



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

Análisis de la oclusión en niños de 6 a 10 años, que recibieron alimentación complementaria autorregulada, en el servicio de pediatría de la clínica Dr. Rafael Guerra Méndez

Pérez, Antonella C. I. 26.051.078

Nieves, Daniela C. I. 23.785.832

Urb. Yuma II, calle N° 3. Municipio San Diego

Teléfono: (0241) 8714240 (máster) – Fax: (0241) 712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



Análisis de la oclusión en niños de 6 a 10 años, que recibieron alimentación complementaria autorregulada, en el servicio de pediatría de la clínica Dr. Rafael Guerra Méndez.

Trabajo de grado para optar al título de odontólogo.

AUTORES

Pérez, Antonella C. I. V-26.051.078

Nieves, Daniela C. I. V-23.785.832

Tutora: Andrea Scovino



San Diego, 03/05/19

ACTA DE REVISIÓN DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Trabajo de Trabajo de Grado titulado:

“Análisis de la oclusión en niños de 6 a 10 años, que recibieron alimentación complementaria autorregulada, en el servicio de pediatría Dr. Rafael Guerra Méndez”

ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su presentación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

Nombre Tutor Académico

Od.Andrea Scovino

Firma

Fecha

03/05/19

At: Andrea Scovino
C
V.P.P.O.
30
03/05/19



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Mediante la presente hago constar que he leído el Proyecto de Trabajo de Grado, elaborado por el(a), los ciudadano(a) Daniela Nieves Albano, Antonella Perez Rodriguez, titular de la cédula de identidad N° 23.7858.832 26.051.078 , para optar al grado académico de Odontólogo, cuyo título es

“Análisis de la oclusión en niños de 6 a 10 años, que recibieron alimentación complementaria autorregulada, en el servicio de pediatría Dr. Rafael Guerra Méndez”. Declaro que acepto la tutoría del mencionado Proyecto de Trabajo de Grado durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que se designe; según las condiciones del Reglamento de Estudios de la Universidad José Antonio Páez.

En San Diego, a los 3 días del mes de Mayo del año dos mil diecinueve

Od. Andrea Scovino
C.I. 24.553.114

Escuela de Odontología UJAP
M.P.P. 33.702 C.O.V. 33.25

RECONOCIMIENTOS

Prof. Andrea Scovino

Clínica “Dr. Rafael Guerra Méndez”

Dr. Isaac Farache

Prof. Gladys Orozco

Prof. Ángel Fernández

Prof. Bianca López

Universidad José Antonio Páez

Facultad de Odontología UJAP

AGRADECIMIENTOS

*Primeramente a mi abuela en el cielo, quien guía mis pasos día a día y quien fue mi mayor motor para lograrlo.
A mis padres que son mis grandes pilares de vida, a quienes no me alcanzara la vida para agradecerles por creer en mí , por estar siempre firmes , por ser mi mejor ejemplo de constancia y dedicación y nunca dejarme abandonar mis sueños, con ustedes todo sin ustedes nada , los amo.*

A mi esposo quien siempre apoyo mis decisiones, quien fue una fuente de buenas energías y mi apoyo incondicional, gracias por siempre.

A mis tíos Saúl, Maigualida, Ángela, Roberto y primos Sabrina y Roberto por siempre estar para mí y tener siempre la palabra indicada en el momento preciso, sin ustedes el camino no hubiese sido igual.

A mi madrina María Elena quien me apoyo desde el día uno de mi carrera, eternamente agradecida.

A nuestra tutora profesora Andrea Scovino por mostrar siempre su mejor disposición y paciencia.

A mis profesores y a la universidad por crearme como profesional, muchos de ellos dejaron huellas significativas en mí.

A mi compañera de tesis y amiga Antonella, por su apoyo durante el desarrollo de nuestro trabajo y su amistad, fue un placer realizar el trabajo de grado contigo.

A mis futuras Colegas y amigas Katherine, gabriella, Valeria, maria José y antonella las hermanas que me regalo la carrera.

***Eternamente agradecida
Daniela Nieves Albano***

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, quiero agradecer a Dios, por todas las oportunidades dadas, por permitirme alcanzar mis metas a pesar de todas las dificultades y situaciones que se presentaron. Por siempre cuidarme y guiarme.

A mis padres, que a pesar de la distancia, son mi motor y mi más grande apoyo. Por confiar siempre en mí, por su gran esfuerzo y por permitirme llegar hasta aquí. Los amo.

A mi hermana, por ser la razón por la que quiero ser mejor.

A Gustavo, por siempre estar ahí, por haber sido un apoyo fundamental y por ayudarme a culminar mi meta.

A mi novio, por ser mi apoyo incondicional, por su paciencia, por nunca dejar que me diera por vencida y por nunca dejarme sola en los días difíciles. Estaré eternamente agradecida.

A mis abuelos, mi abuelo en el cielo, que fue un motor y apoyo fundamental, y mi abuela, por ser también un gran apoyo y siempre estar orgullosa de mí.

A mis tías y primos, por siempre preocuparse y estar pendientes de mí.

A la familia de mi novio, por haberme adoptado a lo largo de este tiempo, por ser tan cálidos y atentos conmigo. Son la segunda familia que me regaló la vida. Gracias siempre.

A mi escuela de Odontología y profesores, por mi formación, y por todas las cosas buenas que marcaron en mí. Por regalarme los mejores años de mi vida.

A nuestra tutora Andrea Scovino, por su paciencia y dedicación, y por toda su ayuda.

A mi compañera de tesis, Daniela Nieves, por ser la mejor compañera, y por su gran amistad. Una de las mejores personas y hermanas que me dejó la universidad.

A mis amigas y futuras colegas, Hijiri Nakamura, Valeria Acosta por su amistad y compañía a lo largo de la carrera y María José Colmenares, por su linda amistad y por siempre estar ahí.

Antonella Pérez Rodríguez

LISTA DE GRAFICOS

Grafico 1. Clasificación de Angle – llave molar y llave canina.....48

Grafico 2. Oclusión en plano sagital y vertical – línea media.....	49
Grafico 3. Oclusión en plano sagital y vertical –overjet y Overbite.....	50
Grafico 4. Oclusión en plano sagital y vertical-Tipo de mordía.....	51
Grafico 5. Oclusión en plano sagital y vertical-anomalías de Posición.....	52
Grafico 6. Alimentación complementaria autorregulada – Tipo de alimentación....	54
Grafico7.Alimentación complementaria autorregulada–Edad de inicio del método..	55

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de Angle – llave molar y llave canina.....	47
Tabla 2. Oclusión en plano sagital y vertical – línea media	48

Tabla 3. Oclusión en plano sagital y vertical –overjet y Overbite.....49
Tabla 4. Oclusión en plano sagital y vertical-Tipo de mordía.....50
Tabla 5. Oclusión en plano sagital y vertical-anomalías de Posición.....51
Tabla 6. Alimentación complementaria autorregulada – Tipo de alimentación.....53
Tabla 7. Alimentación complementaria autorregulada – Edad de inicio del método..54



