario.....	43
<b>Tabla 5:</b> Conocimiento sobre periodo de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares .....	44
<b>Tabla 6:</b> Conocimiento sobre el período de lactancia materna de 0 a 6 meses en el desarrollo de los maxilares .....	45
<b>Tabla 7:</b> Conocimiento sobre el período de lactancia materna de 6 a 12 meses en el desarrollo de los maxilares. ....	46
<b>Tabla 8:</b> Conocimiento sobre el período de lactancia materna de 12 a 24 meses en el desarrollo de los maxilares .....	47

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Clasificación De Madres Encuestadas por Grupo De Edad Según OMS.....	41
<b>Figura 2:</b> Grado de Instrucción.....	42
<b>Figura 3:</b> Conocimiento sobre periodo de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares .....	44
<b>Figura 4:</b> Conocimiento Sobre El Período De Lactancia Materna De 0 A 6 Meses En El Desarrollo De Los Maxilares.....	45
<b>Figura 5:</b> Conocimiento Sobre El Período De Lactancia Materna De 6 A 12 Meses En El Desarrollo De Los Maxilares.....	46
<b>Figura 6:</b> Conocimiento Sobre El Período De Lactancia Materna De 12 A 24 Meses En El Desarrollo De Los Maxilares.....	47

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tuvo como finalidad determinar el nivel de conocimiento sobre el periodo de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares en madres atendidas en el Centro de Salud Julio César Tello.

La Organización Mundial de la Salud sugiere mantener como patrón esencial la lactancia materna exclusiva como mínimo seis meses y rápidamente, contiguo con otros alimentos, posterior a los 2 años de vida. Está comprobado a través de muchos estudios, que la ausencia de lactancia materna exclusiva, hasta los seis meses, puede llevar a que el niño tenga alteraciones en el desarrollo de los maxilares y tener posibles alteraciones de las funciones estomatognáticas. Según (1) el amamantamiento natural promueve el mejor desarrollo Craneofacial, tanto muscular como óseo y favorece el desarrollo de las funciones del sistema estomatognático, estimula el crecimiento óseo, favorece la normalización del retro prognatismo que es tan característico en el recién nacido y coordina la succión con funciones de deglución y respiración. Hoy en día las madres de familia no tienen mayor información sobre el periodo de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares, desconocen cómo la lactancia materna es un factor preventivo en el poco desarrollo de los maxilares.

Esta falta de conocimiento se puede deber a que en la actualidad muchos profesionales de la salud, relacionados al trabajo, no brindan mayor información sabiendo que hay estudios que demuestran que la lactancia materna contribuye con el desarrollo de los maxilares y esto también se da a que el MINSA no tiene un programa que brinde información sobre la importancia del periodo de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares. El presente estudio nos brindará un panorama sobre el conocimiento que tienen las madres de familia sobre el periodo de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares y como esto puede contribuir al desarrollo neuro muscular y Craneofacial. Por lo expuesto se pretende enfatizar la importancia de la lactancia materna sobre el periodo de lactancia en el desarrollo de los maxilares incentivar la creación de programas y charlas continuas. De esta manera el presente trabajo surge de la necesidad de determinar el nivel de conocimiento sobre periodo de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares en madres que asisten al Centro de Salud Julio César Tello un sector muy directo de nuestra sociedad, las madres de familia siendo las que mayor tiempo e influencia que tienen sobre sus hijos.

## I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1 Planteamiento del problema

La leche materna es significativo para muchas características benéficas en el desarrollo y progreso del niño, los estímulos del amamantamiento son imprescindibles para el buen progreso de las estructuras neuromusculares, de los huesos maxilares y demás elementos que comprenden las matrices funcionales del sistema estomatognático, la OMS sugiere "mantener como patrón esencial la lactancia materna exclusiva (LME) como mínimo seis meses y rápidamente, contiguo con otros alimentos, posterior a los 2 años de vida (2). (3)

(Morán M, 2009) Una lactancia mayor a los seis meses de vida contribuye un apropiado incremento y progreso, destacando en causas evitables de Morbi-Mortalidad pueril, sin importar el nivel socioeconómico o trabajo materno. Un alto conocimiento del tema en investigación está asociado a inicio temprano y mayor duración del amamantamiento (LM) (4)

La instrucción en salud, los controles prenatales, experiencias de amamantamiento y el soporte a la mamá, ayuda a que la madre tenga conciencia y empiece a lactar prontamente y no a la detención temprana del amamantamiento (5). La leche materna tiene características que producen beneficios importantes para el binomio madre – niño, entre ellos resaltan los inmunológicos, los nutricionales y los psicoafectivos.

Ahora es esencial mencionar que, la lactancia materna (LM) está sufriendo una disminución progresiva de su práctica en países en desarrollo, tanto en áreas urbanas como en las rurales (6). Un mejor conocimiento de los múltiples beneficios de la lactancia materna, está asociado a inicio temprano y mayor duración del amamantamiento.” La educación en salud, las intenciones prenatales, experiencias de amamantamiento y el apoyo a la madre, inciden en el inicio o suspensión temprana de la LM” (7).

Por otro lado, debemos de manifestar que la maxila logra desarrollarse completamente después del nacimiento por osificación intramembranosa, porque a esta edad no se produce sustitución de cartílago, este incremento se da de 2 formas: a) por formación

de hueso en la unión de las suturas de la maxila con el cráneo y su base, b) por regeneración superficial. Por lo tanto, en discrepancia con la bóveda craneal, los cambios superficiales que se observan en la maxila son mucho más llamativos e igualmente de importantes como los que se producen en las suturas. Asimismo, la maxila es empujada hacia delante por el desarrollo de la base craneal detrás de él.

La línea de crecimiento, implica un crecimiento de la cara extrínseca desde debajo del cráneo, lo que significa que la maxila recorre en su desarrollo una considerable distancia hacia antero-inferior externa en correspondencia con la base craneal y esto se da de la siguiente manera: "a) la base craneal crece hacia adelante y este crecimiento empieza o lleva a la maxila a la posición antero-inferior. b) un crecimiento que se da a nivel de las suturas. (sincondrosis)

Las diferentes características que se producen en el crecimiento, son cambios que se dan por el desplazamiento antero-inferior del hueso de la maxila y por la regeneración que se da de forma simultánea superficialmente. Todos los huesos de la parte antero media del rostro se desplaza hacia antero-inferior por el crecimiento y desarrollo de la base craneal. (8) (9).

En este argumento el amamantamiento es garante de la madurez de los músculos de la masticación, debido a que cada músculo está dispuesto al comienzo para una sencilla función (amamantarse) y rápidamente va madurando para efectuar adecuadamente con funciones más complejas (masticación).

Los movimientos de estos músculos, no obstante limitados fisiológicamente en el neonato, van a madurar el sistema muscular por medio de la leche materna o nutrición a pecho, que es la única forma que permite que se produzcan los estímulos necesarios en el humano para el completo desarrollo dental y maxilar, (10). En una exploración sistemática realizado por Rondón et al, en el año 2012, sobre su estudio relacional sobre lactancia materna y el desarrollo dentó-buco- máxilofacial, los autores de los estudios concuerdan que la lactancia materna en el ámbito odontológico permite un desarrollo y progreso conveniente del aparato bucal, produce una favorable estimulación muscular al momento del desplazamiento de la mandíbula al succionar

a través del trabajo mecánico que ejerce el bebé para ingerir la leche, estos estudios demuestran que la nutrición por intermedio del amamantamiento desde que el niño nace hasta superior al sexto mes de vida favorece de forma considerable la prevención de las alteraciones dentó-buco máxilofacial (11).

En otra investigación referente a “relación entre el tipo de lactancia y crecimiento y desarrollo Craneofacial”, se encontró que hay diferencias significativas entre la elongación del pezón de la madre y la tetina ortodóncica de diferentes marcas, normalmente el pezón de la madre llega a duplicar su tamaño (208%), del mismo modo para las tetinas normales la elongación es 66% y las ortodóncicos 14%. Y, al conferenciar de compresión, los resultados se mantienen muy estrechos.

Del mismo modo estos autores mencionan que la compresión que sufre el pezón de la madre alcanza un 73%, una tetina normal tiene la propiedad de compresión en un 50%. Las conclusiones del estudio fueron que el amamantamiento es el primer y más importante mecanismo natural de ortopedia funcional de los huesos maxilares y que, además, el amamantamiento cumple diversas funciones igual de importantes como nutritiva, funcional y psicológica en el neonato (12).

Existen varias teorías que dan soporte teórico al beneficio del amamantamiento en el desarrollo de las estructuras Craneofaciales, una de las Teorías que relaciona la lactancia, es la Teoría de Van Limborgh: Incluye lo genético, las estructuras y el medio ambiente. Factores Genéticos: intrínsecos todo lo relacionado a los tejidos del cráneo.

"Factores ambientales locales: fuerzas musculares, presiones, oclusión, factores ambientales generales: nutrición en la que se incluye la lactancia materna y factores Epigenéticos superpuestos con los genéticos (locales: Cerebro, Sistema óptico; hormonas" (12). En el argumento de lo explicado, en el Centro de Salud Julio César Tello – Lurín, las madres asisten a sus citas del programa (CRED) crecimiento y desarrollo del niño y reciben charlas continuas sobre lactancia materna y técnicas por parte de la licenciada de enfermería. Sin embargo, al indagar sobre la influencia que tiene la lactación materna a los 6 meses, 1 año y 2 años, en el progreso de los maxilares no tenían conocimiento. Por lo expuesto es necesario establecer el grado de inteligencia que tienen las madres sobre influencia del periodo de lactación materna



en el progreso de los maxilares, y a partir de dicho conocimiento realizar intervenciones efectivas para optimizar dicho conocimiento y adicionalmente optimizar el desarrollo y progreso adecuado de los maxilares en niños de madres que son atendidas en el Centro de Salud Julio César Tello, además nuestro estudio servirá de línea de base para otros estudios explicativos que busquen establecer que factores están asociados o relacionados a este nivel de conocimientos en las madres.

## 1.2 Formulación del problema

### 1.2.1 Problema general

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el período de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares, en madres atendidas en el Centro de Salud Julio César Tello, 2017?

### 1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el período de lactancia materna de 0 a 6 meses y el desarrollo de los maxilares en madres atendidas en el Centro de Salud Julio César Tello 2017?

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el período de lactancia materna de 6 a 12 meses y el desarrollo de los maxilares en madres atendidas en el Centro de Salud Julio César Tello, 2017?

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el período de lactancia materna de 12 a 24 meses y el desarrollo de los maxilares en madres atendidas en el Centro de Salud Julio César Tello, 2017?

¿Cuál es grado de instrucción de las madres atendidas en el Centro de Salud Julio César Tello, 2017?

### 1.3 Justificación del estudio.

Los beneficios de la lactación materna referente al progreso y maduración de las funciones de la cavidad bucal y la prevención de anomalías dentó-buco- máxilofaciales está demostrado, sin embargo aun cuando a nivel mundial se han constituido grandes campañas de fomento y promoción de la lactancia materna en los profesionales de odontología es poco lo que se ha divulgado, en este sentido, en el Perú las investigaciones referente al tema son escasos, por lo que es importante hacer una investigación al respecto iniciándose esta desde un nivel descriptivo.

Esta investigación se justifica, por cuanto, el conocimiento que tengan las madres sobre influencia del período de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares, pueda repercutir en la adopción de medidas para fortalecer la lactancia materna y evitar la lactancia artificial, adoptando una actitud responsable hacia el desempeño de la lactancia materna y no sustituir exclusivamente por fórmulas lácteas la alimentación del niño.

Asimismo nuestro estudio constituirá un aporte significativo para las madres de familia del Centro de Salud Julio C. Tello, ya que contarían con esta información para implementar con más rigurosidad, charlas por parte del cirujano dentista del centro y servirá como referencia para que los otros servicios les recalquen sobre influencia del período de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares, teniendo como base esta información, también servirá de apoyo para la elaboración de planes para la prevención de patologías relacionados al desarrollo de los maxilares.

Finalmente servirá para próximas investigaciones longitudinales o de nivel explicativo para otros odontólogos, y servirá como base para el centro de salud para mejorar la difusión y promoción de la salud de madres de familias que asisten al centro para su atención cuyo propósito básico sea ampliar y consolidar la capacidad para enfrentar la realidad y encontrar medidas para la prevención temprana del poco desarrollo de los maxilares.

## 1.4 Objetivos de la investigación

### 1.4.1 Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento sobre el período de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares, en madres atendidas en el Centro de Salud Julio César Tello, 2017.

### 1.4.2 Objetivos específicos

Determinar el nivel de conocimiento sobre el período de lactancia materna de 0 a 6 meses y el desarrollo de los maxilares en madres atendidas en el Centro de Salud Julio César Tello, 2017.

Determinar el nivel de conocimiento sobre el período de lactancia materna de 6 a 12 meses sobre el desarrollo de los maxilares en madres atendidas en el Centro de Salud Julio César Tello, 2017.

Determinar el nivel de conocimiento sobre el período de lactancia materna de 12 a 24 meses sobre el desarrollo de los maxilares en madres atendidas en el Centro de Salud Julio César Tello, 2017.

Determinar el grado de instrucción de las madres atendidas en el Centro de Salud Julio César Tello, 2017.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes de la investigación

#### 2.1.1 Antecedentes nacionales.

Pineda H (2017) realizó el estudio “relacional sobre periodo de lactancia materna exclusiva con el desarrollo del arco dentario superior en niños de 3 a 5 años con el objetivo de encontrar la relación entre dichas variables donde trabajo con una muestra de 96 niños de una institución educativa ubicado en la ciudad de Arequipa, los niños fueron evaluados mediante un examen clínico y se aplicó una entrevista a los padres. En dicho estudio el investigador aplicó dos instrumentos en una de ellas se evaluó todo lo relacionado a la lactancia materna aplicada a los padres de familia y la otra ficha que se aplicó a los niños cuya característica era la de observación clínica donde tenían que determinar el desarrollo del arco dentario superior la investigación fue no experimental prospectivo diseño aplicado, relacional, transversal. Este investigador encontró en sus resultados. Los niños amamantados fueron superior a los seis meses en un 74,2% del total de la muestra, del mismo modo mostraron que el 71% de los niños presentaban un arco tipo I y el 50% de los niños tenían espacios primates con un arco ovoide. Del mismo modo la distancia medida de canino a canino tenía una media de 35,21mm mientras que la distancia de molar a molar la media era de 41,21 mm y el perímetro del arco tenía en promedio 66,08mm del mismo modo mostraron que las medidas respecto a la profundidad del paladar fueron de 16,10mm. Finalmente pineda Huayta concluye que el tiempo de la lactancia tiene relación con el desarrollo del maxilar superior, y una lactancia mayor a los seis meses contribuye a que el niño tenga espacios primates. (13).