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES

Apellidos	Nombres	Cédula De Identidad
Perez Rodriguez	Antonella	V-26.051.078
Dirección: Maracay, urb. La soledad edf. Montblanc		Teléfono: 0424-314-2489
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela Odontología	Índice Académico	
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autores		
Nombre	Antonella Perez, Daniela Nieves	Teléfono: 0424-320-3576/0424-314-2489
Título Del Trabajo: Análisis de la oclusión en niños de 6 a 10 años, que recibieron alimentación complementaria autorregulada, en el servicio de pediatría Dr. Rafael Guerra Méndez.		
Breve Explicación: se realizara un analisis en la oclusion para comprobar si existe algun beneficio con este tipo de laimentacion		
Lugar Donde Se Desarrollará El Proyecto: Universidad José Antonio Páez		
Tiempo De Desarrollo: 5 meses.		
Tutor Académico Propuesto: Profesora andrea scovino		

APROBADO: _____ **NO APROBADO:** _____
COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTÍAS Y TRABAJO DE GRADO

_____ **NOMBRE** _____ **FIRMA** _____ **FECHA**

_____ **NOMBRE** _____ **FIRMA** _____ **FECHA**

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA: _____



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONAÑES		
Apellidos	Nombres	Cédula De Identidad

Nieves Albano	Daniela Carolina	V-23785.832
Dirección: maracay, urb. Base aragua res. trebol		Teléfono: 0424-320-3576
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela Odontología	Indice Académico	
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autores		
Nombre	Antonella Perez, Daniela Nieves	Teléfono: 0424-320-3576/0424-314-2489
Título Del Trabajo: Análisis de la oclusión en niños de 6 a 10 años, que recibieron alimentación complementaria autorregulada, en el servicio de pediatría Dr. Rafael Guerra Méndez.		
Breve Explicación: se realizara un analisis en la oclusion para comprobar si existe algun beneficio con este tipo de laimentacion		
Lugar Donde Se Desarrollará El Proyecto: Universidad José Antonio Páez		
Tiempo De Desarrollo: 5 meses.		
Tutor Académico Propuesto: Profesora andrea scovino		

APROBADO: _____ **NO APROBADO:** _____
COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTÍAS Y TRABAJO DE GRADO

NOMBRE	FIRMA	FECHA
NOMBRE	FIRMA	FECHA

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA: _____

INDICE

CONTENIDO
 ACTA DE REVISION DEL TRABAJO DE GRADO
 CARTA DE ACEPTACION DEL TUTOR
 RECONOCIMIENTOS
 AGRADECIMIENTOS
 LISTA DE GRAFICOS

LISTA DE TABLAS

RESUMEN INFORMATIVO.....	14
ABSTRACT.....	15
INTRODUCCION.....	16

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema.....	18
Objetivos de la investigación.....	23
Objetivo General.....	23
Objetivos Específicos.....	23
Justificación de la investigación.....	23
Alcances y limitaciones.....	26

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Antecedentes de la investigación.....	27
Bases Teóricas.....	28
Desarrollo y alimentación.....	28
Lactancia.....	31
Alimentación Complementaria.....	32
Método Baby Led Weaning(BLW).....	34
Desarrollo de los maxilares.....	37
Contactos dentarios funcionales óptimos.....	38
Llave de Angle	39
Bases Legales.....	40
Definición de términos básicos.....	41
Operacionalizacion de variables.....	44

CAPITULO III

MARCO METOLOGICO

Tipo y diseño de la investigación.....	45
--	----

Población y muestra.....	45
Técnica e instrumentos de la recolección de datos.....	45
Procesamiento y análisis de los resultados.....	46
CAPITULO IV	
RESULTADOS	
Análisis e interpretación de los resultados.....	47
Discusión.....	55
CAPITULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones.....	58
Recomendaciones.....	59
Anexos.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	66



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



RESUMEN INFORMATIVO

La alimentación del niño y la niña desde el inicio de la vida se constituye en un componente importante para el crecimiento y el desarrollo infantil integral. La alimentación y el desarrollo de los maxilares están sumamente relacionados, el amamantamiento es responsable de la maduración de los músculos de la masticación. Prolongar el tiempo de lactancia materna exclusiva no traería ningún tipo de beneficios en el desarrollo de los maxilares en especial del maxilar inferior, trayendo como consecuencias, maloclusiones. Es ahí donde la alimentación complementaria conocida con el nombre de alimentación complementaria autoregulada, juega un papel importante en desarrollo tanto bucal como integral de los infantes. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 o 24 meses de edad. Se puede comenzar con la alimentación complementaria autoregulada a partir de los 6 meses ya que es la edad donde el infante desarrolla la capacidad de sentarse, la mayoría de las sociedades científicas, entre ellas la Asociación Española de Pediatría, la Academia Americana de Pediatría y la Organización Mundial de la Salud recomiendan una lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



ABSTRACT

The feeding of the boy and the girl from the beginning of the life constitutes in an important component for the growth and the integral infantile development. The feeding and development of the jaws are highly related, breastfeeding is responsible for the maturation of the muscles of mastication. Prolonging the time of exclusive breastfeeding would not bring any kind of benefits in the development of the jaws, especially of the lower jaw, bringing as consequences, malocclusions. It is there where the feeding would complete known with the name of self-regulated supplementary feeding, plays an important role in both buccal and integral development of the infants. The transition from exclusively breastfeeding to complementary feeding generally covers the period from 6 to 18 or 24 months of age. You can start with self-regulated supplementary feeding from 6 months since it is the age where the infant develops the ability to sit, most scientific societies, including the Spanish Association of Pediatrics, the American Academy of Pediatrics and the World Health Organization recommends exclusive breastfeeding during the first 6 months of life.

INTRODUCCION

Amamantar a un hijo es una de las experiencias más gratas en la vida de una mujer ya que su leche constituye el alimento ideal para el niño durante los primeros 4 a 6 meses de vida, y sigue siendo una importante fuente de proteínas y otros nutrientes, incluso después de iniciarse la introducción de alimentos complementarios. Shekhar, plantea que el primer objeto a quien el niño dirige su exigencia es a la madre y lo hace basado en la necesidad de alimentarse. Si la alimentación no ha sido satisfactoria porque la succión se vio frustrada, este bebé, a lo largo de su vida, irá

creando sustitutos, por ejemplo: tenderá a chuparse el dedo o la lengua después de alimentarse, en un esfuerzo por satisfacer su instinto de succión o se pondrá objetos extraños en la boca, se morderá las uñas, el pelo, el brazo y el labio. En fin, practicará muchos de estos hábitos incorrectos que son causa de maloclusión en etapas posteriores.

Las maloclusiones se comienzan a manifestar en las primeras etapas de la vida. Los estudios epidemiológicos de salud bucodental para conocer prevalencia y severidad de maloclusiones constituyen un instrumento básico en la planificación de los programas de promoción, prevención y curación tan importantes para el control de los problemas que pueden ocasionar alteraciones estéticas y funcionales del aparato estomatognático. Las maloclusiones son unos de los problemas más habituales en la salud bucodental, después de las caries y los problemas periodontales. Se trata de la posición inadecuada de los dientes que produce una aceptación incorrecta entre los mismos al cerrar completamente la boca. Se define como cualquier alteración del crecimiento óseo del maxilar o la mandíbula y/o cualquier posición dentaria que impida una correcta función del aparato masticatorio.

Evitar la ingesta de dietas sólidas puede contribuir un desarrollo muscular perifacial imperfecta. Esta afección no pone en riesgo la vida del paciente, pero teniendo en cuenta su prevalencia e incidencia es considerada un problema de salud pública, de manera que el personal especializado para tales fines debe encaminar sus esfuerzos hacia la prevención. La aparición de diversas anomalías dentomaxilares es influenciada por factores que actúan desde edades muy tempranas y ocasionan alteraciones manifestadas en los primeros años de vida, donde predomina o es casi exclusiva la dentición temporal.

Los factores genéticos conjuntamente con los ambientales (hábitos alimentarios y de succión), condicionarán la forma de disponerse las arcadas dentarias a través de la musculatura, tejidos blandos, fuerzas periodontales y la relación postural del sistema estomatognático. La función de la lactancia materna es relevante y el momento en que se practique es un período vital de crecimiento no igualado durante el resto de la

vida. Solo esta permite obtener un resultado óptimo, pues ningún biberón es capaz de replicar las características de succión del seno materno. La alimentación autorregulada por él bebe está cogiendo fuerzas entre las formas de crianza de los papas y mamas en cuanto a nutrición se refiere.

Se trata de introducir los alimentos sin triturar y exponer a los bebes para que ellos experimenten y vayan probando lo que les llama la atención. La alimentación civilizada con sus biberones y demás alimentos procesados de consistencia blanda satisfacen las necesidades nutricionales de los niños, pero no producen la función masticatoria suficiente para que los maxilares se desarrollen de forma correcta, esta alimentación civilizada no estimula el acto mecánico de la trituración de los alimentos, por lo que no proporciona la energía suficiente para el desarrollo de la cara y la mandíbula, por ello se aconseja ir introduciendo paulatinamente, alimentos duros secos y fibrosos para que los bebes vayan estimulando su masticación y de esta manera reducir el riesgo a padecer una maloclusion en el futuro.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

La alimentación del niño y la niña desde el inicio de la vida se constituye en un componente importante para el crecimiento y el desarrollo infantil integral. El consumo de los alimentos con los nutrientes requeridos para el normal crecimiento y desarrollo de los niños, sumado a un escenario familiar que proporcione experiencias positivas que favorezcan el consumo de los alimentos, promueve la adquisición de

habilidades sociales, emocionales e intelectuales acordes al crecimiento físico del niño. Así, la alimentación rebasa la mirada restringida a lo corporal, configurándose como un componente que afecta el desarrollo infantil de manera integral (1).

De este modo, cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo. La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento (2).

Es por ello que la nutrición y la alimentación son esenciales para garantizar el crecimiento y desarrollo corporal del niño, mediante la adquisición de hábitos alimentarios saludables desde el inicio de la vida. El consumo de alimentos debe ser adecuado para la edad, la estatura, la actividad realizada y para el ciclo de vida; debe ser suficiente para cubrir los requerimientos de calorías y nutrientes (proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales); y debe ser balanceado, de manera que los nutrientes guarden la proporción correcta en todos los momentos de comida (1).

De esta forma, favorece el normal funcionamiento del organismo y el crecimiento y desarrollo físico del niño. En la medida en que la selección, la preparación y el consumo de los alimentos se conviertan en rutinas o hábitos que acojan los principios nutricionales, se estimulará una vida saludable, libre de enfermedades relacionadas con el consumo excesivo o deficitario de calorías y nutrientes. Sabemos que, cuando el niño nace, su organismo está preparado para la succión y digestión de la leche (3).

La cavidad bucal tiene función de ventosa con paladar plano y una macroglosia relativa, por esta razón, es una cavidad más teórica que real, a fin de crear un vacío durante la succión que se refuerza con la prominencia del labio superior durante este acto, llamado "callo de succión". Además, la mandíbula del bebé se encuentra en una

posición más posterior o distal (en relación con el maxilar superior) y al realizar los movimientos para tomar el pezón y tragar, toma la forma de la cavidad bucal (2, 3).

La lactancia materna es parte integrante del proceso reproductivo, la cual constituye una forma ideal y natural de alimentar al bebé y es la base biológica- psicológica única para su desarrollo. Por ello, cuando por una razón imperiosa se debe dejar de alimentar al bebé con el pecho, es necesario para su desarrollo que se le aporten todos los elementos nutritivos para su crecimiento, a través de una alimentación equilibrada (calidad y cantidad del alimento) y una higiene constante (3).

La calidad se garantiza mediante el suministro de los productos alimenticios que fundamentalmente le permitirán formar nuevos tejidos, crecer, mantener el equilibrio químico y bioquímico, así como proveer de fuerza y calor al cuerpo. Todos los alimentos y entre ellos el agua, son necesarios para el crecimiento y desarrollo adecuado del bebé (4).

Cabe destacar que, el amamantamiento es responsable de la maduración de los músculos de la masticación, debido a que cada músculo está preparado al principio para una sencilla función (amamantarse) y luego va madurando para cumplir correctamente con funciones más complejas (masticación). Los movimientos de estos músculos, aunque limitados fisiológicamente en el recién nacido, van a madurar el sistema muscular por medio de la lactancia natural o alimentación a pecho (4, 5).

Sin duda, a partir de los 6 meses de edad, las necesidades de energía y nutrientes del lactante comienzan a exceder lo aportado por la leche materna; entonces, la alimentación complementaria se vuelve necesaria para cumplir con el aporte recomendado de energía y de nutrientes; si no se introducen a esta edad o administran de manera inapropiada, el crecimiento del lactante se puede ver afectado. Por lo que se toma como objetivo principal de la investigación (4,5).

Si bien es cierto que, la base de una alimentación sana, correcta y equilibrada tiene su fundamento en la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, con otros alimentos hasta los dos años de edad y después hasta que el niño y la madre lo deseen tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS). A nivel mundial

se ha estimado que el 34.8% de lactantes reciben lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, la mayoría recibe otro tipo de alimento o líquido en los primeros meses, por lo que los alimentos complementarios frecuentemente son introducidos demasiado temprano o demasiado tarde y en general, nutricionalmente inadecuados e inseguros (4).

Cabe considerar que, el destete de la lactancia materna representa una etapa clave en el crecimiento y desarrollo del niño por su repercusión nutricional, psicológica y social, de allí, que la OMS desde 2007 recomienda la lactancia materna exclusiva como alimento ideal durante los 6 primeros meses de vida. El desarrollo y crecimiento de los maxilares está directamente relacionado con la estimulación mediante la masticación, siendo esto de suma importancia para un buen desarrollo de oclusión dentaria. Es acá donde radica el problema a la hora de la alimentación complementaria, después de los 5 meses de edad las madres comienzan a licuar los alimentos ya sean proteínas, verduras, carbohidratos. La ablactación es la administración de alimentos diferentes a la leche, que se proporcionan al bebé cuando sus necesidades nutricionales son mayores a las que pueden cubrir la leche materna o la fórmula. La introducción de sólidos en la dieta del bebé debe llevarse a cabo de manera suave y paulatina, e iniciarse en el sexto mes de vida (3).

Ahora bien, este proceso no es inadecuado al cumplir los 6 meses, el problema está cuando se sigue alimentado al infante de esta forma luego de ese periodo ya que no existe dicha estimulación a los maxilares, así como tampoco al acto de la masticación, al darles todo de forma líquida no favorece al fortalecimiento de los músculos de la masticación como tampoco en el desarrollo de los maxilares. Una alimentación blanda prolongada en el tiempo, repercute en problemas en la mordida y oclusión, al no ejercitarse una correcta masticación (5).