Vilchez Quintana (2016) En Lima, en su estudio.” Influencia de la lactancia materna en el crecimiento craneo - maxilar en cobayos recién nacidos”. El tipo de investigación fue de tipo experimental estudio en una muestra de 40 cobayos nacidos La población estuvo compuesta por 40 escogidas aleatoriamente los cobayos del mismo sexo y misma edad fueron separados en dos grupos de 20 para lo cual al grupo lactaron de forma normal durante 21 días y el grupo 2 fue de control a los 21 días fueron sacrificados y los cráneos fueron analizados cefalometricamente. Los resultados de las mediciones fueron analizados con T

de Student donde encontraron diferencias significativas de las medias. Estas mediciones fueron analizadas con la prueba T de Student. Como resultados del estudio se obtuvieron diferencias significativas en las comparaciones de medias de todas las variables del grupo 1 y 2 con lo cual concluyeron que lactancia materna influye de forma positiva con el crecimiento Craneomaxilar. positivamente en el crecimiento cráneo maxilar en cobayos recién nacidos. (págs. 6-90)

Montes de Oca Gomez, (2014) en Arequipa estudio, relación de los tipos de lactancia con el desarrollo de arcos dentarios (tipo I y II) en niños de 3<sup>a</sup> 5 años, con el objetivo de conocer la relación que existe entre los tipos de lactancia y el desarrollo de arcos dentarios tipo I y II. El estudio fe de tipo no experimental y con diseño transversal, relacional, de campo y prospectivo; donde se examinó a 86 niños, de 3 a 5 años de edad matriculados en el centro educativo particular Santísimo Cristo Redentor en el mes de noviembre del año 2014. Los resultados muestran que los niños que recibieron lactancia materna exclusiva los seis primeros meses de vida, presentaron un arco dentario tipo I (42.9%), aquellos niños que fueron alimentados con lactancia artificial, los seis primeros meses de vida, evidenciaron un arco dentario tipo II (43.5%). Así mismo, encontraron que existe relación significativa entre los tipos de lactancia y los tipos de arco; teniendo un mejor crecimiento y desarrollo de sus arcos dentales los que recibieron lactancia materna exclusiva. (14)

Maravi R., Moromisato S. (2013) en Lima, realizo un estudio sobre “conocimiento que tienen las gestantes sobre las consecuencias del destete precoz en el desarrollo Oro-facial del bebe”, con el objetivo de determinar qué conocimiento tienen las gestantes acerca de los perjuicios del biberón, del chupón y de la succión digital en el desarrollo Oro-facial del Niño”. El tipo de investigación descriptivo comparativo de corte transversal, en su estudio aplico un cuestionario con 12 preguntas a una muestra de 98 gestantes que asistían al clínica –hospital hogar de la madre para su psicoprofilaxis los resultados que encontró en su estudio fue que un 70,41% de las gestantes encuestadas gestantes señalaron que desconocían las posibles con secuencias o alteraciones que se producen al no amamantar a sus niños, del mismo modo el 93,87% de gestantes

desconocían los beneficios de la lactancia materna en relación al desarrollo Oro-facial del bebé, el 62,24% de gestantes no se encuentra informada sobre los posibles daños provocados por el uso del chupón. Donde concluyeron que la lactancia materna superior al sexto mes de vida es fundamental para prevenir los hábitos de succión digital. (15)

### 2.1.2 Antecedentes internacionales.

León N. (2017) en Quito, “realizaron un estudio sobre “Relación entre el período de lactancia materna y el desarrollo del arco dentario superior deciduo en niños de 5 y 6 años de edad que acuden a la Unidad Educativa Pérez Pallares”. El objetivo “fue evaluar la relación que existe entre el período de lactancia materna y el desarrollo de la arcada dentaria” superior decidua en niños de 5 - 6 años de edad de la institución Educativa “Pérez Pallares”. Fue una investigación de tipo observacional, analítico y transversal. En esta muestra de estudio se trabajó con 68 niños de primero y segundo grado. Los resultados evidenciaron que el 51,5% lactó sobre el sexto mes de vida y lactancia materna mixta entre las edades de 1 - 2 años de edad en un porcentaje de 55,9%. Con las comparaciones de dimensiones y período de lactancia materna, se encontró que los niños amamantados sobre el sexto mes de vida y los que empezaron antes de los seis meses con lactancia mixta hay una diferencia significativa en cuanto a la altura del paladar. Por lo tanto, en esa investigación la conclusión más relevante es que la presencia de la lactancia materna exclusiva con relación al desarrollo del arco dentario superior deciduo no tiene alteración dimensional del maxilar superior, y muy por el contrario lo que se encontró con la lactancia mixta donde se encontró disminución en el desarrollo del maxilar superior en aquellos que recibieron lactancia materna mixta menor a un año. (16).

Espinoza F. (2016) en Cuba, “realizaron un estudio sobre: “Influencia de la lactancia materna en el desarrollo transversal de los maxilares”, con el objetivo de determinar la relación existente entre el período de lactancia materna y el insuficiente desarrollo transversal de los maxilares en niños pre-escolar del área de salud del Policlínico Bayamo Oeste, fue un estudio descriptivo transversal realizado en 11 meses comprendidos de setiembre del 2012-julio del 2013, en

este estudio el investigador tuvo una muestra de 212 niños de 5 años de edad, Los resultados evidenciaron que el micrognatismo transversal estuvo presente en un 59.4%, de los 86 niños con micrognatismo transversal 75 no tenía una de las clasificaciones más conocidas de Baume que es el tipo uno donde los dientes tienen que tener ligeras separaciones, y el 24.1% de estos presentaba bóveda palatina profunda, del total de los niños con micrognatismo transversal amamantaron inferior al sexto mes de vida y en algunos casos estaba ausente y el 32% utilizó el uso prolongado del biberón. Como conclusión resaltante de este estudio se encontró que existe una relación entre la lactancia materna inferior al sexto mes o la ausencia de esta con el insuficiente desarrollo de los maxilares. (17)

Andrade S.; Dinamarca C. (2016) En Concepción, Chile, realizaron un estudio sobre: “Nivel de conocimiento de las madres de pacientes que asisten a la Clínica de Rehabilitación oral niños, sobre los beneficios de la lactancia materna en la salud oral de sus hijos, en la universidad del desarrollo, año 2016”, con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento de las madres de pacientes que asisten a la Clínica de Rehabilitación Oral Niños, en la Universidad del Desarrollo, año 2016, El diseño de la investigación corresponde a un corte transversal. Los resultados evidenciaron que el nivel de conocimiento de las madres, tuvo un promedio de 78,30% lo que indica que sí existe un conocimiento sobre el tema. La mediana es 85,70%, lo que nos indica que el 50% de las personas encuestadas, obtuvo menos de 6 respuestas acertadas y el otro 50% obtuvo más de 6 respuestas acertadas, en un universo de 7. (18)

Lima T. (2015) En Guayaquil realizaron estudios sobre: “Relación del tipo de lactancia y el desarrollo de los maxilares”. El objetivo fue determinar el tipo de lactancia para el normal desarrollo de los maxilares, la metodología utilizada fue inductivo, deductivo, analítico y sintético de tipo no experimental, Los resultados evidenciaron que deben fomentarse programas de lactancia materna exclusiva y así prevenir las patologías que pueden presentar en el desarrollo de los maxilares. Concluyeron que los maxilares se desarrollan adecuadamente a través de la succión del pecho materno por lo cual es necesario que se fomente la lactancia materna para el normal desarrollo de los maxilares. (19)

Tenesaca (2013), realizó un estudio sobre: “Beneficios de la lactancia materna en las madres que acuden al S.C.S 29 de noviembre, Cantón Santa Rosa en el período, octubre diciembre del año 2013”, fue “un estudio de tipo cuantitativo explicativo lo que permitió describir los conocimientos sobre la lactancia materna que tienen las madres”. Para este estudio elaboraron un cuestionario de pre test y post test, la muestra estuvo constituida por 73 madres, la técnica utilizada fue la encuesta los resultados obtenidos muestran que el 36,5 % si conoce sobre “la importancia de la lactancia materna mientras que 63,5 % desconoce de esta actividad, en cuanto a los conocimientos de las técnicas de lactancia el 31,74 % conocen la técnica más común de amamantamiento y un 68,25 % no conocían” estas técnicas “por lo que propusieron un plan educativo que fortalezca los conocimientos que tienen las mujeres con niños menores de 2 años, ya que La lactancia materna es el pilar fundamental para la nutrición del niño hasta los seis meses en forma exclusiva y como complemento de otros alimentos hasta los dos años de edad, así como que fortalece el desarrollo normal de los maxilares”. (20)

Urguelles Pérez & Abellas La O, (2012)Publicaron un estudio sobre “Algunas consideraciones sobre la alimentación del lactante para la conservación de su salud bucal”, se realizó una revisión sistemática de la bibliografía donde se enfocaron en la búsqueda de información todo lo relacionado alimentos elementales para la alimentación del niño desde el nacimiento, entre las búsquedas que se destacaron fueron los tipos de lactancia y ablactación por su puesto enfocado en lo estomatológico, para ponderar la importancia de la alimentación idónea del lactante, de tal forma que pueda disfrutar de una salud bucal apropiada, Concluyeron que “la correcta alimentación del lactante es importante para el adecuado desarrollo del aparato estomatognatico; por esta razón se debe cumplir de manera adecuada cada etapa de la” misma. Y esto tiene que ser acompañado por las condiciones adecuadas para mantener su salud bucal, acompañada con hábitos apropiados de higiene, esenciales en la prevención de muchas enfermedades bucales por ser estas multicausales. (21)

Santiso A , Santiso Y Cidre F , Gómez I, Díaz R (2011) “Realizaron un estudio



sobre: Evaluación del tiempo de lactancia materna como factor de riesgo en alteraciones de la oclusión dentaria temporal”, el estudio fue tipo analítico transversal en niños y niñas de 5 años de edad, de los círculos infantiles de las áreas de salud de las Clínicas Estomatológicas, Docentes de los municipios Ciego de Ávila (209 pre-escolares) y Chambas (190 pre-escolares), provincia Ciego de Ávila, en los años 2009-2010, para determinar y comparar la relación que se presentan entre el tiempo de lactancia materna, la aparición de los factores de riesgo, hábitos bucales deformantes y las alteraciones de la oclusión temporal, Llegaron a la conclusión de que en Ciego de Ávila menos de 105 de los pre-escolares presentaron el factor de riesgo hábitos bucales deformantes, mientras en Chambas las estadísticas que encontraron fueron las tres cuartas partes. Así mismo mostraron que los hábitos más prevalentes en Ciego fue la asociación de hábitos y en Chambas fue la succión digital. Se relacionaron más a las alteraciones el tiempo de lactancia materna menor de cuatro meses y fue considerado factor de riesgo en la aparición de hábitos y alteraciones oclusales. (22)

Rodríguez G, Martínez. (2011) En Cuba realizó un estudio sobre: “Influencia de la lactancia materna en el microorganismo transversal y los hábitos bucales deformantes”, El objetivo “fue evaluar la influencia de la lactancia materna en el crecimiento transversal del maxilar y su relación con la presencia de hábitos bucales deformantes”. Realizó un estudio descriptivo de tipo transversal, donde contaron con una muestra de 156 niños comprendidos de 1-2 años de edad que pertenecían a la institución educativa Días de Infancia, del área de salud Playa, en los años febrero 2007-febrero 2008. Los resultados fueron. El 56,41 % de los niños estudiados recibieron lactancia inferior a los seis meses. Mientras que El micrognatismo transversal estuvo presente en igual porcentaje, y El 23,08 % no practicaba hábitos bucales deformantes. Ahora 72,73 % de los niños que sí tuvieron una lactancia exclusiva superior a los seis meses presentaron un adecuado desarrollo transversal de los huesos maxilares, mientras que el 30,30 % estuvo comprometido con la práctica de hábitos bucales saludables, en el cual Concluyeron que el amamantamiento ejerce una influencia directa sobre el crecimiento transversal de la arcada y sobre aquellos factores que también determinan su desarrollo como es el caso de los hábitos. (23)

## 2.2 Bases teóricas de las variables

### 2.2.1 Crecimiento y desarrollo Craneofacial

“El crecimiento y desarrollo Craneofacial son procesos morfo génicos encaminados hacia un estado de equilibrio funcional y estructural entre las múltiples partes regionales del tejido duro y blando en crecimiento y cambio, el esqueleto óseo Craneofacial es una estructura compuesta que soporta y protege una serie de funciones vitales, por todo ello es motivo importante conocer las variaciones en la morfología cráneo facial, fuente de maloclusiones muy serias, y los cambios clínicos del crecimiento y la morfología ósea como base fundamental del tratamiento ortodóncicos”. (8).

El crecimiento y desarrollo del niño según Proffit se da de forma muy organizada que generalmente depende de la genética y de las interacciones que se dan con el medio ambiente y el entorno donde crece esa coordinación observada en relación a los factores de desarrollo y crecimiento Craneofacial contribuye enormemente con la oclusión dentaria y fortalecimiento de los músculos faciales de forma armónica para una estética armoniosa

R. Proffit, W Fields, & M. Sarver, (2014) Afirma que: el crecimiento es fundamentalmente un fenómeno anatómico, resultado de la división celular y el producto de la actividad biológica, encontrándose asociado regularmente con el aumento de tamaño, mientras que el desarrollo es un fenómeno fisiológico y conductista referido a los procesos de cambios cuanti-cualitativos que tienen lugar en el organismo humano y traen emparejados el aumento en la complejidad de la organización e interacción de todos los sistemas, es necesario aclarar que las modificaciones en el tamaño y en la función de un órgano no pueden ser separadas. El crecimiento y el desarrollo no se producen en el niño independientemente, sino que representan una diversidad y continuidad de interacciones entre la herencia y el ambiente, manteniendo las proporciones. (P.20)

### 2.2.2 Crecimiento de los maxilares

En el crecimiento hay que tener presente dos cosas, Hubertus menciona en la

interpretación del crecimiento de los maxilares hay que tener dos procesos fundamentales. Desplazamiento del cuerpo maxilar, procesos locales de crecimiento en las zonas limítrofes con las estructuras vecinas, así como en las superficies libres. Maxilar superior. - las principales zonas de crecimiento se dirigen hacia las zonas caudal (proceso alveolar). Dorsal (tuberosidad) y en menor grado craneal. Mandíbula. - en el momento de nacimiento, las dos placas óseas situados a los lados del cartílago de Meckel están unidas en la sínfisis por cartílago de tejido conjuntivo. (24)

Esto permite. Inmediatamente después, el aumento de la separación por traslación de una placa respecto a la otra, lo cual produce un aumento considerable del espacio en el segmento anterior. (Ruiz Panduro, 2016)

### 2.2.3 Influencia genética en el crecimiento.

Proffit menciona en su libro que los avances en la genética molecular ayudan a entender proporcionando datos importantes sobre el desarrollo y control así mismo se han encontrado que los genes homeobox Msx conocidas por las características de la formación de patrones y morfogenia, estos genes se expresan de forma no características en la mandíbula, los genes homeobox Msx1 se expresan en el hueso basal pero no en el proceso alveolar sin embargo el Msx2 se expresa muy intenso en el proceso alveolar hoy ya se sabe que cuando hay una disminución en la vía Hedgehog provoca holoprosencefalia (8).

Así mismo se ha podido identificar que la señalización Hedgehog actúa de dos formas diferentes en la morfogenia del disco: el inicio del cóndilo y la separación de disco y cóndilo durante la formación de la articulación temporomandibular (ATM). Proffit (2008) afirma.

El funcionamiento correcto de las familias de factores de crecimiento y sus receptores homólogos resulta esencial para la regulación de los procesos embrionarios de crecimiento de las células y desarrollo de los órganos, así como para innumerables procesos posnatales como el crecimiento, la cicatrización de las heridas, la remodelación del hueso y la homeostasia. “La interacción entre

los diferentes tejidos dentro del complejo Craneofacial crea otro nivel más de regulación del crecimiento y del desarrollo. Un ejemplo de esto sería la convergencia del desarrollo de los músculos que se insertan en la mandíbula y las áreas óseas a las que se insertan. A la vez que existe un número de genes involucrados en la determinación del tamaño mandibular, las alteraciones genéticas en el desarrollo muscular y funcional se traducen en cambios en las fuerzas que se ejercen sobre las áreas óseas donde se insertan los músculos, y esto conlleva a modificaciones esqueléticas tales como el proceso coronoideo o el área del ángulo gonial de la mandíbula. (8)

Las alteraciones genéticas que afectan a los músculos también afectarían a estas áreas esqueléticas. Para entender esto se deben identificar los genes específicos involucrados y deducir cómo se modifica su actividad, aunque ya es conocido que la expresión genética puede ser regulada por el estrés mecánico. Un mejor conocimiento de cómo responderán al tratamiento los pacientes con problemas ortodóncicos cuyos orígenes de componente genético sean conocidos (el mejor ejemplo es una mal oclusión de clase III) nos ofrece una perspectiva excitante. Se han identificado locus cromosómicos asociados a la maloclusión de clase III. Está claro que existen varios subtipos de clase III, y que necesariamente el primer paso será una mejor caracterización de estos fenotipos. Establecer los marcadores fenotípicos (distinguir de las características clínicas) nos da la posibilidad de establecer definitivamente las correlaciones con los modos “hereditarios y es necesario para los estudios de los eslabones que clarifiquen las bases genéticas del problema”. Ya se ha identificado la mutación que causa el fallo primario de la erupción (FPE), y por primera vez es posible identificar un problema ortodóncico a partir de una muestra de sangre o de saliva. (21).

#### 2.2.4 Crecimiento Craneofacial

“Es de suma importancia tener en cuenta: las zonas o lugares de crecimiento; el tipo de crecimiento que se produce en ese lugar los mecanismos de crecimiento (es decir, como se producen los cambios de crecimiento) los factores que determinan o controlan dicho crecimiento. El complejo Craneofacial se dividirá en cuatro regiones para su explicación a detalle. la bóveda craneal, los huesos

que recubren la superficie externa e interna del cerebro; la base del cráneo, el suelo óseo situado bajo el cerebro, que también es la línea divisoria entre el cráneo y la cara; el complejo naso maxilar, constituido por la nariz, el maxilar y los pequeños huesos asociados, y la mandíbula. En las secciones siguientes de este capítulo se describen las zonas y los tipos de crecimiento”. (8).

En la sección que viene a continuación analizamos el mecanismo y los factores determinantes del crecimiento en cada zona, a la luz de las teorías vigentes sobre el control del crecimiento. El hueso crece por aposición y resorción. Las células que forman el hueso quedan atrapadas en la matriz osteoide que se calcifica y no puede multiplicarse debido a esto, el hueso crece por aposición ósea (periostio y endostio). En zonas de hueso cartilaginoso, dicho cartílago crece de manera intersticial y por aposición, con una velocidad mayor de crecimiento de naturaleza membranosa cuando el crecimiento del periostio cesa o el cartílago de crecimiento desaparece, el crecimiento óseo se detiene. En los pubertos el crecimiento es activo, hay más aposición que resorción; por lo tanto, está indicado el tratamiento ortopédico. (25)

#### 2.2.5 Bóveda craneal

Constituido por hueso plano que se originan directamente por “formación de hueso” intramembranosa, sin la intervención de precursores cartilaginosos, “el proceso de crecimiento es en su totalidad el resultado de la actividad periótica en la superficie de estos huesos. La remodelación y el crecimiento se producen fundamentalmente en las zonas de contacto recubiertas de periostio que existen entre los huesos craneales” contiguos, o suturas craneales, así mismo la actividad periótica modifica tanto las superficies interiores y exteriores de estos huesos planos. (2)

#### 2.2.5 Base de cráneo

“Se forman inicialmente en el cartílago, y estos modelos cartilaginosos se transforman posteriormente en hueso por osificación endocondral. La modelación condral se manifiesta especialmente en las estructuras de la línea media. Al desplazarnos lateralmente, adquiere más importancia el crecimiento

en las suturas y la remodelación superficial” (2).