Por esta razón algunos pediatras aconsejan el consumo de alimentos con fibra como: manzana, pera, zanahoria, etc. Desde la erupción de los primeros dientes, para favorecer el desarrollo de los huesos maxilares. Y por qué están preparados para masticar entre los 6-8 meses aunque no tenga dientes. Este tipo de alimentos no

pueden ser ingeridos antes de los 6 meses ya que los movimientos masticadores reflejos aparecen a partir de este periodo. Sin embargo, la lactancia materna única hasta después de los 6 meses como único método de alimentación es un riesgo en varios aspectos de la formación bucodental del bebe ya que interfiere en la maduración de las futuras funciones orales (5, 6).

Aumentado el riesgo de deglución atípica, respiración bucal, disfunción masticatoria, dificultades en la fonoarticulación del lenguaje entre otros. Podemos decir que, existen diversos riesgos de la introducción tardía de alimentos complementarios en el bebe, como riesgo de carencias nutricionales, sobre todo de hierro y zinc, Aumento del riesgo de alergias e intolerancias alimentarias. Rechazo de nuevas texturas y sabores, con riesgo de problemas en la adquisición de una buena relación con la comida, Mayor posibilidad de alteración de habilidades motoras orales (7, 8).

De hecho, se han realizado diversas investigaciones donde se logra comprobar que el mal desarrollo de los maxilares está relacionado directamente con el apiñamiento en unidades dentarias. Las alergias y el asma que generan la postura de la boca abierta, así como el uso prolongado de chupete o mamadera, también contribuyen al subdesarrollo de los maxilares. Estos problemas se pueden observar desde los 5 años de edad y son la causa de un desarrollo facial y dental inadecuado (8, 9).

Debemos saber que, la deglución incorrecta junto con la respiración bucal, restringe el crecimiento anterior de los maxilares y de la cara en crecimiento. Esto produce insuficiente espacio para los dientes anteriores y posteriores, incluyendo los terceros molares. El maxilar y la mandíbula son relativamente pequeños y rudimentarios con relación a otras estructuras craneales, ellos irán creciendo y desarrollándose a medida que avanza la formación y calcificación de los dientes y para el momento de su erupción habrán conseguido una dimensión suficiente que les permitirá colocarse alineados dentro del arco (10, 11, 12).

Además, las regiones de ambos maxilares que contienen todos los gérmenes crecen considerablemente durante los 6 a 8 meses de vida postnatal, y un desarrollo significativo tiene lugar durante el primer año. Stillman, encontró que en el recién

nacido no existe una relación estable entre los maxilares en el plano anteroposterior y la mayor parte del tiempo la mandíbula se encuentra en posición de reposo. el desarrollo transversal de ambos maxilares puede realizarse principalmente debido a la presencia de la sutura en el plano medio del maxilar y de la mandíbula, ambas estructuras son capaces de un crecimiento rápido; pero como la sincondrosis de la mandíbula se calcifica a los seis meses de edad, su potencial para el crecimiento transversal es eliminado tempranamente, después que la unión del hueso se ha establecido entre las dos hojas que la forman, el potencial de la actividad sutural se pierde, pero permanece hasta que se ha completado el desarrollo de la dentición y el crecimiento facial ha concluido (11, 12, 13).

Por ultimo añadimos que, después que se ha establecido la oclusión en la región posterior, el desarrollo de los arcos se hace de manera coordinada y luego, el desarrollo posterior del maxilar en ese sentido será determinado principalmente por las limitaciones de la mandíbula, ya que la sincondrosis mandibular ya ha sido calcificada, como consecuencia, el potencial de crecimiento de la sutura media es solo parcialmente utilizada (13, 14).

Considerando la problemática planteada surge la siguiente interrogante ¿el método de alimentación complementaria autoregulada favorecerá el desarrollo de la oclusión en niños de 6 a 10 años en el servicio de pediatría de “Dr. Rafael Guerra Méndez”?

Objetivos de la investigación

Objetivo General

- Analizar la oclusión en niños de 6 a 10 años, que recibieron alimentación complementaria autorregulada en el Servicio de Pediatría de la clínica “Dr. Rafael Guerra Méndez”.

Objetivos Específicos

- Determinar el tipo de oclusión en niños de 6 a 10 años que recibieron alimentación complementaria autorregulada en el servicio de pediatría de la clínica “Dr. Rafael Guerra Méndez”.
- Categorizar el tipo de alimentación autorregulada en los infantes que acuden al servicio de pediatría de la clínica “Dr. Rafael Guerra Méndez”.
- Interpretar la administración de alimentación con respecto a la presencia de maloclusión.

Justificación

Cuando se estudian las curvas de crecimiento de los pequeños, alimentados exclusivamente con lactancia natural o fórmula de inicio, hay desaceleración a partir de los 4 a 6 meses, es decir, existen razones motivacionales para comenzar la alimentación complementaria a esta edad debido a que los sistemas y órganos han alcanzado un desarrollo madurativo suficiente. La tolerancia que se produce está justificada por la aparición de enzimas como la amilasa pancreática, el incremento de las sales biliares, el desarrollo de inmunidad local digestiva como barrera de defensa frente a los antígenos alimentarios, el aumento de la capacidad renal a la carga de solutos, así como la adquisición y desaparición del reflejo de sostén cefálico y de extrusión respectivamente, que va a permitir al niño, aceptar o rechazar estos nuevos alimentos, según sus necesidades; además de la adquisición de nuevos hábitos alimentarios, los cuales facilitarán los cambios que ello supone en cuanto a sabor, consistencia y color.

De hecho, no es un impedimento que el niño aun no tenga ninguna unidad dentaria ya que esta forma aprenderá a masticar. Es por esta razón la importancia de la ingesta de alimentos sólidos desde los 6 meses de edad. Cuando él bebe succiona sea leche o cualquier alimento líquido va directamente a la parte posterior de la cavidad bucal, en caso de los alimentos sólidos el infante debe moverlos en la boca antes de deglutir. Es importante conocer las particularidades de la introducción de alimentos en niños que toman lactancia materna, ya que las recomendaciones son diferentes de las de aquellos niños que toman biberón. Las tomas no se “sustituyen”, sino que el pecho

sigue siendo la fuente principal de alimento hasta los 12 meses, siendo el resto de la comida “complementaria”. Individualizar el consejo según las particularidades de cada caso, horarios de trabajo, cultura y preferencias familiares puede ayudar al mantenimiento de la lactancia y a la satisfacción en la relación médico-paciente.

La mayoría de las sociedades científicas, entre ellas la Asociación Española de Pediatría, la Academia Americana de Pediatría y la Organización Mundial de la Salud recomiendan una lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida. Hay otros grupos, entre ellos la ESPGHAN (Sociedad Europea de Gastroenterología pediátrica, hepatología y nutrición), que considera que se puede comenzar a dar otros alimentos entre las 17 semanas (principio del 5º mes) y nunca más tarde de las 26 semanas de vida (principios del 7.º mes), considerando no obstante como deseable el objetivo de los 6 meses de lactancia materna exclusiva. En una revisión reciente no se han podido encontrar motivos que justifiquen una introducción precoz, por lo que la recomendación actual de la OMS (Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y posteriormente complementada con otros alimentos hasta al menos los dos años o más) tiene plena vigencia (17).