Los “puntos importantes de crecimiento son las sincondrosis entre los huesos esfenoides y occipital. La sincondrosis tiene una zona de hiperplasia celular en el centro, con franjas de condrocitos en maduración que se extienden en ambas direcciones y que acabaran por ser sustituidas por hueso”. (8)

#### 2.2.6 Complejo nasomaxilar

“El maxilar se desarrolla por completo tras el nacimiento por osificación intramembranosa, en este proceso no se produce sustitución de cartílago es por ello que el crecimiento se produce de dos formas: por aposición de hueso en las suturas que conectan el maxilar con el cráneo y su base y por remodelación superficial. El patrón de crecimiento de la cara implica un crecimiento «hacia fuera desde debajo del cráneo», lo que significa que el maxilar debe recorrer en su crecimiento una distancia considerable hacia abajo y hacia fuera en relación con el cráneo y su base. Esto se lleva a cabo de dos maneras: por un empuje posterior creado por el crecimiento de la base del cráneo, y por el crecimiento en las suturas”. (8)

Hasta la edad de 6 años el desplazamiento producido por el crecimiento de la base del cráneo es una parte importante del crecimiento hacia delante del maxilar. El fracaso del alargamiento normal de la base del cráneo como ocurre en la acondroplasia y otros síndromes congénitos crea una característica de deficiencia hemifacial. Aproximadamente a los 7 años, el crecimiento de la base del cráneo se para, y el crecimiento de las suturas es el único mecanismo que lleva el maxilar hacia delante.

#### 2.2.7 Mandíbula

Los principales puntos de crecimiento de la mandíbula son la superficie posterior de la rama mandibular y las apófisis condilar y corónides. Se producen muy pocos cambios en la parte anterior de la mandíbula. El mentón es una zona de crecimiento casi inactiva. Se desplaza en sentido antero inferior, ya que el

crecimiento se produce realmente en el cóndilo y a lo largo de la superficie posterior de la rama mandibular. El cuerpo de la mandíbula se alarga por aposición perióptica de hueso solo en su superficie posterior, mientras que la rama mandibular crece en altura por reposición endocondral en el cóndilo y por remodelación superficial. El cuerpo de la mandíbula se alarga al alejarse la rama mandibular del mentón, lo que se produce por eliminación ósea de la superficie anterior de la rama y aposición ósea en la superficie posterior. Durante la lactancia materna, la rama mandibular se encuentra aproximadamente en el sitio donde va erupcionar el primer molar deciduo. La progresiva remodelación posterior crea espacio para que erupcione el segundo molar deciduo y después para la erupción ordenada de los molares permanentes. (2)

Sin embargo, es frecuente que este crecimiento cese antes de que se haya formado espacio suficiente para que erupcione el tercer molar permanente, que queda impactado en la rama de la mandíbula. (8)

#### 2.2.8 Tejidos blandos faciales

Los labios se retrasan respecto del crecimiento de la mandíbula en el período anterior a la adolescencia, y entonces experimentan un brote de crecimiento para igualarse. Debido a que la altura de los labios es relativamente corta durante los años de dentición mixta, la separación labial en reposo (frecuentemente llamada incompetencia labial) es máxima durante la infancia y disminuye durante la adolescencia. Los labios alcanzan su máximo grosor durante la adolescencia, para después disminuir, hasta el punto de que algunas mujeres entre los 20 y 30 años consideran la pérdida de grosor labial como un problema y buscan tratamiento para aumentarlo. El crecimiento del hueso nasal se completa hacia la edad de 10 años. Posteriormente el crecimiento se hace únicamente a expensas del cartílago y los tejidos blandos, y ambos experimentan un brote considerable durante la adolescencia. El resultado es que la nariz se vuelve mucho más prominente en la adolescencia, especialmente en los chicos. Los labios se encuentran enmarcados por arriba por la nariz y por abajo por el mentón, los cuales se vuelven más prominentes con el crecimiento adolescente y postadolescente, al contrario que los labios, de ahí que disminuya su relativa

prominencia. (8).

### 2.2.9 Maduración de la función oral

Las principales funciones fisiológicas de la cavidad oral son la respiración, la deglución, la masticación y la fonación. Para que el neonato pueda sobrevivir al nacer, hay que establecer en pocos minutos una vía respiratoria y mantenerla abierta. Tal y como ha demostrado Bosma<sup>7</sup> con un estudio con radiografías de recién nacidos, para abrir dicha vía respiratoria es necesario deprimir la mandíbula y desplazar la lengua hacia abajo y hacia delante, alejándola de la pared faríngea posterior. Esta maniobra permite el paso del aire por la nariz y la faringe hacia los pulmones. Los neonatos deben respirar obligatoriamente por la nariz y no pueden sobrevivir sin ayuda médica inmediata. El feto «practica» dentro del útero los movimientos respiratorios, aunque los pulmones no se inflan en esos momentos. También degluten durante los últimos meses de vida fetal, y parece ser que el líquido amniótico deglutido es un importante estímulo para la activación del sistema inmunitario del lactante. Una vez que se ha establecido una vía respiratoria, la siguiente prioridad del neonato es la obtención de leche y su introducción en el aparato digestivo. Esto se consigue mediante dos maniobras: amamantar (no succionar, con lo que se suele confundir) y deglutir. (21)

Los conductos galactóforos de los mamíferos lactantes están rodeados por musculatura lisa, que se contrae para expulsar la leche. Para obtenerla, el lactante no tiene que succionarla del pecho materno, ya que probablemente no podría hacerlo. En vez de ello, el niño estimula la musculatura lisa para que se contraiga e inyecte la leche en su boca. Esto lo consigue al amamantar, acción que consiste en pequeños movimientos de mordisqueo con los labios, una acción refleja en los lactantes. Cuando la leche pasa a su boca, solo hace falta que acanale la lengua y deje que fluya hacia la faringe y el esófago. Sin embargo, la lengua debe estar situada anteriormente, en contacto con el labio inferior, para que la leche se pueda depositar sobre la misma. Esta secuencia de sucesos define la deglución del lactante, que se caracteriza por las contracciones activas de la musculatura labial, la propulsión de la lengua para ponerla en contacto con el



labio inferior y la escasa actividad de la musculatura lingual posterior o faríngea. La aposición de la lengua contra el labio inferior es tan habitual en los lactantes que es la postura que suelen adoptar en reposo, y a menudo es posible mover con cuidado el labio del niño y observar que la punta de la lengua se mueve con el mismo, casi como si estuvieran pegados. El reflejo de amamantamiento y la deglución del lactante suelen desaparecer durante el primer año de vida, con la maduración del lactante se produce una creciente activación de los músculos elevadores de la mandíbula al deglutir. (2).

#### 2.2.10 Disfunción muscular

“Los músculos faciales pueden influir de dos maneras en el crecimiento mandibular. En primer lugar, la formación de hueso en la zona de inserción de los músculos depende de la actividad de los mismos; en segundo lugar, la musculatura es una parte importante de la matriz total de los tejidos blandos, cuyo crecimiento suele llevar a la mandíbula hacia abajo y hacia adelante”. (26)

Es más frecuente que se pierda parte de la musculatura debido a una lesión del nervio motor (el músculo se atrofia cuando pierde su inervación motora). Como consecuencia, se produce un desarrollo inadecuado de esa parte de la cara, con deficiencias tanto en los tejidos blandos como en los duros. Una contracción muscular excesiva tras una lesión puede restringir el crecimiento de forma muy parecida a una cicatriz. Este efecto se aprecia muy claramente en la tortícolis, una desviación de la cabeza producida por una excesiva contracción tónica de los músculos de un lado del cuello (fundamentalmente el esternocleidomastoideo). Debido a ello se produce una asimetría facial como consecuencia de la restricción del crecimiento en el lado afectado, asimetría que puede ser bastante grave si no se separan quirúrgicamente los músculos contraídos a una edad temprana. Por el contrario, la disminución de la actividad muscular tónica que se observa en la distrofia muscular en algunas formas de parálisis cerebral y en diversos síndromes de debilidad muscular permite un desplazamiento en sentido inferior excesivo de la mandíbula con respecto al resto del esqueleto facial. El resultado es un aumento del crecimiento vertical de la cara, una erupción excesiva de los dientes posteriores y una mordida abierta

anterior. (26).

#### 2.2.11 Crecimiento facial y desarrollo de la oclusión.

Los patrones subyacentes del crecimiento esquelético pueden afectar el desarrollo de la oclusión. Si la discrepancia esquelética es ligera o moderada, la interacción entre las bases esqueléticas subyacentes, los dientes y los tejidos blandos que los rodean pueden permitir la presencia de una compensación dentoalveolar y mantener la oclusión. Si la discrepancia esquelética es grave, el potencial de que ocurra una compensación dental a nivel alveolar es mayor y se puede desarrollar una maloclusión. (22).

#### 2.2.12 Crecimiento esquelético transversal.

Estudios sobre el crecimiento facial han identificado a la dimensión transversal como aquella que cesa su crecimiento en las primeras etapas del desarrollo; Esto se ha visto reflejado en los estudios sobre la forma de arcada, en los cuales se observa cómo se presenta la máxima anchura intercanina al erupcionar los caninos permanentes y donde se espera una reducción gradual de esta dimensión. La discrepancia esquelética transversal subyacente puede provocar el desarrollo de una mordida cruzada bucal en un paciente, La compensación dentoalveolar puede presentarse en la dimensión transversal para mantener una oclusión intercuspídea, lo cual se logra cuando los dientes postero-inferiores se inclinan en forma lingual y los dientes postero-superiores se inclinan de manera bucal. (27).

#### 2.2.13 Crecimiento esquelético anteroposterior.

La compensación esquelética para los patrones de crecimiento esquelético Clase II puede ocurrir al presentarse una inclinación labial de los incisivos inferiores con la inclinación palatina de los incisivos superiores; De forma contraria, para que haya una compensación en los patrones del crecimiento esquelético Clase III los incisivos inferiores deberán estar retro-inclinados casi siempre apiñados y los incisivos superiores pro-inclinados y, por lo general, con espacios interdientales. Hay una tendencia del crecimiento mandibular de exceder al maxilar mientras el niño alcanza la pubertad, En esta etapa dicho

proceso es más largo en los hombres que las mujeres. La diferencia entre el crecimiento maxilar y mandibular es favorable en pacientes con patrones de crecimiento facial Clase II esquelética y desfavorable para los jóvenes con patrones de crecimiento facial Clase III esquelética. (2)

#### 2.2.14 Crecimiento esquelético vertical.

Las rotaciones por crecimiento mandibular pueden presentarse en dirección o en contra de las manecillas del reloj, Si éstas son pronunciadas, puede afectarse el desarrollo y mantenimiento de la oclusión. El crecimiento mandibular con rotación hacia las manecillas del reloj es poco común y resulta en una dirección de crecimiento mandibular hacia abajo y atrás, la cual puede contribuir a reducir la sobremordida vertical o incluso la mordida abierta anterior. Una rotación del crecimiento en sentido contrario a las manecillas del reloj puede provocar que la dirección del crecimiento mandibular se dirija hacia arriba y adelante, por lo cual se presenta un incremento en la profundidad de la sobre mordida vertical. (2).

#### 2.2.15 Variaciones étnicas y el desarrollo de la oclusión

“El concepto de desarrollo normal de la oclusión deberá ser interpretado al tomar en cuenta la influencia de la etnia del paciente, La literatura ortodóncica describe incidencias variables de maloclusiones entre las poblaciones de diferentes etnias, un ejemplo puede ser la tendencia aumentada de desarrollar diastemas en la línea media de los grupos étnicos africanos. De forma similar, las variaciones morfológicas en la forma de la cara entre diferentes grupos étnicos han sido investigadas y reportadas; por ejemplo, la relativa alta incidencia de que se presenten patrones esqueléticos Clase III en la población china. Entender las razones de las variaciones étnicas presentadas a nivel oclusal, le permite al dentista explicar a los pacientes y a sus padres la diferencia entre una maloclusión y las variaciones normales de la oclusión que son un reflejo étnico”. (2)

#### 2.2.16 Estructura oro facial en el recién nacido

La boca del recién nacido presenta alteraciones estructurales propias para la edad donde, el labio superior presenta, en su porción media, el llamado "suckknig Pad" apoyo para la succión y con múltiples proyecciones vellosas que tienen por características, aumentar de volumen cuando están "en contacto con el periodo de la madre, o entonces, cuando son estimuladas .esta área sirve de contacto durante el amamantamiento y está más desarrollada en niños de menor edad y que maman en el pecho de la madre, En la porción interna y media del labio superior existe el frenillo labial que en el mas del 50% de los recién nacidos une el labio superior a la papila palatina" (21).Constituyendo el llamado frenillo labial persistente que, según Dewel debe auxiliar en el amamantamiento afirmando más el labio superior. Lateralmente se enfrentan los frenillos que auxilian la fijación del labio en el maxilar.

En el labio inferior se encuentra, en la línea media el frenillo inferior, uniendo la porción interna del labio al tercio gingival, y lateralmente las bridas, sin embargo, menos desarrollada que las del arco superior. Internamente, separando el vestíbulo de la cavidad bucal propiamente dicha, se localizan los rodetes gingivales que en el recién nacido se encuentran recubiertas en toda su extensión por el tercio gingival. La relación entre los rodetes superior protruido y el menor retruido ocurre con una discrepancia media de 5-6mm. En valores mayores existe un desarrollo pobre para la mandíbula y excesivo para el maxilar que, en casos extremos, puede llegar a más de 1cm y en otros, prácticamente no existen diferencias entre el superior y el inferior, en estos casos hay una tendencia al desarrollo futuro de una clase III. (21).

Anatómicamente, el maxilar de los recién nacidos presenta, en el arco superior, un rodete gingival el cual esta adherido al frenillo labial y las bridas laterales, por vestibular, por palatino, tenemos el paladar con la bóveda, la papila palatina y las rugosidades palatinas en la porción anterior y, en la porción media de anterior a posterior, el rafe palatino medio. En la porción posterior, se encuentra la transición del paladar duro con el blando que se nota por una transición de color, siendo este último más rojizo. En la transición del paladar con el rodete,

existe el surco interno desde el rafe medio hasta la región molar donde cruza el rodete y sigue oblicuamente hacia vestibular en la posición posterior del rodete, “se puede notar después del surco oblicuo alveolar interno, el llamado pliegue palatino transitorio”. “En el arco inferior, después del frenillo labial y de las bridas, también por lingual, existe el piso y el frenillo lingual, así como el surco alveolar interno es su transición oblicua. En ambos rodetes, superior e inferior, sobre la región de los incisivos y caninos existe un cordón fibroso de robín y magitot, que está bien desarrollado en el recién nacido el cual después va desapareciendo siendo un factor indicativo del momento de erupción cuando ocurre la desaparición parcial o total del cordón fibroso .este pliegue o cordón funciona como auxiliar en succión por colaborar como el límite de los maxilares; En la región anterior y vestibular de los rodetes, se nota segmentos verticales que coinciden con la presencia de los gérmenes de los incisivos y caninos. Por tanto, se presenta lobulado y estas lobulaciones son indicativo de la presencia de los gérmenes. (21)

#### 2.2.17 Alimentación y amamantamiento.

No existe ninguna restricción sobre la alimentación materna y lo mismo el amamantamiento nocturno cuando él bebe es menor de 6 meses pues la lactancia materna es importante tanto para el desarrollo físico, emocional y desarrollo de los maxilares, del niño, en esta edad. El amamantamiento debe ser sin restricción y usada en libre demanda un niño que lacta pecho hasta los 6 meses de edad tiene una posibilidad menor de adquirir hábitos de succión de dedo que aquellos que son amantados con biberón. Después de la erupción de los primeros dientes, la alimentación y amamantamiento nocturno deben comenzar a ser controlados para que al final del amamantamiento ocurra alrededor de los 12 meses de edad, donde los incisivos ya están erupcionados y el niño inicia la fase de masticación, Las medidas educativas más eficaces para la prevención de caries dental en la primera infancia son aquellas destinadas al control del amamantamiento especialmente el amamantamiento nocturno. (21).