Podemos concluir que, la alimentación complementaria autoregulada es un método gradual de introducción de la alimentación. Podría traducirse como “Destete dirigido por el bebé” (en lengua inglesa se usa este término como sinónimo de inicio de la Alimentación Complementaria, ya que ésta es el inicio del destete) o “Alimentación complementaria dirigida por el bebé o a demanda“. Es el método más natural de seguir alimentando a nuestros hijos (más bien permitirles que se alimenten ellos) tras los 6 meses de Lactancia Materna Exclusiva (LME) que recomiendan la OMS y la mayoría de Asociaciones de Pediatría (AAP, AEPED...). Tras 6 meses alimentación a demanda, en la que ellos han regulado la cantidad y calidad (más o menos proteínas, lípidos, etc) de los nutrientes que han necesitado, lo más natural es permitirles que sigan con dicha autorregulación, ellos mejor que nadie saben lo que necesitan en cada momento. Simplemente nos encargaremos de poner a su alcance alimentos sanos y variados y dejar que coman lo que quieran (18).

Se sienta al bebé a la mesa con el resto de la familia (bien en el regazo bien en la trona) y se le permite participar de la comida familiar. No será necesario cocinar alimentos distintos para el bebé, con separar su parte antes desalar o añadir ingredientes que no debe tomar es suficiente. El bebé aprende pronto por imitación. Al principio le daremos alimentos blandos en trozos grandes (algo más que su puño) que pueda ir chupando, o incluso machacados que ellos cogen a puñados, y conforme va evolucionando le damos trozos más pequeños permitiéndole mejorar en el control de la “pinza inteligente“. Prácticamente sin darnos cuenta nuestro bebé manejará los cubiertos y beberá en vaso cuando otros niños de su edad siguen bebiendo en biberón y alimentados por papillas dadas por sus padres. Lo mejor de este método no es la comodidad de cocinar lo mismo para toda la familia o la evolución más rápida a nivel psicomotor de dichos niños sino lo bien que lo pasan en la comida, aprendiendo a comer, imitando a los mayores, y lo que disfrutamos el resto de la familia viendo sus progresos y cómo se divierten (17, 18).

Cabe destacar que al principio comen muy poca cantidad y básicamente juegan y experimentan sabores, texturas, etc. No hay ningún problema ya que a estas edades la alimentación tiene un objetivo educacional, no nutricional, ya que sus necesidades están cubiertas por la lactancia materna (el único elemento que podría ser deficitario en algún caso es el hierro, aunque no es lo habitual, por lo que se recomienda empezar con alimentos ricos en hierro). Poco a poco van comiendo más y necesitando menos cantidad de leche por lo que se produce un destete muy lento y gradual, y más natural y agradable para ambos que el forzado por ir sustituyendo tomas por papillas. Es más fácil llegar a los 2 años de lactancia materna recomendados por la OMS y a una lactancia prolongada con esta forma de alimentación (18).

Alcance y Delimitación

La presente investigación se realizara en el hospital “Dr. Rafael Guerra Méndez” en el servicio de pediatría, fundado hace aproximadamente 50 años. En la actualidad, es una institución destinada a proporcionar atención a la salud, desde el punto de vista preventivo, diagnóstico, terapéutico y de rehabilitación. Además dispone de una

amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas y una extensa variedad de unidades de apoyo diagnóstico con tecnología avanzada para la asistencia de pacientes adultos y niños.

El estudio considerara el seguimiento de los niños entre 6 y 10 años a los que se les ha aplicado el método de alimentación complementaria autoregulada. Adicionalmente, se definirán criterios de inclusión que permitirán la constitución de la muestra sobre la cual se estudiara la efectividad de la aplicación del método de alimentación complementaria autorregulada en niños.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación

En primer lugar, García (2014) Guatemala; en su tesis de grado titulada: Caracterización de prácticas de alimentación complementaria a la lactancia materna que realiza la madre del niño (a) de 6 meses a un año de edad, en Guatemala, tuvo como objetivo principal Caracterizar las prácticas de alimentación complementaria a

la lactancia materna que realiza la madre de niño de 6 meses a un año, de la etnia mam en la jurisdicción 2, Ixtahuacan Huehuetenango. En el estudio se encontró un nivel bajo de conocimiento sobre la consistencia, la cantidad y frecuencia de los alimentos. Este trabajo es pertinente para el desarrollo de esta investigación en cuanto aborda el desconocimiento de las pautas de aplicación de la alimentación complementaria como un factor determinante que impacta en el desarrollo de los niños (19).

Por otra parte, López en el (2016) México; publicó el trabajo titulado: Función motora oral del lactante como estímulo de crecimiento craneofacial. Cuyo objetivo fue analizar los efectos de la función motora oral de lactantes en el desarrollo adecuado de estructuras craneofaciales, teniendo en cuenta los mecanismos biológicos y el tipo de alimentación el crecimiento del complejo craneofacial, a través de una revisión crítica de diversos artículos con el objetivo de analizar la relación entre los mecanismos biológicos, el tipo de alimentación y los procesos funcionales orales del lactante como mecanismos que estimulan el crecimiento craneofacial. Encontrando que una adecuada función motora oral induce un óptimo crecimiento craneofacial. Este trabajo es pertinente para el desarrollo de la presente investigación en cuanto destaca la importancia de la masticación y deglución en la evolución del componente facial que inducen una morfología facial adecuada y caracterizan la estructura del rostro del infante. Así como, para un crecimiento craneofacial óptimo (20).

De igual manera, Blázquez, C. en el 2017 en Murcia España, realizó el trabajo sobre la alimentación autorregulada por el bebe y su relación con las habilidades del niño. Su objetivo fue analizar las habilidades del niño alimentado de forma autorregulada frente a aquel que ha sido alimentado de forma tradicional. La alimentación autorregulada por el bebé (BLW) supone una mejora de las habilidades del niño, al compartir alimentos, espacio y tiempo con la familia en el momento de comer al introducir los alimentos en su textura original, sin mezclar ni triturar, lo que aporta ciertos beneficios para el bebé según diversos estudios, entre los que destaca el

compartir con el bebé la comida familiar, incluyéndolo en un acto social. Este trabajo se relaciona con la presente investigación al evidenciar los beneficios de la alimentación autorregulada por él bebe en el desarrollo integral del niño (20).

Finalmente, Mendoza y colaboradores, en el 2017 en México publicaron su investigación titulada: Actualidades en alimentación complementaria, cuyo objetivo fue analizar analizó las diferentes guías existentes y recomendaciones actuales que rigen la alimentación complementaria adaptada a las tradiciones y patrones de alimentación aplicable a toda Latinoamérica. Así se especifica la forma adecuada en la que la alimentación complementaria debe realizarse considerando las recomendaciones de las guías que actualmente rigen la nutrición de los niños. Esta investigación sirve de referencia al presente trabajo por cuanto aporta de forma actualizada los soportes teóricos para su desarrollo (21).

Bases Teóricas

Desarrollo y Alimentación

Para el mantenimiento de las funciones orgánicas, el crecimiento y desarrollo es necesario consumir los alimentos en cantidades adecuadas. Si el organismo no recibe las suficientes sustancias nutritivas, se producen problemas nutricionales como la anemia y la desnutrición; si se ingieren en exceso se producen alteraciones como la obesidad, la cual tiende a estar asociada con enfermedades crónicas degenerativas tales como la diabetes, hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares. La satisfacción de las necesidades de energía y nutrientes, a través de la ingestión de una alimentación sana, adecuada en cantidad y calidad, garantiza la utilización de los nutrientes (proteínas, carbohidratos, lípidos o grasas, vitaminas y minerales) que intervienen en los procesos de crecimiento y desarrollo así como en la reparación de los tejidos (22).

El aumento de tamaño se relaciona más con el crecimiento y la capacidad funcional del ser humano y con el concepto de desarrollo o de maduración. La estatura de los niños y niñas y su ritmo de crecimiento se ve afectado por diversos factores genéticos, hormonales, ambientales y especialmente nutricionales, que interactúan

desde el momento de la concepción hasta el final de la pubertad. El crecimiento de cada niño y niña tiene características individuales, incluso dentro de una misma familia. La medición periódica de peso y talla es uno de los procedimientos para establecer si el niño o niña están dentro de los límites normales para su edad y sexo. El individuo en el primer año de vida y el inicio de la adolescencia tienen un crecimiento acelerado y en el caso del inicio de la adolescencia el desarrollo emocional e intelectual también es más rápido, los cuales suelen afectar los hábitos alimentarios (22).

Para comprender mejor cómo la función motora oral estimula directamente un crecimiento craneofacial adecuado, este análisis debe complementarse con la revisión de dos de los fenómenos biológicos que subyacen un desarrollo normal y corresponden a la actividad muscular, y la biología y crecimiento óseo, factores estrechamente relacionados con la estructura y función. En el complejo craneofacial el componente muscular tiene actividad vital para el desarrollo y función de procesos fisiológicos. De particular importancia se encuentran los músculos linguales, que provienen del grupo muscular derivado de células progenitoras del tronco, que también dan origen a músculos del cuello; y los músculos braquioméricos de origen en los arcos faríngeos, que controlan o están involucrados en los procesos de expresión facial y masticación. Asimismo, la contracción discriminatoria de diferentes músculos de cabeza y cuello es necesaria para el movimiento, siendo la mandíbula, lengua y labios sus principales estructuras efectoras. Estas estructuras anatómicas cambian con base en el aprendizaje experiencial del niño, y en la maduración neurológica que consiste en una correcta coordinación neuromuscular, que regula y conjuga las actividades de todo el sistema, donde intervienen elementos neuronales a través de la comunicación sináptica (23, 24, 25).

La morfogénesis muscular ocurre simultáneamente con varios tejidos del complejo craneofacial, estos mismos adoptan estrategias moleculares para su diferenciación, por lo cual se distinguen según su localización anatómica y función específica. El músculo esquelético formado por fibras estriadas se inserta sobre la superficie ósea, y

produce el movimiento de estructuras a través de la actividad contráctil (contracción o relajación) voluntaria del mismo, por lo tanto las fibras musculares se disponen en dirección paralela u oblicua al eje de acción, lo que regula la fuerza e intensidad del movimiento, siendo un total de 31 pares de músculos estriados los que participan durante las fases de la deglución. Por ello, el acto de amamantar, es el responsable de la maduración de los músculos de la masticación, debido a que cada músculo está preparado para ejercer una función sencilla (succión - deglución) que con el tiempo se torna compleja (masticación) (25).

En cuanto al desarrollo óseo, la morfología básica del hueso, a pesar de estar determinada genéticamente, es modulada por mecanismos de adaptación sensibles a factores mecánicos. En este sentido, puede entenderse que la función es un factor clínicamente relevante que posee la capacidad de influir directamente en el crecimiento y modelado óseo, al recibir cargas mecánicas o ser estimulado habitualmente, no solo para realizar adaptaciones en beneficio del tejido propio sino en el diseño estructural de un órgano. En ese sentido, la función principal del hueso es proporcionar la integridad mecánica para la locomoción y la protección; en consecuencia, la masa ósea y su morfología se ajustan para controlar las tensiones producidas por la carga mecánica y la actividad muscular, por lo que la actividad funcional es eficaz en la ganancia promedio del contenido mineral óseo, su densidad, adaptación y en efecto, para el crecimiento del individuo (23).

Lactancia

La leche humana (LH) no es una simple colección de nutrientes sino un producto vivo de gran complejidad biológica, activamente protectora e inmunomoduladora que estimula el desarrollo adecuado del lactante. La leche materna es un sistema que se estructura en tres fases: emulsión-glóbulos de grasa, suspensión-micelas de caseína y solución-constituyentes hidrosolubles. Las principales variaciones en la composición de la leche humana afectan a una u otra de estas fracciones o fases. De hecho, el aumento del contenido energético de la leche al final de la toma, correctamente

atribuido al incremento de la concentración de lípidos, es la consecuencia del predominio de la fracción emulsión en la fase del vaciamiento de la mama. Sin embargo, al inicio de la toma, el lactante recibe una leche compuesta fundamentalmente por componentes hidrosolubles, que van siendo progresivamente sustituidos por los constituyentes hidrosolubles y estos, a su vez, acaban por ceder el paso a los componentes liposolubles de la fracción emulsión. De esta forma, a lo largo de una toma completa, el lactante recibe un producto dinámico, variable, con características distintas y ajustadas al momento específico en que se encuentra (26).

Constituye la fase lipídica de la leche humana en la que se encuentran los aceites, las grasas, los ácidos grasos libres, las vitaminas y demás componentes liposolubles. La grasa de la LH se encuentra en forma de glóbulos envueltos por una membrana fosfolipoproteica originada en la célula alveolar. Este hecho contribuye a minimizar las interacciones indeseables que podrían ocurrir entre los componentes de la leche como, por ejemplo, la saponificación. Maximizar los procesos de digestión y absorción de los nutrientes. Permitir la coexistencia de grasa y lipasa. Los lípidos constituyen la principal fuente de energía de la leche y su aprovechamiento es posible gracias al suplemento extra de lipasa que el lactante recibe a través de la leche materna (26).

La lactancia materna prolongada por más de seis meses se ha relacionado con un incremento en el riesgo de desarrollar deficiencia de hierro. Sin embargo, la lactancia materna durante la última mitad del primer año influye en el crecimiento con relación a que los niños amamantados tienen menor toma de energía y ganan menos peso, y eso, hipotéticamente, podría llevar a un mejor estatus de hierro (26).

Alimentación Complementaria

La lactancia materna es exclusiva sin aporte de ningún otro alimento sólido o líquido (ni siquiera agua) hasta los seis meses de edad. Para la Asociación Española de Pediatría, la definición de “lactante” abarca hasta los 12 meses, puesto que desde los 6 meses hasta el año de vida, se produce el llamado periodo transicional. En él se produce la diversificación alimentaria o Beikost, es decir, el inicio progresivo de la

alimentación complementaria, introduciendo alimentos distintos a la leche materna o de fórmula en su defecto. El periodo transicional debe comenzar no antes de los cuatro meses ni después de los seis, tal y como afirma la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición, puesto que se considera que es a esta edad cuando los niños comienzan a tener unas necesidades nutricionales más elevadas que la leche, por sí sola, no puede alcanzar (27).