### 2.2.18 Fisiología del amamantamiento.

“La boca del niño y el pecho de la madre forman una perfecta “unidad de succión” que trabaja en forma sincronizada y armónica extrayendo la leche y permitiendo que el niño pueda deglutirla.” (28)

Si el niño es amamantado adecuadamente satisface su necesidad instintiva de succionar y tiene mejores posibilidades de lograr un progreso estándar de sus estructuras dentó - máxilo - faciales y otorrino laríngeas. La leche materna contiene la mezcla perfecta de nutrientes, hormonas y proteínas. Contiene todos los aminoácidos necesarios para el desarrollo mental y nervioso del niño, en proporciones exactas; tales como el ácido Docosahexaenoico (DHA), que es fundamental para un saludable progreso cognitivo y agudeza visual Además “de ser la nutrición perfecta para el ser humano, la leche materna es una sustancia viva que va cambiando para llenar las necesidades nutricionales del bebé conforme éste va” creciendo y desarrollándose. La lactancia “materna además de los múltiples beneficios que tiene sobre la madre y el hijo, supone un estímulo muy importante en el desarrollo y crecimiento de todas las estructuras del aparato bucal y del sistema respiratorio del recién nacido: Madurando adecuadamente las funciones del aparato bucal produciendo los estímulos de desarrollo necesarios para el crecimiento máxilo-mandibular Previene la instauración de hábitos viciosos de succión y deglución”. (23)

La distoclusión y el perfil convexo guardan asociación con el período de lactancia menor de seis meses. “El amamantamiento le suministra al bebé la maduración y organización de los músculos para una óptima maduración neural en la ejecución de la función masticatoria; cuando ésta es deficiente, los músculos pterigoideos externos, que son los propulsores mandibulares, actúan muy poco, manteniendo a la mandíbula en posición distal”. Los “orbiculares permanecen abiertos y débiles durante la alimentación a biberón y perderán su tono muscular, trayendo como resultado que la boca esté abierta y la mandíbula se desplace hacia” atrás. La alimentación artificial contiene los movimientos fisiológicos mandibulares de mesialización, los cuales deben efectuarse a partir del nacimiento; “fuerzan la mandíbula hacia la faringe y esta presión anormal

acompañará el correspondiente cambio articular temporomandibular. La “distoclusión es el producto de varios factores, herencia y estímulos ambientales, donde uno de los más inmediatos es la posición fisiológica distal de la mandíbula al nacer, que puede mantenerse durante todo el período de dentición temporal y permanente”. (29).

#### 2.2.19 Periodo de lactancia y desarrollo fisiológico

El recién nacido tiene una desproporción existente entre el cráneo cefálico y el cráneo facial desproporción que va unido a una sintomatología ortodóncica de distoclusión y disminución de la altura de la cara. Esta disposición es fisiológica ya que para ella la naturaleza tiene prevista una importante fuente de estímulos que procederán de la lactancia, de la masticación y de la respiración. Este alto nivel de excitación paratípica es indispensable para el normal desarrollo del cráneo facial y su colocación eurítmica y proporcional respecto al cráneo cefálico. (10)

La recepción de estímulos en el órgano de la respiración es continua y permanente, Por el contrario, la función nutritiva masticatoria es alternativa y solamente se reciben estímulos durante los actos masticatorios o de amamantación. En los intervalos de reposos, que son muchos más prolongados que los masticatorios, la mandíbula no se mueve y los dientes, cuando ya existen, “no contactan funcionalmente, pero es en estos momentos cuando el sistema estomatognático recibe la respuesta de desarrollo”. (10)

El cráneo cefálico crece con muy pocas influencias paratípicas, por otro lado, el cráneo facial deberá alcanzar, en su desarrollo puberal, al cráneo cefálico. el logro de la altura y tamaño correspondientes, que permitan la alineación correcta de las dos denticiones, en los huesos maxilomandibulares, así como la corrección de la disto-oclusión y de la dimensión vertical, hacen necesaria una velocidad de crecimiento muy superior, podríamos decir que casi el doble de la correspondiente al crecimiento del cráneo cefálico. (10)

Mamani Mamani & Martinez Obregon, (2017) Resalta varios aspectos

importantes: Esta desproporción en la velocidad del desarrollo está, pues, prevista por la naturaleza, la cual recibirá del órgano respiratorio y masticatorio el estímulo paratípico necesario para ganar esta carrera de velocidad de desarrollo. Los primeros receptores neurales que se ponen en marcha en el recién nacido están en las partes deslizantes de las ATM y generan, como respuesta, la corrección de la distoclusión fisiológica y la modelación del ángulo mandibular, El recién nacido, que ya ha iniciado con normalidad su respiración por la nariz, debe empezar a alimentarse y, para tal fin, la sabia naturaleza ha dispuesto en los mamíferos todo un sistema que debemos contemplar y respetar. Se trata de una zona neurogena en lengua y labios dispuesta para captar el pecho materno, unida a un dispositivo funcional articular y muscular capaz de realizar el acto de la amamantación. Durante dicho acto el reborde incisivo del maxilar superior se apoya contra la superficie superior del pezón y parte del pecho materno, la lengua actúa como válvula controladora y consigue un cierre hermético al tiempo que la mandíbula realiza movimientos protrusivos y retrusivos, con los que exprime el contenido lácteo del pecho hacia su boca, movimientos que a su vez sincronizan con la deglución. Es fácil deducir que él bebe no “chupa” el pecho materno, sino que prácticamente “ordeña” con su boca, y esto lo lleva a cabo con un enorme esfuerzo muscular (no succiona) la rehabilitación neuro oclusal observa tres hechos fundamentales durante la realización de este acto fisiológico por excelencia.

(Merino Morras, 2002) .Él bebe respira por la nariz, pues no suelta el pezón, lo que, además, sirve para reforzar y mantener el circuito de respiración nasal fisiológicamente durante la amamantación y fuera de ella; Está obligado a morder, “a avanzar y a retruir la mandíbula, por lo que todo el sistema muscular: maseteros, temporales y pterigoideos principalmente, va adquiriendo el desarrollo y tono muscular necesario para ser utilizado a la llegada de la primera dentición” a fin de poder realizar la abrasión fisiológica. El movimiento protrusivo y retrusivo excita al mismo tiempo las partes posteriores de los meniscos y superior de la ATM, las sucesivas tracciones provocan una mayor diferenciación de dicha ATM y, al cumplirse nuestras leyes de desarrollo se obtiene como respuesta el crecimiento posteroanterior de las ramas mandibulares y simultáneamente la modelación del ángulo mandibular. Él bebe



realiza este acto varias veces al día, lo que es importante en el desarrollo de todo el proceso. La mandíbula, en el momento del nacimiento, tiene aproximadamente la forma de un arco. El ángulo mandibular, así como las inserciones de los maseteros y pterigoideos internos, van diferenciándose y normalizando a expensas de la función inicialmente los músculos mandibulares adoptan una posición ligeramente horizontal con el fin de facilitar el vaivén anteroposterior de la amamantación, pero, con el desarrollo, el ángulo se modela y se verticalizan los músculos, preparándose así para poder realizar más tarde el acto de la masticación. Durante el primer año de vida, los dos meniscos han sido excitados simultáneamente gracias a la función de la amamantación, lo que ha proporcionado una rápida recuperación de la distoclusión fisiológica. También ha habido un empleo adecuado del sistema muscular que, durante el intervalo alimenticio, provocaba fatiga y sueño al niño, controlaba el tiempo preciso de alimentación y coadyuva a la consecución de una digestión perfecta; De todo ello se deduce que la excitación neural paratípica idónea y, en consecuencia, el logro de un perfecto desarrollo fisiológico se inicia en el recién nacido con la lactancia materna, y que esta debe prolongarse hasta la erupción de los primeros dientes de leche, proporcionando el desarrollo mandibular posteroanterior y la modelación perfecta de los ángulos goniacos. (10)

#### 2.2.20 Periodos de lactancia natural,

OMS, alimentación del lactante y niño pequeño, (2017). La OMS y el UNICEF recomiendan: “El inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida; lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida; introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los seis meses, continuando la lactancia materna hasta los dos años o más; Sin embargo, muchos lactantes y niños no reciben una alimentación óptima, Por ejemplo, por término medio solo aproximadamente un 36% de los lactantes de 0 a 6 meses recibieron lactancia exclusivamente materna durante el periodo de 2007-2014”.

#### 2.2.21 Lactancia materna exclusiva (0-6 meses)

OMS, (2017) “La lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis

meses de vida aporta muchos beneficios tanto al niño como a la madre, Entre ellos destaca la protección frente a las infecciones gastrointestinales, que se observa no solo en los países en desarrollo, sino también en los países industrializados”.

El “inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida) protege al recién nacido de las infecciones y reduce la mortalidad neonatal. El riesgo de muerte por diarrea y otras infecciones puede aumentar en los lactantes que solo reciben lactancia parcialmente materna o exclusivamente artificial”. (30)

“La leche materna también es una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a 23 meses. Puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas del niño entre los 6 y los 12 meses, y un tercio entre los 12 y los 24 meses. La leche materna también es una fuente esencial de energía y nutrientes durante las enfermedades, y reduce la mortalidad de los niños malnutridos”.

#### 2.2.22 Alimentación complementaria (6-24 meses)

” Alrededor de los seis meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria; A esa edad el niño también está suficientemente desarrollado para recibir otros alimentos, Si no se introducen alimentos complementarios alrededor de los seis meses o si son administrados de forma inadecuada, el crecimiento del niño puede verse afectado. Los principios rectores de una alimentación complementaria apropiada son: Seguir con la lactancia materna a demanda, con tomas frecuentes, hasta los dos años o más y durante las enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos, incluida la leche materna, y ofrecerles alimentos blandos y favoritos”. (31).

#### 2.2.23 Lactancia artificial y hábitos.

Un hábito “puede ser definido como la costumbre o practica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se hace de forma

consciente y luego de modo inconsciente como son la respiración nasal masticación, el habla y deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos no fisiológicos entre las cuales tenemos la succión que puede ser del dedo, chupón o labial, la respiración bucal, la interposición lingual, en reposo y deglución infantil”. Los “hábitos bucales no fisiológicos son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares las cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final a una deformación ósea que va tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito; cuánto menor es la edad, mayor es el daño, por qué el hueso tiene más capacidad de moldearse”. Si actuamos de manera temprana tendremos más posibilidades de modificar el patrón de crecimiento de los maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios, al igual que si eliminamos el hábito deformante antes de los 3 años de edad, los problemas suelen corregirse espontáneamente. Ahora bien, también es cierto que, para la instauración de un hábito durante el crecimiento y desarrollo de un niño, existen factores que predisponen a la aparición o no de un hábito bucal, uno de ellos es el amamantamiento”. La “lactancia materna aporta al niño mucho más que una óptima alimentación, ya que contiene factores inmunológicos, células antiinflamatorias, factores de crecimiento, enzimas y hormonas, que complementan la capacidad de desarrollo del niño también favorece la salud de la mujer fortalece el vínculo madre e hijo y además, durante el amamantamiento (succión nutritiva) se produce la excitación de la musculatura bucal y se movilizan las estructuras del aparato estomatognático del recién nacido, lo cual influye en su crecimiento y desarrollo”. Sin embargo en la lactancia artificial (uso del biberón), el lactante no cierra los labios con tanta fuerza, la acción de la lengua se ve afectada para regular el flujo excesivo de leche y todo esto trae como consecuencia una menor excitación a nivel de la musculatura bucal y no favorecerá el crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático, lo cual favorecería además, la adquisición de hábitos de succión no nutritiva como son: la succión labial y la succión de otros objetos; la presencia de algunos de estos hábitos podrían alterar la oclusión en etapas posteriores del desarrollo del niño. Estudios realizados indican que el 81,8% de los niños que tuvieron una lactancia

artificial (uso del biberón) presentaron algún tipo de habito mientras que los niños que tuvieron lactancia materna no presentaron hábitos de succión, las consecuencias que tiene la falta de amamantamiento en los niños, es que va conllevar a una serie de situaciones como la succión y deglución inadecuada que influye en el desarrollo del sistema estomatognatico del recién nacido causando alteraciones en la oclusión. (3)

#### 2.2.24 Anomalías que se relacionan por el no amamantamiento:

Sanchez Mollins, Grau Carbo, Lischeid Gaig, & Ustrell Torrent, (2007) En su estudio: comparativo del crecimiento Craneofacial según el tipo de lactancia recibida, analizo las telerradiografías laterales de cráneo de niños para evaluar la diferencia entre los patrones dentales, esqueléticos y estéticos de niños que recibieron lactancia materna y lactancia artificial, encontrando en el patrón dentario protrusión del incisivo superior en el grupo de lactancia artificial, en el patrón esquelético tendencia al crecimiento braquiocefálico de los niños que recibieron lactancia materna y tendencia al crecimiento dolicocefálo de los que recibieron lactancia artificial, y en el patrón estético una tendencia a la retrusión mandibular en el grupo de lactancia artificial. (32).

Asimismo, en otro estudio, Santos Prieto & Veliz Concepcion, (2007) investigaron: la influencia de la lactancia materna sobre el arco dentario y los maxilares desde edades tempranas. Se analizaron las variables morfológicas de la dentición temporal tales como la forma de la bóveda palatina, la distancia de E-E, el apiñamiento dentario y los espacios de crecimiento. Donde los resultados reflejaron que la práctica de la lactancia materna establece una fuerte relación con la forma de la bóveda palatina, la distancia de E-E, el apiñamiento dentario y, en menor medida, con los espacios de crecimiento descritos en la dentición temporal. (33).

Munayco y cols. (como se citó en Carrillo Espichan, 2008)., encontraron que niños con tiempo de lactancia materna mayor a 3 meses presentaron un crecimiento mandibular mayor a aquellos niños que no tuvieron lactancia materna, viéndose esto reflejado en el tipo de escalón molar con tendencia a

desarrollar Clase I de Angle, presencia de espacios primates (62%), relación canina Clase I (76%) y Overbite normal (74%) que presentaron los niños amamantados por más de tres meses. (34). También debemos de remarcar que el enérgico trabajo muscular necesario para realizar la extracción de la leche, va a tener un impacto directo o indirecto sobre el crecimiento de los huesos donde estos músculos son insertados. Habrá una maduración neurofuncional adecuada de la cual dependerá el crecimiento anteroposterior y transversal de los maxilares y, por ende, el buen desarrollo de todo el macizo facial. Al realizar los movimientos para tomar el pezón y tragar va conformando la forma de la cavidad bucal, adelantando la mandíbula para su correcta oclusión posterior. La funcionalidad de la lactancia es relevante: el período durante el cual se practique es un período vital de crecimiento no igualado durante el resto de la vida. Solamente la lactancia permite obtener un resultado óptimo, La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, presenta una mayor influencia en el crecimiento mandibular que los otros tipos de alimentación. (35)

Todas las funciones del aparato bucal (Respiración, Succión, Deglución, Masticación y Fonación), estimulan el crecimiento y desarrollo del complejo dentó-buco-máximo-facial., Por ello, el tipo de lactancia, así como los hábitos para funcionales, puede influir sobre la morfología definitiva de los maxilares, ocasionando disturbios en la oclusión; por otro lado el periodo de lactancia materna menor de 6 meses se relaciona con tendencia a distoclusión, mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior . (26)

## 2.3 Definición de términos básicos.

- 2.3.1 Crecimiento: El crecimiento es fundamentalmente un fenómeno anatómico, designa al aumento de tamaño o una masa de tejidos, órganos, regiones e incluso organismos completos. (8).
- 2.3.2 Desarrollo: Es un fenómeno fisiológico y conductual. (8).
- 2.3.3 Maxilares: Componente esquelético principales que forman el sistema masticatorio uno el maxilar o maxilar superior dos la mandíbula o maxilar inferior. (36).
- 2.3.4 Prognata. - estructura ósea respecto a sus vecinas en sentido anteroposterior y transversal. (37).
- 2.3.5 Prognatismo: Aumento desproporcionado de la dimensión anteroposterior de la mandíbula. (Suarez, y otros, 2008) estructura ósea hacia delante (maxilar o mandíbula) (37)
- 2.3.6 Retrognatismo: Mandíbula o maxilar inferior se encuentra retraída de la mandíbula o maxilar superior. Estructura ósea hacia atrás (maxilar o mandibular) (37)
- 2.3.7 Centro de salud: Centro de atención primaria (CAP) responsables de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, brindando atención médica integral ambulatoria con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos. (38)
- 2.3.8 Nivel de centro de salud: Nivel I-3, puesto de salud sin internamiento. (38)
- 2.3.9 Lactancia materna: Etapa de la vida en que los bebés y las crías de los mamíferos se alimentan sólo de leche. (39)

### III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Hipótesis de trabajo: El nivel de conocimiento sobre el período de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares, en madres atendidas en el Centro de Salud Julio César Tello, 2017 es bajo.