El Comité de Expertos Food and Nutrition Board de la National Research Council publicó en 1997-2005 las recomendaciones de ingesta más utilizadas para cubrir las necesidades del 97-98% de la población. La energía que el lactante necesita ingerir durante el primer año es muy elevada debido a la velocidad del crecimiento y al tipo de tejido sintetizado. Las necesidades de mantenimiento incluyen el metabolismo basal, excretas y acción dinámica específica de los alimentos. Así, se establece que las calorías requeridas en los lactantes van desde las 108 Kcal/kg/día en los primeros seis meses, hasta 96 kcal/kg/día en el segundo semestre. Por otro lado, la proporción energética suministrada según los principios inmediatos debe ser similar a la de la leche humana: del total de energía, el 50- 54% serán grasas, el 36-40% hidratos de carbono y el 7% proteínas. Por su parte, se ha establecido que la necesidad de agua del lactante es de 150 ml/kg de peso/día aproximadamente (28).

El inicio de la alimentación complementaria se establece cuando se introduce en la dieta del lactante algún alimento distinto a la leche materna –o de fórmula- ya sea líquido, semilíquido o sólido. Se trata de un proceso progresivo, en el que se van añadiendo alimentos gradualmente en función de su grado de alergenicidad. Sin embargo, este cambio en la dieta no solo se debe a factores nutricionales, sino también a factores adaptativos, familiares, sociales y educativos (27,28).

Aunque, las prácticas de alimentación durante los primeros 24 meses de vida son un factor determinante sobre la salud y el desarrollo de algunas enfermedades a corto, mediano y largo plazo, los alimentos complementarios (es decir, los alimentos sólidos y líquidos distintos la leche materna o las fórmulas lácteas infantiles), no deben ser introducidos antes de los 4 meses, pero al mismo tiempo no deberían retrasarse más

allá de 6 meses, ya que se ha visto que esta práctica podría impactar en el desarrollo muscular, óseo, neuronal, la reducción del riesgo de alergia y obesidad a mediano y largo plazo. Es así como, se recomienda para aspectos específicos de la alimentación complementaria con el fin de favorecer un adecuado crecimiento y desarrollo del lactante, pero a la vez, prevenir el desarrollo de diferentes noxas patológicas de tipo inmune y nutricional que la lactancia materna idealmente debería acompañar la introducción de la alimentación complementaria (29).

Además, la leche de vaca no debe ser utilizada antes de los 12 meses de edad, ya que carece de un adecuado aporte de hierro y proporciona proteínas, grasa, y calorías en exceso. Los alimentos alergénicos pueden introducirse desde los 4 meses (17 semanas) junto con otros alimentos complementarios. En niños con alto riesgo de alergia, bajo la supervisión estricta de un profesional capacitado. El gluten se puede introducir entre los 4 y 12 meses de edad. Todos los niños deben recibir alimentos complementarios ricos en hierro, que incluyan productos a base de carne o alimentos fortificados con hierro. Deben evitarse los alimentos con aditivos de azúcar o sal. Las dietas veganas sólo deben usarse bajo una estricta vigilancia médica y supervisión dietética, para asegurarse de que el bebé reciba un suministro adecuada de vitamina B 12 , Vitamina D, hierro, zinc, ácido fólico, ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga n-3, proteínas, y calcio (29).

Método Baby Led Weaning (BLW)

Baby led weaning (BLW) es un término utilizado inicialmente en Reino Unido, que en español se ha traducido por “destete o alimentación complementaria dirigida por el bebé” y que propone la realización de la misma mediante el uso de alimentos enteros con un tamaño y una forma que permita al bebé tomarlos y llevárselos a la boca, como alternativa a alimentos triturados y purés administrados con cuchara por los padres (27).

En efecto, se trata por tanto de una manera de introducir la alimentación complementaria diferente a la tradicional que otorga al lactante un papel mucho más activo, ya que si bien los padres deciden qué alimentos le ofrecen, realmente es el niño el que decide qué tomar de las opciones que le ofrecen, cuánto y a qué ritmo. Dado que la adquisición de habilidades para comer solo, en cantidades suficientes, no se podrá alcanzar probablemente hasta los 8 meses, la cobertura de las necesidades se deberá completar aún con la lactancia (27).

De este modo, el baby led weaning es una forma de alimentación en la que el propio lactante, a partir de los 6 meses de vida y en función de su desarrollo neurológico, se lleva a la boca alimentos enteros, adaptados al bebé, utilizando sus manos, en lugar de recibirlos triturados y con cuchara. Al niño se le deja comer por sí solo teniendo un papel activo en decidir qué, cuánto y a qué ritmo comer, lo cual favorece la autonomía del niño, le permite participar de la comida familiar, estimula la masticación y disminuye el riesgo de sobrealimentación y de obesidad, ya que los bebés autorregulan las cantidades que ingieren (30).

Sin embargo, esta práctica tiene ciertos riesgos y requiere un estrecho seguimiento del estado nutricional. Sus principales inconvenientes son: el riesgo de asfixia por atragantamiento, por lo cual incluso grupos que apoyan esta tendencia de alimentación brindan a los padres clases de primeros auxilios para estar prevenidos en este tipo de complicaciones. La posibilidad de que el niño tome menos variedad de alimentos es otra de las desventajas; así como que la cantidad de alimento sea insuficiente para un crecimiento adecuado, lo que puede traducirse en la aparición de algunas deficiencias nutricionales tales como el hierro, pudiendo condicionar anemia ferropénica o megaloblástica. Todas las deficiencias nutricionales expuestas anteriormente podrían llevar a un retraso de crecimiento (30).

Posteriormente, Cameron y sus colaboradores realizaron un estudio, en el que plantearon una modificación del baby led weaning, el "Baby-led Introduction to Solids" que se traduce como "introducción de sólidos dirigida por el bebé". Esta forma de autoalimentación propicia el consumo de alimentos ricos en hierro,

energéticos y sin riesgo a atragantamiento. Esta práctica fue aceptada y aplicada por los padres, dando como resultados mayor consumo de alimentos ricos en hierro y menor riesgo de atragantamiento, al comparar este enfoque con el baby led weaning (31).

Específicamente, el baby led weaning trata en la medida de lo posible, generar hábitos de alimentación saludables a temprana edad, al proponer pautas de alimentación en respuesta a las señales del niño de saciedad y hambre. Una alimentación que no tenga en cuenta estos aspectos anularía señales reguladoras internas, haciendo que el niño perdiera la capacidad de responder con precisión a sus propias señales de hambre física (32).

En efecto, uno de los objetivos del baby led weaning es conseguir que la alimentación sea a demanda de las necesidades del niño, de tal forma que es indispensable que sepa mostrar hambre y saciedad con sus gestos (al acercarle comida el bebé que tiene hambre abre la boca y mueve la cabeza hacia delante mientras que, si el bebé está saciado, cierra la boca y aparta la cabeza), evitando en todo momento forzarlo a comer. En este sentido el baby led weaning puede fomentar una mayor aceptación de los alimentos con una variedad de texturas y sabores y resultar en un mayor consumo de alimentos más sanos, tales como verduras y alimentos no procesados (32).

Ventajas de la alimentación autorregulada por el bebe

Fomenta y promueve el desarrollo psicomotor del niño.

Es uno de los aspectos mejor valorados como beneficiosos por parte de los profesionales ya que durante el baby led weaning los padres le presentan al bebé los alimentos por separado o de tal modo que pueda separarlos, agarrarlos con la mano y manejarlos por sí mismo, permitiéndole desarrollar las distintas habilidades que necesitará para comer (coordinación óculo-manual, masticación, deglución, pinza, etc.) (32).

Mejora la transición a la alimentación sólida.