3.2 Variables de estudio.

3.2.1 Definición conceptual.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Es el nivel de comprensión de todo aquello que es percibido por la mente humana, su contexto y su alcance son ilimitados. (Marriner 2003)
DESARROLLO DE LOS MAXILARES	Esto connota un proceso de maduración donde se involucra la diferenciación progresiva a niveles celulares y tisulares; con lo cual se enfoca en los mecanismos biológicos actuales que explican el crecimiento.  El tema del crecimiento y desarrollo resulta esencial en muchas disciplinas clínicas y especialidades, por una razón importante: la morfogénesis es un proceso biológico; éste conlleva un sistema de control a nivel celular y tisular. (2)

### 3.2.2 Definición operacional

#### Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	VALOR	INSTRUMENTO
Nivel de conocimiento	Conceptuales	Menos de 8	B ajo	Escala Stanones
		8-13	Medio	
		Mayor 13	Alto	
Periodo de lactancia	Conceptuales	Item1,4,7,10,13,16 (0-6 meses)	Conoce No conoce	Cuestionario
		Item2,5,8,11,14,17 (6-12 meses)	Conoce No conoce	
		Item3,6,9,12,15,18 (12-24 meses)	Conoce No conoce	
Desarrollo de los maxilares	Conceptuales	Signo clínico Retrognatismo maxilar	Conoce No conoce	Cuestionario
		Signo clínico Retrognatismo mandibular	Conoce No conoce	
		Signo clínico Maxilar normal	Conoce No conoce	
		Signo clínico Mandíbula normal	Conoce No conoce	
		Signo clínico Prognatismo maxilar	Conoce No conoce	
		Signo clínico Prognatismo mandibular	Conoce No conoce	



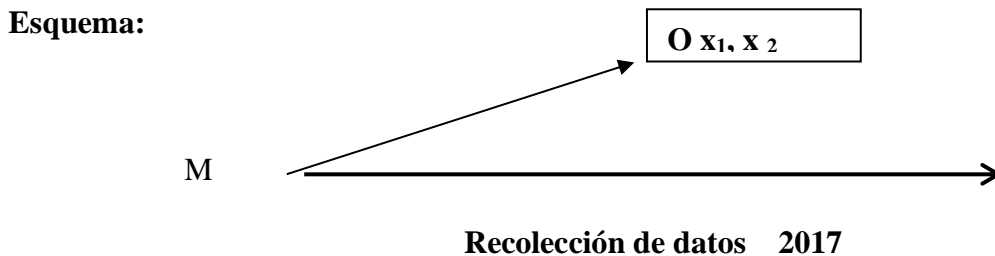
### 3.3 Tipo y nivel de la investigación.

La investigación es de tipo aplicada y de nivel descriptivo (40)

### 3.4 Diseño de la investigación.

El diseño corresponde a un estudio observacional, transversal y descriptivo simple, se hará uso del método descriptivo se describirá un conjunto de datos (conocimiento) tal como se presentan en las tablas.

El esquema del diseño no experimental descriptivo es:



**M:** muestra madres con niños menores de 6 años.

Ox1, x2: medición del conocimiento que tienen las madres sobre el periodo de lactancia materna y desarrollo de los maxilares.

### 3.5 Población y muestra

#### 3.5.1 Población

La población estará conformada por 76 madres de familia cuyos hijos, se atenderán en el Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud CLAS Julio Cesar Tello Lurín de Marzo y abril en el año 2018.

#### 3.5.2 Muestra de estudio

Muestreo no probabilístico por conveniencia. Todas las madres cuyos niños se atenderán en el Programa de control de Crecimiento y Desarrollo del niño, en el Centro de Salud Julio Cesar Tello Lurín, en el año 2018. **Población= muestra: 76 madres**

#### Criterio de inclusión

- Madres de familias que tengan niños entre 0 a 4 años de edad
- Madres de familia sin patología psicológica
- Madres de familia que asistan al CLAS Julio C. Tello
- Madres que aceptan participar voluntariamente para dicho estudio.

#### Criterio de exclusión.

- Madres de familias que tengan niños mayores de 5 años de edad
- Madres de familia con patología psicológica
- Madres de familia que asisten solo por urgencias al CLAS Julio C. Tello
- Madres que no acepten participar para dicho estudio.

### 3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

#### 3.6.1 Técnicas de recolección de datos.

La técnica que se utilizó fue la encuesta

#### 3.6.2 Instrumento de recolección de datos.

El instrumento que se utilizó fue un cuestionario de 20 preguntas, que pasó por un proceso de validación de contenido a través de un juicio de expertos constituido por 5 Jueces.

### 3.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

El proceso de recolección de datos se inició con la solicitud respectiva a la parte administrativa del CLAS Julio C. Tello - Lurín, previamente se le solicitó a las madres de familia que con toda sinceridad marquen las respuestas de acuerdo al conocimiento que ellas poseen y los mismos que tuvieron en cuenta para el amamantamiento de sus niños, el cuestionario fue resuelto en presencia del autor para aclarar algunos términos que la madre de familia no entendía, se aplicó el cuestionario durante una semana teniendo como meta 10 madres de familia por día con una duración aproximada de 15 minutos a las madres que asistían a su cita en el programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED). Posterior a la aplicación del cuestionario se codificó las alternativas con números arábigos 3 (respuesta correcta) 2 (no sabe no opina) y 1

(respuesta incorrecta), se utilizó el programa Microsoft office: Excel 2016 para guardar como datos originales.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS versión 25 en español para Windows 64 bits, para el análisis descriptivo se utilizaron medidas de tendencia central, media, mediana, moda, porcentuales, tabla de frecuencias e histogramas. No se realizó prueba de hipótesis porque el estudio por su naturaleza de ser descriptivo no presenta hipótesis

## IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 Resultados

**Tabla 1:** Edad de madres encuestadas

<b>Edad de Madres Encuestadas</b>		
<b>N</b>	Válido	76
	Perdidos	0
<b>Media</b>		29,57
<b>Mediana</b>		29,00
<b>Moda</b>		27
<b>Desv. Típica</b>		7,418
<b>Asimetría</b>		,179
<b>Error Tip. de asimetría</b>		,276
<b>Curtosis</b>		-,085
<b>Error Tip. de Curtosis</b>		,545
<b>Rango</b>		37
<b>Mínimo</b>		13
<b>Máximo</b>		50
<b>Percentiles</b>	25	24,00
	50	29,00

Fuente: Elaboración propia basado en el cuestionario

La edad promedio de las madres estudiadas es de 29,57 años con una variación de 7,42 la mitad de las madres tiene una edad menor a 29 años, 27 fue la edad más frecuente de las madres encuestadas entre la máxima y mínima edad que tienen las madres hay una diferencia de 13 años, el 50% de las madres encuestadas tienen una edad comprendida entre 24 y 29 de igual forma se observa que las distribuciones de las edades de la madre tienen una simetría positiva y es platicúrtica. De acuerdo a la clasificación por grupo de edad según la OMS se clasifico a las madres de 13- 18 años como adolescente, 19-39 años como adulto joven y de 40 hasta 60 adultez dentro de este grupo se aplicó el cuestionario a madres que tenían 42 y 43 años por lo cual ingresan a la clasificación de adultez y no siendo excluidos.

**Tabla 2:** Clasificación de madres encuestadas por grupo de edad según OMS

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje Válido</b>
<b>ADOLESCENTE</b>	5	6,6
<b>ADULTO JOVEN</b>	64	84,2
<b>ADULTEZ</b>	7	9,2
<b>Total</b>	76	100,0

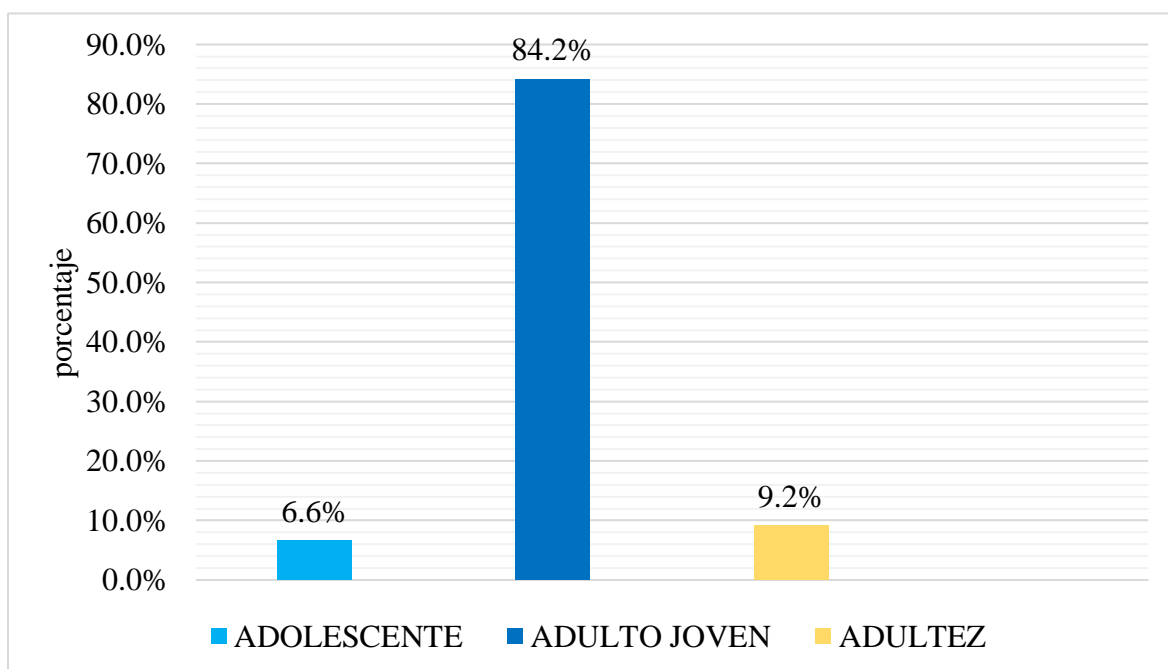


Figura 1: Clasificación De Madres Encuestadas por Grupo De Edad Según OMS  
Fuente: Elaboración propia en base al cuestionario

En la tabla 2 se puede apreciar que las madres que participaron en la investigación en su mayoría están conformadas por madres que tienen las edades comprendidas entre 19 y 39 años. Conformados por 64 madres ocupando un 84,2 % así mismo podemos apreciar que 7 madres sobrepasan los 39 años representando con un 9,2% y en un porcentaje mínimo por 5 madres adolescentes con edades por debajo de los 18 años. Que representan el 6,6%

Tabla 3: Grado de Instrucción

Grado de Instrucción		
	Frecuencia	Porcentaje Valido
<b>PRIMARIA</b>	6	7,9
<b>SECUNDARIA</b>	55	72,4
<b>TÉCNICO</b>	11	14,5
<b>UNIVERSITARIO</b>	4	5,3
<b>N</b>	76	100,0

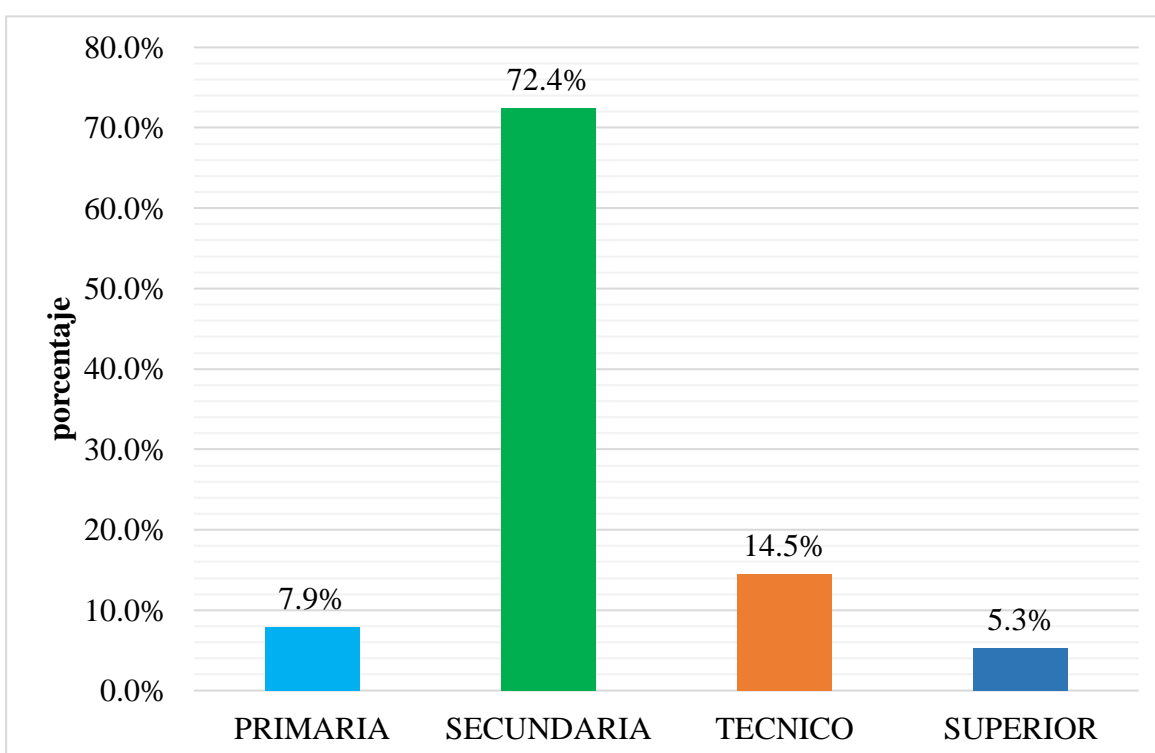


Figura 2: Grado de Instrucción  
Fuente: Elaboración propia basado en el cuestionario

En la tabla 3 se puede apreciar el grado de instrucción con los que cuentan las madres estudiadas, donde se puede apreciar que 55 madres tienen secundaria completa, representando el 55(72,4%), y 11 (14,5%) madres tienen una carrera técnica, del mismo modo se puede apreciar que un porcentaje de 6 madres que representan el 7,9 % está conformado por madres que solo terminaron primaria y 4 (5,3%) está conformado por madres con grado de instrucción superior.

Tabla 4: Respuestas acertadas sobre el cuestionario

<b>RESPUESTAS ACERTADAS SOBRE EL CUESTIONARIO</b>		
<b>N</b>	Válido	76
<b>Media</b>		10,04
<b>Mediana</b>		11
<b>Moda</b>		12
<b>Desv. Desviación</b>		3,27
<b>Asimetría</b>		-,578
<b>Error estándar de asimetría</b>		,276
<b>Curtosis</b>		-,068
<b>Error estándar de Curtosis</b>		,545
<b>Rango</b>		15
<b>Mínimo</b>		2
<b>Máximo</b>		17

Fuente: Elaboración propia basado en el cuestionario

La calificación promedio de las madres estudiadas fue de 10,04 con una variación de 3,27 la mitad de las madres tiene una calificación menor a 11. 12 fue la calificación más frecuente en la escala de 1 a 20, entre la máxima y la mínima calificación alcanzada entre las madres hay una diferencia de 15 puntos, el 50% de las madres encuestadas logro una calificación comprendida entre 2 y 17 de igual forma se observa que las distribuciones de las calificaciones de la madre tienen una simetría negativa y es platicúrtica.

**Tabla 5: Conocimiento sobre periodo de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares**

	Frecuencia	Porcentaje valido
<b>BAJO</b>	20	26,3
<b>MEDIO</b>	49	64,5
<b>ALTO</b>	7	9,2
<b>N</b>	76	100,0

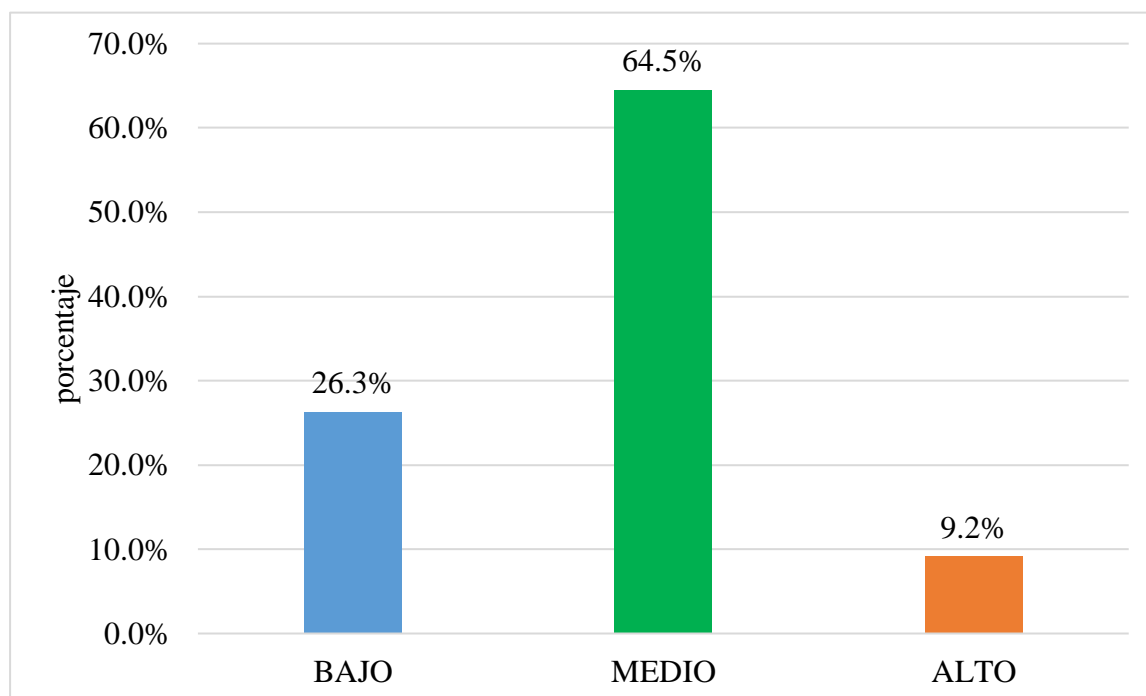


Figura 3: Conocimiento sobre periodo de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares  
Fuente: Elaboración propia basado en el cuestionario

En la tabla 5 se responde al objetivo general de la investigación donde se puede apreciar claramente que el 64,5% de madres estudiadas tienen un nivel de conocimiento medio vale decir que respondieron 49 madres de familia correctamente por lo menos de 9 a 13 preguntas de un total de 20 ítem, y el 7(9,2 %) de madres que tiene un nivel de conocimiento alto, del mismo modo podemos apreciar que 20 (26,3%) de madres de familia tienen un nivel de conocimiento bajo.



**Tabla 6: Conocimiento sobre el período de lactancia materna de 0 a 6 meses en el desarrollo de los maxilares**

	frecuencia	%
<b>BAJO</b>	12	15,8
<b>MEDIO</b>	52	68,4
<b>ALTO</b>	12	15,8
<b>N</b>	76	100,0

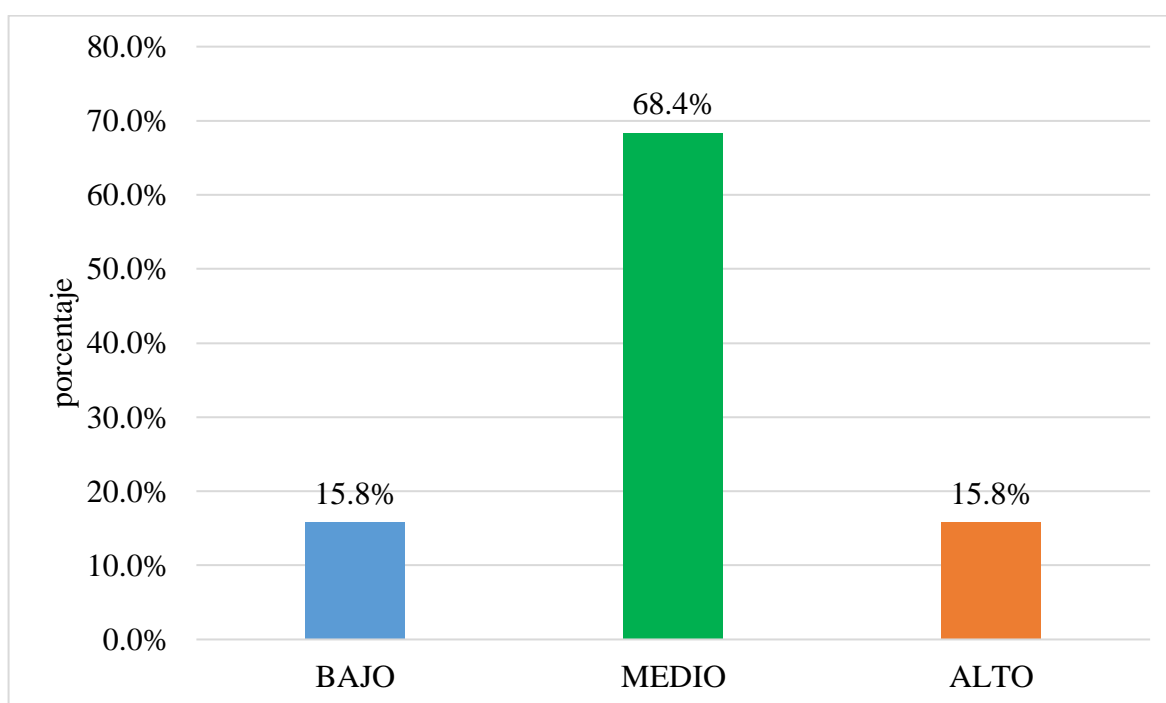


Figura 4: Conocimiento sobre el período de lactancia materna de 0 a 6 meses en el desarrollo de los maxilares  
Fuente: Elaboración propia basado en el cuestionario

En esta tabla 6 se puede apreciar el resultado del primer objetivo específico para lo cual se analizó los ítems 1, 4, 7, 10, 13,16. Relacionados con el objetivo, donde se aprecia que 52 (68,4%) madres estudiadas tienen un nivel de conocimiento medio mientras que 12(15,8%) madres de familia tienen un conocimiento alto y un porcentaje de 12(15,8%) representan las madres de un conocimiento bajo, sobre el período de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares de 0-6 meses.

**Tabla 7: Conocimiento sobre el período de lactancia materna de 6 a 12 meses en el desarrollo de los maxilares.**

	Frecuencia	Porcentaje válido
<b>BAJO</b>	13	17,1
<b>MEDIO</b>	49	64,5
<b>ALTO</b>	14	18,4
<b>Total</b>	76	100,0

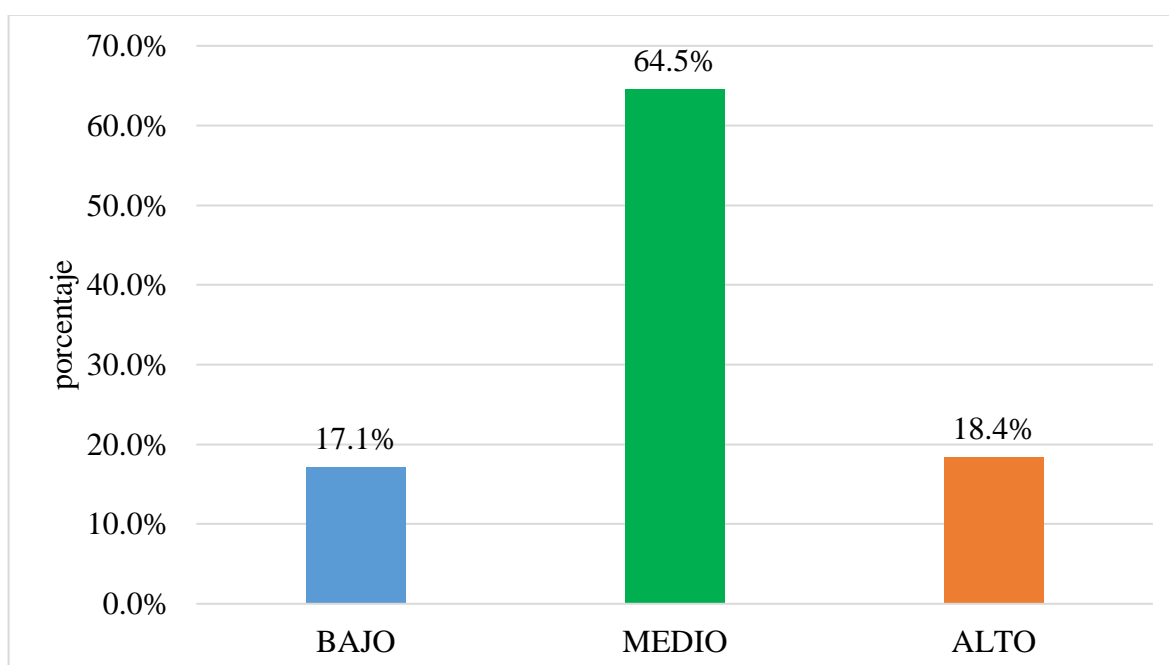


Figura 5: Conocimiento sobre el período de lactancia materna de 6 a 12 meses en el desarrollo de los maxilares.  
Fuente: Elaboración propia basado en el cuestionario

En la tabla 7, se puede apreciar que el mayor porcentaje pertenece a 49 madres que representan el 49(64,5 %) con un nivel de conocimiento medio, y 14(18,4%) de madres tienen un nivel de conocimiento alto, del mismo modo se puede apreciar que el 13(17,1%) tiene un nivel de conocimiento bajo sobre el período de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares de 6-12 meses.

**Tabla 8: Conocimiento sobre el período de lactancia materna de 12 a 24 meses en el desarrollo de los maxilares**

	Frecuencia	Porcentaje valido
<b>BAJO</b>	12	15,8
<b>MEDIO</b>	52	68,4
<b>ALTO</b>	12	15,8
<b>N</b>	76	100,0

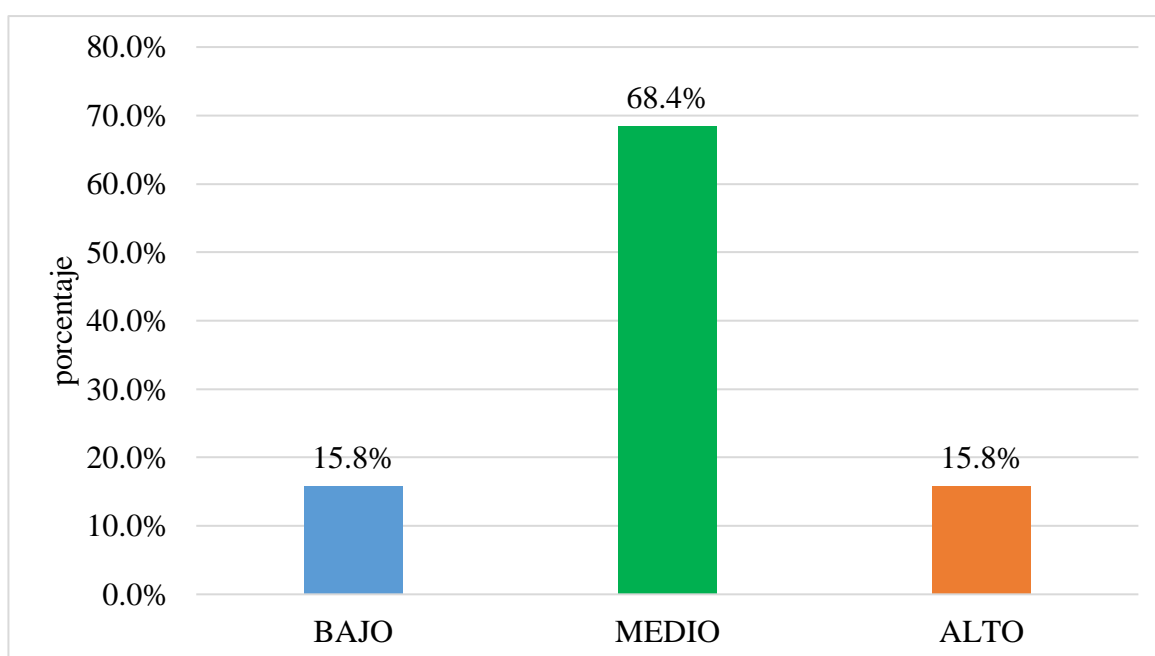


Figura 6: Conocimiento sobre el período de lactancia materna de 12 a 24 meses en el desarrollo de los maxilares  
Fuente: Elaboración propia basado en el cuestionario

En la tabla 8 se aprecia que 52 (68,4%) de las madres estudiadas tienen un nivel de conocimiento medio, y 7 (9,2%) de madres de familia tienen un nivel de conocimiento alto, del mismo modo 12 (22,4%) de madres tienen un nivel de conocimiento bajo sobre el período de lactancia materna de 12 a 24 meses en el desarrollo de los maxilares.

## 4.2 Análisis y discusión de resultados

El objetivo de esta investigación fue determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres atendidas en CRED para lo cual se aplicó un cuestionario de 20 preguntas. A partir de los hallazgos encontrados, se ha determinado que el nivel de conocimiento sobre el periodo de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares en madres atendidas en el Centro de Salud Julio Cesar Tello. Es medio.

Estos resultados guardan relación con lo que sostiene Pineda H (2017) período de lactancia materna exclusiva con el desarrollo del arco dentario superior en niños de 3 a 5 años edad; quien señala que las mamás lactaron, a sus niños mayor a 6 meses representando un 74,2% demostrando que las madres de los niños tenían conocimiento que la lactancia materna debía ser como mínimo 6 meses. Y donde determinaron que la lactancia materna tiene relación con el desarrollo del maxilar, en la presente investigación se encontró que un 68,4 % de madres si saben que deben dar de lactar como mínimo 6 meses y un 15,8% demostraron tener un nivel de conocimiento alto. Este autor menciona que la lactancia materna tiene relación sobre el desarrollo de los maxilares y menciona que si las madres tienen un conocimiento sobre el tiempo de lactancia recomendado por la OMS ayuda a que el maxilar de su niño se desarrolle adecuadamente, ello es acorde con lo que en este estudio se halla. Vílchez Quintana, (2016) menciona que el amamantamiento influye positivamente en el crecimiento craneo maxilar en cobayos recién nacidos. Afirmando que la presente investigación es una investigación viable y solo falta que el MINSA y otras organizaciones crean programas de forma continua que informen a la población sobre la influencia que tiene la lactancia materna sobre el desarrollo de los maxilares. Susana M. (2014) demostraron que la lactancia materna por período mínimo de 6 meses influye significativamente en el desarrollo del maxilar. En otro estudio de: Maravi R., Moromisato S. (2013) sobre conocimiento “que tienen las gestantes sobre las consecuencias del destete precoz en el desarrollo oro facial” del bebe, él 70,45% de gestantes señalaron que no habían recibido información respecto a las consecuencias que se presentaban al no dar de lactar, el 93,87% de gestantes desconocían los beneficios de la lactancia materna en relación al desarrollo oro facial del bebé, el 62,24% de gestantes no se encuentra informada sobre los posibles daños provocados por el uso del chupón. En la presente investigación no se encontró resultados similares

con este estudio muy por el contrario se encontró que un 64,5 % tienen un nivel de conocimiento. Por otro lado, León N. (2017) evidenció que el 51,5% de los que lactaron como mínimo 6 meses y las que no lactaron hay una diferencia significativa en la altura del paladar. En la presente investigación se encontró que el 64,5% tenía un nivel de conocimiento medio quiere decir que, si tienen conocimiento que no solo es importante dar de lactar por 6 meses, sino que debe continuarse hasta por lo menos 2 años. Espinoza F. (2016) encontró que las madres que no tenían conocimiento sobre la importancia de la lactancia en el desarrollo de los maxilares se encontró que sus niños presentaron micrognatismo transversal de los maxilares y ello es debido a que las madres amamantaron inferior al sexto mes de vida y en algunos casos estaba ausente. En la presente investigación el 68,4% tenían un nivel de conocimiento medio.

Andrade S.; Dinamarca C. (2016) señalan que el 78,30% si tenían conocimiento. En la presente investigación se halló un porcentaje cercano, donde el 74% si tenía conocimiento sobre periodo de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares teniendo en cuenta que el 64,5% tuvo un nivel medio.

Lima Tamay sugiere y pone en evidencia que deben fomentarse programas que inculquen a las madres a un amamantamiento exclusivo y así prevenir las patologías que pueden presentarse en el desarrollo de los huesos de la maxila. Así mismo este autor menciona que los maxilares se desarrollan adecuadamente gracias a la succión del pezón materno por lo cual es necesario que se fomente la lactancia materna. En la presente investigación gracias a la bibliografía de Proffit, Vellini, Dalgit, Ravindra se sabe la importancia del periodo de lactancia que como mínimo debe tener una madre para el buen desarrollo de los maxilares de su hijo. Tenesaca (2013) encontró que el 36,5% si conocía sobre la importancia del amamantamiento y un 63,5% desconocía de los beneficios de la misma. En la presente investigación se encontró que el 26,3% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre el particular.

Santiso A., Santiso Y. Cidre F., Gómez I, Díaz R. (2011) mencionan que el amamantamiento inferior a los 4 meses es un factor para la aparición de hábitos. Y, por otro lado. Rodríguez G, Martínez (2011) encontró que un 56,41% de los niños amamantaron inferior a los seis, meses de manera que las madres desconocían sobre el período de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares y por ello no lactaron

según las recomendaciones de la OMS. Pero en la presente investigación al comparar con los hallazgos encontrados sobre periodo de lactancia de 0-6 meses en el desarrollo de los maxilares el 15,8% tenía un nivel de conocimiento bajo encontrando una discrepancia con este autor sin embargo coincidimos que el amamantamiento ejerce una influencia directa sobre el crecimiento transversal de la arcada.

Según la bibliografía consultada, Proffit, Vellini, Dalgit, Ravindra Nanda y la teoría de Limborg, la influencia que tiene el amamantamiento sobre el desarrollo neuromuscular y Craneomaxilar es sumamente importante pero los hallazgos encontrados muestran que la población de madres encuestadas tiene un nivel de conocimiento medio (64,5%).

## **V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones.**

- 5.1.1 El nivel de conocimiento sobre el período de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares, en madres atendidas en el Centro de Salud Julio César Tello, 2017, es medio (64,5%).
- 5.1.2 El nivel de conocimiento sobre el período de lactancia materna de 0 a 6 meses en el desarrollo de los maxilares en madres atendidas en el Centro de Salud Julio César Tello, 2017, es medio (68,4%).
- 5.1.3 El nivel de conocimiento sobre el período de lactancia materna de 6 a 12 meses en el desarrollo de los maxilares en madres atendidas en el Centro de Salud Julio César Tello, 2017, es medio (64,5%).
- 5.1.4 El nivel de conocimiento sobre el período de lactancia materna de 12 a 24 meses en el desarrollo de los maxilares en madres atendidas en el Centro de Salud Julio César Tello, 2017, es medio (68,4%).
- 5.1.5 El grado de instrucción de las madres atendidas en el Centro de Salud Julio César Tello, 2017, es predominantemente secundaria completa (72,4%).

## 5.2 Recomendaciones

- 5.2.1 Realizar estudios similares en otros centros de salud y hospitales de nivel I, nivel II, así como estudios de tipo longitudinal comparativos de lactancia y desarrollo de los maxilares.
- 5.2.2 El MINSA y ESSALUD deberían Implementar una política de salud bucodental en la comunidad y en todos los centros de atención médica fortaleciendo la práctica de la lactancia materna exclusiva, dado que ésta estimula un adecuado crecimiento de crecimiento neuromuscular y Craneomaxilar.
- 5.2.3 De acuerdo a los resultados el gobierno podría implementar programas de salud que permitan una información continua y permanente en todos los centros de atención médica e incluso debe alcanzar los centros educativos. Todos los cirujanos dentistas deben informar a sus pacientes sobre el periodo de la lactancia materna en el desarrollo de los maxilares y de esta forma expandir la información en la población.



## BIBLIOGRAFIA

1. Degan Viviane V, Rosana Cristina B. *mamadeira e chupeta esclareca todas as suas duvidas sao paulo* Sao Paulo: Manole; 2007.
2. Dalgit S. G, Farhad B. N. *Ortodoncia principios Y Practica*. 1st ed. Mxico: Editorial el manual moderno; 2013.
3. OMS. *lactancia materna*. [Online].; 2017. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>.
4. Velandia S, Hodgson MI, Le Roy C. Evaluación nutricional en niños hospitalizados en un Servicio de Pediatría. *revista chilena de pediatria*. 2016 setiembre Octubre; 87(5): p. 7.
5. Bermeo M, Magal J. *Percepciones sobre lactancia materna exclusiva*. Tesis pregrado. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2016.
6. Lama ND. *agora revista cientifica*. [Online].; 2015 [cited 2016 febrero. Available from: <https://revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/viewFile/26/26>.
7. Niño M: R, Silva E. G, Atalah S. E. *revista chilena de pediatria*. [Online].; 2012. Available from: <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000200007>.
8. R. Proffit W, W Fields H, M. Sarver D. *Ortodoncia Contemporanea*. Quinta Edicion ed. Barcelona: Gea Consultoria Editorial ,S.L; 2014.
9. Luiz Reynaldo FW, Ferelle A. *odontologia para el bebe:scribd*. [Online].; 2000. Available from: <https://es.scribd.com/document/94195930/Figueiredo-Reynaldo-Odontologia-Para-El-Bebe>.
10. Morras M. 2002.
11. Rondon R, Zambrano G, Guerra ME. *Relacion de la lactancia materna y el desarrollo dento-buco-maxilo-facial*. *revista latinoamericana de ortodonci y odontopediatria*. 2012.
12. Flores Ricardi GP. *Relación entre tipo de lactancia y crecimiento y desarrollo craneofacial*. Tesis. Lima;; 2011.
13. Pineda Huayta R. *Relacion del periodo de lactancia materna exclusiva con el desarrollo del arco dentario superior en niños de 3 a 5 años*. tesis para optar el titulo profesional de Cirujano Dentista. arequipa: universidad alas peruanas; 2017.
14. Montes de Oca Gomez SM. *Relacion de los tipos de lactancia con el desarrollo de arcos dentarios( tipo I y II) en niños de 3a 5 años*. tesis para optar el titulo profesional de Cirujano Dentista. arequipa: universidad alas peruanas; 2014.
15. Maravi Reategui P, Moromisato Solano OM. *conocimiento que tienen las gestantes sobre las consecuencias del destete precoz en el desarrollo orofacial del bebe*. 2013.
16. Leon Noble JP. *Relacion entre el periodo de lactancia materna y el desarrollo del arco dentario superior decidido en niños de 5 y 6 años de edad que acuden a la unidad educativa perez pallares*. tesis para optar el titulo profesional de cirujano dentista. Quito;; 2017.

17. Espinosa Fonseca RM. Influencia de la lactancia materna en el desarrollo transversal de los maxilares. *Multimed. Revista Médica. Granma*. 2016 Mayo-Junio; 20(3): p. 570-571.
18. Andrade Sandoval DR, Dinamarca Celedon RI. nivel de conocimiento de las madres de pacientes que asisten a la clínica de rehabilitación oral niños, sobre los beneficios de la lactancia materna en la salud oral de sus hijos, en la universidad del desarrollo, año 2016. tesis para optar al grado académico de Licenciado en Odontología. concepcion(chile): universidad del desarrollo un iversidad de exelencia; 2016.
19. Lima Tamay |E. Relación del tipo de lactancia y el desarrollo de los maxilares. Trabajo de titulación previo a la obtención del título de odontólogo. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2015.
20. Tenesaca Ortiz KE. Beneficios de la lactancia materna en las madres que acuden al S.C.S 29 de Noviembre, Cantón Santa Rosa en el período, octubre diciembre del año 2013. tesis pregrado. machala: universidad tecnica de machala; 2013.
21. Urguelles Perez Y, Abellas La O MA. Algunas consideraciones sobre la alimentación del lactante para la conservación de su salud bucal. *medisan*. 2012; 16(4): p. 596-605
22. Santiso Cepero A, Santiso Legón Y, Cidre Zaya Fm, Gómez Rodríguez IM, Díaz Brito RJ. Evaluación del tiempo de lactancia materna como factor de riesgo en alteraciones de la oclusión dentaria temporal. *Mediciego*. 2011;; p. 17.
23. Rodriguez Gonzales A, Martinez Brito I. influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal y los hábitos bucales deformantes. *revista medica electronica*. 2011; 33(1).
24. J.M H, Van Waes WSP. Atlas de Odontología Pediátrica. primera edición española ed. barcelona: elsevier masson; 2002.
25. Ruiz Panduro P. nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en puerperas del hospital cesar garay garcia. tesis pregrado. iquitos;; 2016.
26. Vilchez Quintana E. Influencia de la lactancia materna en el crecimiento Cráneo-maxilar en cobayos recién nacidos. Tesis para optar el título Profesional de Cirujano Dentista. Lima: universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
27. OMS. organización mundial de la salud. [Online].; 2017. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
28. SPOYP. sociedad paraguaya de odontopediatria y prevención. [Online]. Available from: <http://www.spoyp.com.py/lactancia-materna-como-factor-preventivo-de-anomalias-dentomaxilares/>.
29. Blanco-Cedres L, Guerra María E, Sebastián R. Lactancia Materna Y Maloclusiones dentales en preescolares de la gran caracas. *Acta Odontologica Venezolana*. 2007; 45(2).
30. Nuñez Ana IR. instituto uruguayo de lactancia materna. [Online].; 2017. Available from: <https://www.iulam.org.uy/single-post/2017/10/30/Lactancia-materna-y-aspectos-relacionados-con-la-inclusi%C3%B3n-de-alimentos>.

31. Rodriguez De Vonadovic P. La alimentación de los lactantes y niños pequeños. el diario del centro del país. 2017 febrero 7: p. 1-2.
32. Sanchez Mollins M, Grau Carbo J, Lischeid Gaig C, Ustrell Torrent JM. Estudio comparativo del crecimiento craneofacial según el tipo de lactancia recibida. Dialnet. 2007; 25(1): p. 9-16.
33. Santos Prieto D, Veliz Concepcion OL. Influencia de la lactancia materna sobre el arco dentario y los maxilares en niños de cinco años de edad. dialnet. 2007 abril; 9(98): p. 120-132.
34. Carrillo Espichan CO. Influencia de la lactancia materna y artificial en el crecimiento mandibular en neonatos. tesis optar el título de cirujano dentista. lima: universidad nacional mayor de san marcos; 2008.
35. Rodriguez Gonzales A, Martinez Brito I. Influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal y los. revista medica electronica. 2011; 33(1).
36. P. Okenson J. Tratamiento de oclusion y afecciones temporomandibulares. Quinta ed. españa: elseiver españa S.A; 2003.
37. Ustrell Torrent JM, Duran Von Arx J. Ortodoncia. segunda ed. España: Edicions de la Universitat de barcelona dades catalogafiques; 2002.
38. Sanchez Lopez T. Servicios de salud Organizacion y Niveles de Atencion. In ; 2014; lima. p. 19.
39. OMS. lactancia materna organizacion mundial de la salud. [Online]. [cited 2017. Available from: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>.
40. Valderrama Mendoza SR. pasos para elaborar proyectos de investigacion cientifica. segunda ed. lima: san marcos E.I.R.L, editor; 2013.
41. Planas P. rehabilitaciopn neuro-oclusal. segunda ed.: amolca; 2008.

## **ANEXOS**

## CUESTIONARIO

### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PERÍODO DE LACTANCIA MATERNA EN EL DESARROLLO DE LOS MAXILARES, EN MADRES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JULIO CÉSAR TELLO, 2017

FECHA: \_\_\_\_\_

#### INDICACIONES

Marque con un X una sola respuesta que usted crea conveniente.

NOMBRE: ..... Edad: .....

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Inicial ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Técnica ( )  
Universitario ( )

---

- 1 Cree Ud. ¿Que la lactancia materna de 0-6 meses puede formar la mandíbula pequeña?
  - a. Si
  - b. No
  - c. No sabe, No Opina
  
- 2 Cree Ud. ¿Que la lactancia materna de 6-12 meses puede formar la mandíbula pequeña?
  - a. Si
  - b. No
  - c. No sabe, No Opina
  
- 3 Cree Ud. ¿Que la lactancia materna de 12 a 24 meses puede formar la mandíbula pequeña?
  - a. Si
  - b. No

- c. No sabe, No Opina
- 4 Cree Ud. ¿Que la lactancia materna de 0-6 meses puede formar la mandíbula normal?
- a. Si
  - b. No
  - c. No sabe, No Opina
- 5 Cree Ud. ¿Que la lactancia materna de 6-12 meses puede formar la mandíbula normal?
- a. Si
  - b. No
  - c. No sabe, No Opina
- 6 Cree Ud. ¿Que la lactancia materna de 12 a 24 meses puede formar la mandíbula normal?
- a. Si
  - b. No
  - c. No sabe, No Opina
- 7 Cree Ud. ¿Que la lactancia materna de 0-6 meses puede formar una mandíbula grande?
- a. Si
  - b. No
  - c. No sabe, No Opina
- 8 Cree Ud. ¿Que la lactancia materna de 6-12 meses puede formar una mandíbula grande?
- a. Si
  - b. No
  - c. No sabe, No Opina
- 9 Cree Ud. ¿Que la lactancia materna de 12 a 24 meses puede formar una mandíbula grande?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe, No Opina

10 Cree Ud. ¿Que la lactancia materna de 0-6 meses puede formar el maxilar pequeña?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe, No Opina

11 Cree Ud. ¿Que la lactancia materna de 6-12 meses puede formar el maxilar pequeña?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe, No Opina

12 Cree Ud. ¿Que la lactancia materna de 12 a 24 meses puede formar el maxilar pequeña?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe, No Opina

13 Cree Ud. ¿Que la lactancia materna de 0-6 meses puede formar el maxilar normal?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe, No Opina

14 Cree Ud. ¿Que la lactancia materna de 6-12 puede formar el maxilar normal?

- a. si
- b. No
- c. No sabe, No Opina

15 Cree Ud. ¿Que la lactancia materna de 12 a 24 meses puede formar el maxilar normal l?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe, No Opina

16 Cree Ud. ¿Que la lactancia materna de 0-6 meses puede formar el maxilar grande?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe, No Opina

17 Cree Ud. ¿Que la lactancia materna de 6-12 meses puede formar el maxilar grande?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe, No Opina

18 Cree Ud. ¿Que la lactancia materna de 12 a 24 meses puede formar el maxilar grande?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe, No Opina

19 El periodo de lactancia materna es:

- a. La edad de lactancia (Si)
- b. Es el tiempo de lactancia (No)
- c. Ninguna de las anteriores (No sabe, No Opina)

20 el desarrollo de los maxilares quiere decir:

- a. Es la dimensión máxima de crecimiento (Si)
- b. Es el crecimiento de los maxilares hasta los 18 años (No)
- c. ninguna de las anteriores (No sabe, No Opina)



## VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

### JUICIO DE EXPERTOS

Estimado (a): Dr.....

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio, según su opinión.

CRITERIOS      SI      NO      OBSERVACION

1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.
3. La estructura del instrumento es adecuada.
4. Los ítems del instrumento responden a las variables en estudio
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.
6. Los ítems son claros y entendibles.
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.

SUGERENCIAS:

.....  
.....

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO: .....

Se requirió la opinión de 04 expertos en la materia del trabajo de investigación, se hizo uso de la validación cualitativa de contenido del instrumento de recolección de datos.

**DETERMINACIÓN DE LA VALIDEZ DEL CUESTIONARIO: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PERÍODO DE LACTANCIA MATERNA EN EL DESARROLLO DE LOS MAXILARES, EN MADRES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JULIO CÉSAR TELLO, 2017; ATRAVÉS DEL COEFICIENTE V DE AIKEN**

**RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN POR JUECES EXPERTOS EN EL TEMA**

El cuestionario nivel de conocimiento sobre el período de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares, en madres atendidas en el Centro de Salud Julio César Tello, 2018, fue evaluada mediante el juicio de expertos, la cual fue entregada a diferentes expertos en el tema.

Los jueces expertos en referencia son:

<b>JUEZ</b>	<b>Nombres y apellidos de los expertos</b>	<b>Profesión</b>
<b>JUEZ 1</b>	CD. José López Rojas COP - 19734	Cirujano Dentista
<b>JUEZ 2</b>	CD. Ulises Quispe Vargas COP - 19757	Cirujano Dentista
<b>JUEZ 3</b>	CD. Joel Izquierdo Taipe COP - 30558	Cirujano Dentista
<b>JUEZ 4</b>	Mg. Carmen Baldeón Torres	Enfermera

En seguida se desarrolla el análisis estadístico de las opiniones de los expertos:

<b>N°</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>Acuerdos</b>	<b>Desacuerdos</b>
<b>1</b>	A	A	A	D	3	1
<b>2</b>	A	A	A	A	4	0
<b>3</b>	A	A	A	D	3	1
<b>4</b>	A	A	A	A	4	0
<b>5</b>	A	A	A	D	3	1
<b>6</b>	A	A	A	A	4	0
<b>7</b>	A	A	A	D	3	1
<b>8</b>	A	A	A	A	4	0
<b>9</b>	A	A	A	A	4	0
<b>10</b>	A	A	A	A	4	0
<b>11</b>	A	A	A	A	4	0
<b>12</b>	A	A	A	A	4	0
<b>13</b>	A	A	A	D	3	1
<b>14</b>	A	A	A	A	4	0
<b>15</b>	A	A	A	D	3	1
<b>16</b>	A	A	A	A	4	0
<b>17</b>	A	A	A	D	3	1
<b>18</b>	A	A	A	A	4	0
<b>19</b>	A	A	A	A	4	0
<b>20</b>	A	A	A	A	4	0

Después de tabular se tiene lo siguiente:

Ítems	Total		Coeficiente v	Descripción
	A	D		
<b>1</b>	3	1	0,75	Válido
<b>2</b>	4	0	1,00	Válido
<b>3</b>	3	1	0,75	Válido
<b>4</b>	4	0	1,00	Válido
<b>5</b>	3	1	0,75	Válido
<b>6</b>	4	0	1,00	Válido
<b>7</b>	3	1	0,75	Válido
<b>8</b>	4	0	1,00	Válido
<b>9</b>	4	0	1,00	Válido
<b>10</b>	4	0	1,00	Válido
<b>11</b>	4	0	1,00	Válido
<b>12</b>	4	0	1,00	Válido
<b>13</b>	3	1	0,75	Válido
<b>14</b>	4	0	1,00	Válido
<b>15</b>	3	1	0,75	Válido
<b>16</b>	4	0	1,00	Válido
<b>17</b>	3	1	0,75	Válido
<b>18</b>	4	0	1,00	Válido
<b>19</b>	4	0	1,00	Válido
<b>20</b>	4	0	1,00	Válido

Entonces de acuerdo a los valores obtenidos en dicha tabla se observa que el coeficiente de validez de contenido de Aiken obtenido para los 20 ítems nos permite afirmar que existe un fuerte acuerdo entre los cuatro expertos que han validado la escala con un promedio de 0.91 al 95% de confianza, por lo que demostramos que existe una fuerte consistencia y homogeneidad de las apreciaciones de los expertos.

**DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PERÍODO DE LACTANCIA MATERNA EN EL DESARROLLO DE LOS MAXILARES, EN MADRES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JULIO CÉSAR TELLO, 2017; ATRAVÉS DEL COEFICIENTE ALFA DE CROMBACH**

El cuestionario sobre nivel de conocimiento sobre el período de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares se aplicó a una muestra piloto de 30 madres de familia.

De la tabla se obtiene los siguientes datos:

El número de ítems es 20, donde:  $K=20$

Sumatoria de las varianzas de los ítems:  $\sum (\sigma_i)^2 = 16.3$

La varianza de la suma de los ítems:  $(\sigma_x)^2 = 73.18$

La fórmula para el coeficiente alfa es:

$$\alpha = \frac{k}{(k-1)} \left( 1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_x^2} \right)$$

- $k$  = número de ítems
- $(\sigma_i)^2$  = varianza de cada ítem
- $(\sigma_x)^2$  = varianza del cuestionario total

Reemplazando en la formula se tiene que  $\alpha=0,83$

Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren que: cuando el coeficiente alfa de Crombach es superior a 0.8 se afirma que esta escala tiene una buena confiabilidad. De acuerdo a nuestro resultado donde el alfa de Crombach es igual a 0,83 entonces se afirma que el instrumento que mide nivel de conocimiento sobre influencia del período de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares, en madres atendidas en el Centro de Salud Julio César Tello, 2018, es **confiable**.

**MATRIZ DE DATOS DEL CUESTIONARIO: NIVEL DE CONOCIMIENTO  
SOBRE EL PERÍODO DE LACTANCIA MATERNA EN EL DESARROLLO DE  
LOS MAXILARES, EN MADRES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD  
JULIO CÉSAR TELLO, 2017; PARA LA DETERMINACION DE LA  
CONFIABILIDAD MEDIANTE EL ALFA DE CROMBACH**

N°	i1	i2	i3	i4	i5	i6	i7	i8	i9	i10	i11	i12	i13	i14	i15	i16	i17	i18	i19	I20	Suma
1	0	0	2	2	0	2	2	3	2	2	0	1	2	0	2	0	0	2	0	2	20
2	2	2	0	0	0	1	0	3	4	2	2	0	2	1	1	0	0	0	0	1	20
3	2	2	4	0	0	2	2	0	1	0	0	2	2	0	0	1	2	0	0	2	20
4	1	2	4	0	1	2	0	0	4	2	0	0	1	2	3	0	0	0	1	2	22
5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
6	0	1	0	0	1	1	0	1	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	8
7	1	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	6
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3
9	3	1	4	2	1	1	2	3	3	3	1	1	2	1	3	2	2	2	1	1	35
10	2	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	9
11	3	0	2	0	0	1	1	0	3	4	1	1	2	0	1	0	0	0	0	1	19
12	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5
13	1	0	0	0	0	0	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
14	2	0	0	0	1	1	3	0	2	2	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	13
15	1	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6
16	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
17	1	1	0	0	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	7
18	1	1	0	0	0	0	2	4	3	3	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	16
19	0	1	0	2	0	2	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0	2	12
20	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	6
21	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
22	3	1	0	0	0	2	0	3	3	0	1	2	2	0	3	1	1	0	0	2	22
23	3	1	2	0	1	1	1	2	1	4	2	1	1	2	2	1	1	0	1	1	26
24	3	1	0	0	0	1	2	0	1	3	2	1	1	2	1	1	1	0	0	1	20
25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
26	0	1	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	10
27	0	1	0	0	0	1	1	1	3	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	9
28	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
29	1	1	2	0	1	0	2	3	4	2	3	1	1	2	1	2	0	0	1	0	26
30	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	0	0	0	1	1	15
<b>Var</b>	1.11	0.51	2.42	0.46	0.2	0.56	0.78	1.73	2.29	1.91	0.77	0.37	0.74	0.5	0.96	0.37	0.58	0.46	0.2	0.56	73.18
																$\Sigma$ Var.	16.3				

Análisis descriptivos

Medidas de tendencia central: media, mediana, moda

Medidas de variabilidad: rango, desviación estándar, varianza, coeficiente de variabilidad

Medidas de asimetría y Curtosis

Gráficos: dependerán de las variables. En las variables cuantitativas continuas o agrupadas en intervalos se utilizan histogramas, el polígono de frecuencia y la ojiva, mientras que en las cuantitativas discretas se utiliza el grafico de barra

## APLICACIÓN DE LA FORMULA STANONES PARA LA OBTENCION DE INTERVALOS EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO

Para la clasificación de nivel de conocimiento sobre el periodo de lactancia materna en el desarrollo de los maxilares en madres atendidas en el Centro De Salud Julio Cesar Tello, se utilizó la comparación a través de la campana de gauss con la constante 0,75 a través del siguiente procedimiento.

1.- Cálculo de X promedio

$$X = 10,04$$

2.- Calculo la desviación estándar(DS)

$$DS = 3,272$$

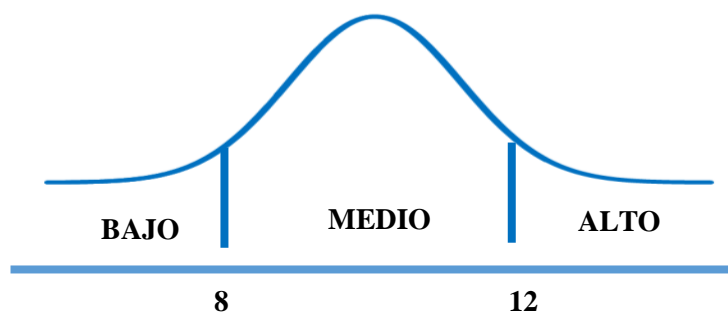
3.- Se establecieron valores para a y b

$$a = x - 0,75 (DS) \quad b = X + 0,75 (DS)$$

$$a = 10,04 - 0,75 (3,272) \quad b = 10,04 + 0,75 (3,272):$$

$$a = 7,586 \quad b = 12,494$$

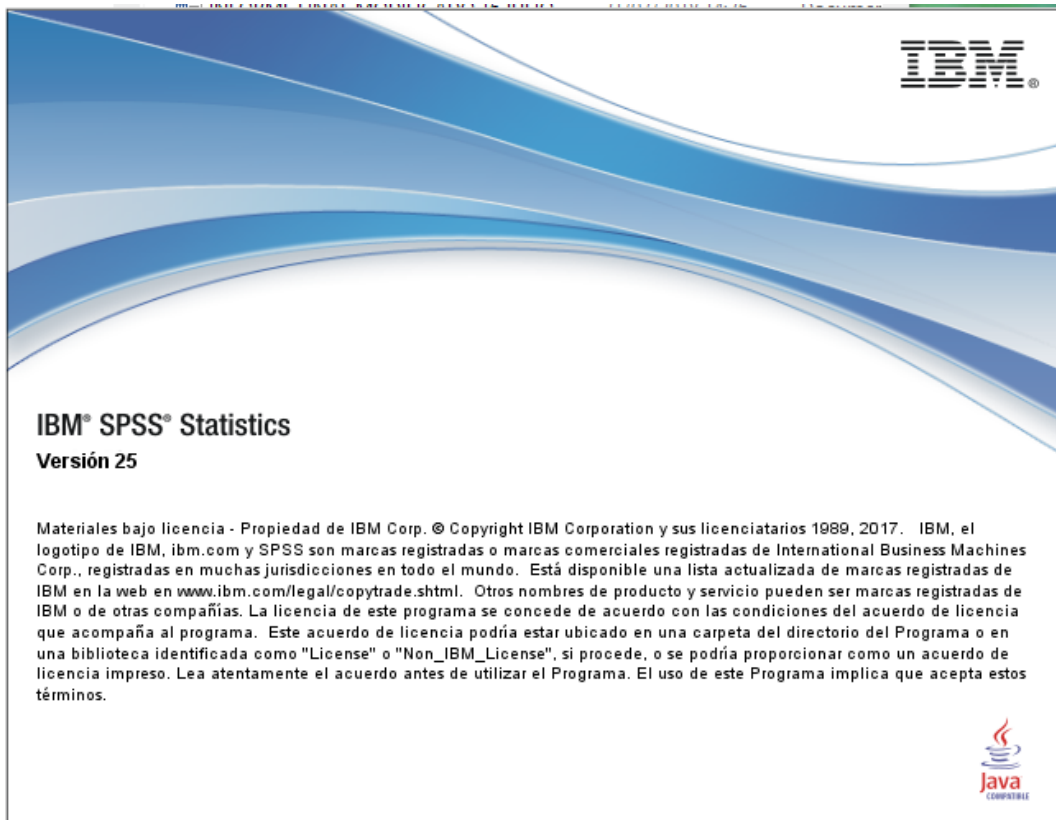
$$a = 8 \quad b = 12$$



### CATEGORIZACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO

1. Nivel de Conocimiento **Bajo** < 8
2. Nivel de Conocimiento **Medio** 8 a 12
3. Nivel de Conocimiento **Alto** > 12

# USO DEL IBM SPSS STATISTICS VERSIÓN 25



DATOS MANIPULADOS 16 JULIO.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	NOMBRE	Númérico	2	0	nombre de la m...	{1, Manielen...	Ninguno	8	Centrado	Nominal	Entrada
2	EDAD	Númérico	2	0	edad de la madre	{1, adolesce...	Ninguno	8	Centrado	Ordinal	Entrada
3	INSTRUCCI...	Númérico	2	0	grado de instru...	{1, primaria}	Ninguno	8	Centrado	Ordinal	Entrada
4	PREG_1	Númérico	2	0	Cree Ud. ¿Que ...	{1, SI}	Ninguno	8	Centrado	Nominal	Entrada
5	PREG_2	Númérico	2	0	Cree Ud. ¿Que ...	{1, SI}	Ninguno	8	Centrado	Nominal	Entrada
6	PREG_3	Númérico	2	0	Cree Ud. ¿Que ...	{1, SI}	Ninguno	8	Centrado	Nominal	Entrada
7	PREG_4	Númérico	2	0	Cree Ud. ¿Que ...	{1, SI}	Ninguno	8	Centrado	Nominal	Entrada
8	PREG_5	Númérico	2	0	Cree Ud. ¿Que ...	{1, SI}	Ninguno	8	Centrado	Nominal	Entrada
9	PREG_6	Númérico	2	0	Cree Ud. ¿Que ...	{1, SI}	Ninguno	8	Centrado	Nominal	Entrada
10	PREG_7	Númérico	2	0	Cree Ud. Que l...	{1, SI}	Ninguno	8	Centrado	Nominal	Entrada
11	PREG_8	Númérico	2	0	Cree Ud. Que l...	{1, SI}	Ninguno	8	Centrado	Nominal	Entrada
12	PREG_9	Númérico	2	0	Cree Ud. Que l...	{1, SI}	Ninguno	8	Centrado	Nominal	Entrada
13	PREG_10	Númérico	2	0	Cree Ud. Que l...	{1, SI}	Ninguno	8	Centrado	Nominal	Entrada
14	PREG_11	Númérico	2	0	Cree Ud. Que l...	{1, SI}	Ninguno	8	Centrado	Nominal	Entrada
15	PREG_12	Númérico	2	0	Cree Ud. Que l...	{1, SI}	Ninguno	8	Centrado	Nominal	Entrada
16	PREG_13	Númérico	2	0	Cree Ud. Que l...	{1, SI}	Ninguno	8	Centrado	Nominal	Entrada
17	PREG_14	Númérico	2	0	Cree Ud. Que l...	{1, SI}	Ninguno	8	Centrado	Nominal	Entrada
18	PREG_15	Númérico	2	0	Cree Ud. Que l...	{1, SI}	Ninguno	8	Centrado	Nominal	Entrada
19	PREG_16	Númérico	2	0	Cree Ud. Que l...	{1, SI}	Ninguno	8	Centrado	Nominal	Entrada
20	PREG_17	Númérico	2	0	Cree Ud. Que l...	{1, SI}	Ninguno	8	Centrado	Nominal	Entrada
21	PREG_18	Númérico	2	0	Cree Ud. Que l...	{1, SI}	Ninguno	8	Centrado	Nominal	Entrada
22	PREG_19	Númérico	2	0	El periodo de la...	{1, Es el tie...	Ninguno	8	Centrado	Nominal	Entrada
23	PREG_20	Númérico	2	0	El desarrollo de...	{1, Es el cre...	Ninguno	8	Centrado	Nominal	Entrada
24	RP01	Númérico	8	0		{1, NO}	Ninguno	8	Centrado	Nominal	Entrada

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode OFF



**SOLICITÓ:** PERMISO PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACION

**C.D, MG. JEAN CARLO CORPANCHO CARHUAZ**  
**GERENTE DEL CLAS JULIO CESAR TELLO**

Yo, **DARWIN REYES PARIONA** identificado con código. **T111221022** interno de odontología de la universidad privada telesup con domicilio Mz. H lote 8 A.H. José Carlos Mariátegui distrito de San Juan de Lurigancho ante Ud. Respetuosamente me presento y expongo.

Que estando ya con mi proyecto de tesis aprobada por la **Universidad Privada Telesup** y a puertas de terminar mi carrera de odontología, solicito a Ud. Permiso para realizar trabajo de investigación en su institución sobre **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PERIODO DE LACTANCIA MATERNA EN EL DESARROLLO DE LOS MAXILARES EN MADRES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JULIO CESAR TELLO**. Para optar el grado de Cirujano dentista.

**POR LO EXPUESTO**

Ruego a Ud. Aceptar mi solicitud

Lurin17 de mayo del 2018

**DARWIN REYES PARIONA**

DNI: 43137206



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Julio C. Tello, 25 de Mayo del 2018

Sr.

**DARWIN REYES PARIONA**  
Bachiller de odontología-UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP

De mi consideración.

Me es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez manifestarle de acuerdo al documento enviado por usted, que **el CLAS JULIO C. TELLO** por medio de la Gerencia AUTORIZA, la realización de su trabajo de proyecto de investigación titulado:

**"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PERÍODO DE LACTANCIA MATERNA EN EL DESARROLLO DE LOS MAXILARES, EN MADRES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JULIO CÉSAR TELLO, 2018"**

Sin otro en particular, me despido de usted sin antes manifestarle las muestras de mi especial consideración y estima personal

Atentamente.

GCCL/fac  
Cc.Archivo jct



1

CUESTIONARIO

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PERÍODO DE LACTANCIA MATERNA EN EL  
DESARROLLO DE LOS MAXILARES, EN MADRES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD  
JULIO CÉSAR TELLO, 2017**

FECHA: 21-05-18

INDICACIONES

Marque con un X una sola respuesta que usted crea conveniente.

NOMBRE: M. Delicia Florez Huaman Edad: 36

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Inicial ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Técnica (X) Universitario ( )

PREGUNTAS	1 SI	2 NO	3 NO SABE
1. Cree Ud. Que la lactancia materna <b>menor de 6 meses</b> puede formar la <b>mandíbula pequeña</b> ?		X	
2. Cree Ud. Que la lactancia materna <b>de 6-12 meses</b> puede formar la <b>mandíbula pequeña</b> ?		X	
3. Cree Ud. Que la lactancia materna <b>mayor a un año</b> puede formar la <b>mandíbula pequeña</b> ?		X	
4. Cree Ud. Que la lactancia materna <b>menor de 6 meses</b> puede formar la <b>mandíbula normal</b> ?	X		
5. Cree Ud. Que la lactancia materna <b>de 6-12 meses</b> puede formar la <b>mandíbula normal</b> ?	X		
6. Cree Ud. Que la lactancia materna <b>de mayor a un año</b> puede formar la <b>mandíbula normal</b> ?	X		
7. Cree Ud. Que la lactancia materna <b>de menor de 6 meses</b> puede formar una <b>mandíbula grande</b> ?	X		
8. Cree Ud. Que la lactancia materna <b>de 6-12 meses</b> puede formar una <b>mandíbula grande</b> ?		X	
9. Cree Ud. Que la lactancia materna <b>mayor a un año</b> puede formar una <b>mandíbula grande</b> ?		X	

10. Cree Ud. Que la lactancia materna <b>menor de 6 meses</b> puede formar el <b>maxilar pequeña?</b>				
11. Cree Ud. Que la lactancia materna <b>de 6-12 meses</b> puede formar el <b>maxilar pequeña?</b>				
12. Cree Ud. Que la lactancia materna <b>mayor a un año</b> puede formar el <b>maxilar pequeña?</b>				
13. Cree Ud. Que la lactancia materna <b>menor de 6 meses</b> puede formar el <b>maxilar normal?</b>				
14. Cree Ud. Que la lactancia materna <b>de 6-12 meses</b> puede formar el <b>maxilar normal?</b>				
15. Cree Ud. Que la lactancia materna <b>mayor a un año</b> puede formar el <b>maxilar normal?</b>				
16. Cree Ud. Que la lactancia materna <b>menor de 6 meses</b> puede formar el <b>maxilar grande?</b>				
17. Cree Ud. Que la lactancia materna <b>de 6-12 meses</b> puede formar el <b>maxilar grande?</b>				
18. Cree Ud. Que la lactancia materna <b>mayor a un año</b> puede formar el <b>maxilar grande?</b>				
19. El periodo de lactancia materna es:	Es el tiempo de lactancia	la edad de lactancia	Ninguna de las anteriores	
20. el desarrollo de los maxilares quiere decir:	Es el crecimiento de los maxilares hasta los 18 años	es la dimensión máxima de crecimiento	ninguna de las anteriores	