En los últimos años parece existir un aumento en el número de padres que experimentan dificultades en la transición desde la alimentación láctea a la

alimentación complementaria resultando en un retraso en el momento de la introducción de alimentos no triturados. En muchas ocasiones se ha debido al temor de no conseguir que los niños comieran una cantidad determinada de alimentos o por malinterpretar las dificultades que pueden experimentar los niños al manejar comida en trozos. Se considera que existe un periodo crítico para la introducción de alimentos no homogeneizados y que, superado este, se favorece la aparición de dificultades a la hora de avanzar en texturas y aptitudes masticatorias. Ese periodo ventana se sitúa en torno a los 7-9 meses de edad que es el momento de mayor desarrollo e implantación del baby led weaning (32).

Previene la obesidad.

Una alimentación basada solo en alimentos triturados y en papillas depende en gran medida del cuidador más que del propio niño, lo que en muchas ocasiones significa ir más allá de su saciedad y un exceso en el aporte calórico y/o proteico. baby led weaning por el contrario otorga un papel mucho más activo al niño, favoreciendo que él mismo regule las cantidades de los alimentos que toma y desarrolle sensaciones de saciedad con las posibles implicaciones que puede tener para la prevención en el desarrollo de la obesidad, de modo similar a como se describe con la leche materna (32).

Consideraciones en la aplicación de la alimentación autoregulada por el bebe.

Para comenzar con el baby led weaning, es preciso que el lactante cumpla con ciertos aspectos como es el poder mantenerse sentado de forma erguida, haber desaparecido el reflejo de extrusión, ser capaz de coger comida y llevársela a la boca e ir comenzando a masticar (aún sin dientes), entre otros (33).

Existen otros aspectos a tener en cuenta para aumentar la probabilidad de éxito del baby led weaning y aumentar también la seguridad: sentar al bebé erguido, frente a la mesa; la postura debe ser estable y permitir que las manos y brazos se muevan libremente; ofrecerle la comida, no de dársela; debe comenzarse con comidas fáciles de agarrar: al principio, mejor palitos o tiras; se introducirán formas y texturas nuevas de manera gradual, para que el bebé pueda descubrir cómo manejarlas; se elegirán los

omentos en los que el bebé no esté cansado para favorecer la concentración del pequeño; se seguirá ofreciendo el pecho o el biberón (33).

Desarrollo de los maxilares.

El crecimiento y desarrollo normal de los niños es tan importante como su salud y su educación. Los niños se desarrollan más rápidamente entre las edades de los 2 a los 5 años. Durante este período, tiene lugar el 70% del crecimiento de la cara y los maxilares del niño. Desafortunadamente, la mayoría de ellos no experimentan un desarrollo facial y de los maxilares correcto, dando como resultado caras poco atractivas y dientes apiñados. Los niños naturalmente desean masticar los objetos. Es un impulso importante que nos asegura un ejercicio para alcanzar un desarrollo correcto. Las razas primitivas comían alimentos duros como huesos y vegetales crudos para alcanzar este desarrollo. Nuestros niños frecuentemente no tienen acceso a este tipo de estímulo y por lo tanto experimentan problemas relativos al crecimiento de sus caras y maxilares. El instinto infantil de masticar objetos es un estímulo para el crecimiento maxilar, pero nuestras dietas modernas no resuelven esto de manera adecuada (34).

Los niños desarrollan hábitos como la succión digital, la deglución atípica y la respiración bucal. Todos estos hábitos resultan en un crecimiento facial inadecuado, en una mandíbula retrusiva y apiñamiento dental. La intervención temprana de estos problemas es la mejor manera de asegurarnos que el niño alcance su mayor potencial de crecimiento. Para el normal desarrollo de su cara, el niño debe crecer con la boca habitualmente cerrada durante el día e incluso mientras duerme. Y para ello, es imprescindible una función aceptable tanto de la respiración nasal como de la masticación, que debe ser fuerte y simétrica. Si no mastica bien, estará más cómodo con la boca abierta y el desarrollo facial se alterará de manera similar al de los malos respiradores. Tanto las caries, como las interferencias debidas a unos dientes mal ajustados estimulan una postura mandibular de boca abierta, que el niño adopta como defensa ante la desagradable o dolorosa sensación que se produce cada vez que aprieta sus diente (34).

Contactos dentarios funcionales óptimos

Cuando el cierre de la mandíbula en la posición músculoesquelética estable crea una situación oclusal inestable, el sistema neuromuscular rápidamente realiza una readaptación con una acción muscular apropiada para establecer una posición mandibular que produzca una situación oclusal más estable. Así, pues, la posición músculoesquelética estable de las articulaciones sólo puede mantenerse cuando está en armonía con una situación oclusal estable. La indicación de que los dientes deben tener un contacto uniforme y simultáneo no es bastante descriptiva como para desarrollar situaciones oclusales óptimas. Debe examinarse con más detenimiento el patrón de contacto exacto de cada diente para establecer una descripción precisa de la relación óptima, ya que existen las llamadas interferencias que constituyen desarmonías oclusales que según razones suficientes pueden reducir la tolerancia del paciente y con ello exacerbar los síntomas del síndrome dolor disfunción de la ATM. Es controversial a su vez el hecho de que en pacientes con severas maloclusiones no se encuentren disturbios. Estas observaciones ponen en duda la responsabilidad del factor oclusal y la respuesta pudiera atribuirse a que donde exista el hombre no hay repetición pues su naturaleza está dada por una amalgama de elementos que se exponen al medio. En oportunidades se incluyen tratamientos ortodóncicos en busca de contactos funcionales y en consecuencia estos pueden acarrear resultados favorables o desfavorables para la oclusión debido a los cambios de los contactos oclusales existentes. La situación oclusal estable debe permitir un funcionamiento eficaz y al mismo tiempo, reducir al mínimo las lesiones de cualquiera de los componentes del sistema masticatorio. Los protesistas también cobran responsabilidad en el asunto, pues presumen de devolver estética a los pacientes y en oportunidades es cierto, pero ellas se acompañan de severas secuelas en un futuro mediato y a largo plazo, al violar aspectos de la oclusión dentaria, y son precursores de desequilibrio oclusor.

- Debe darse un contacto uniforme y simultaneo de todos los dientes posibles cuando los cóndilos mandibulares se encuentran en su posición supero anterior

máxima apoyados sobre las pendientes posteriores de las eminencias articulares, con los discos interpuestos adecuadamente.

- Cada diente debe contactar de manera que las fuerzas de cierre se generen en la dirección del eje longitudinal del diente.
- La cantidad de fuerzas que pueden aplicarse a los dientes anteriores es menor que la que puede aplicarse a los posteriores.
- Los caninos son los más apropiados para aceptar las fuerzas horizontales que se originan durante los movimientos excéntricos. Son los que tienen las raíces más largas y más grandes y por lo tanto la mejor proporción entre corona y raíz. Están además rodeados por hueso compacto y denso que tolera las fuerzas mejor que el hueso esponjoso que se encuentra alrededor de los dientes posteriores. (34)

Llave de Angle

Utiliza la cúspide mesiovestibular del primer molar superior como punto fijo de referencia de esta llave, relacionándolo con el surco mesiovestibular del primer molar inferior.

- clase I: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye con el surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente.
- clase II: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente se encuentra mesializado con respecto al surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente.
- clase II modificación 1: cuando los incisivos maxilares están inclinados hacia vestibular, el maxilar superior suele estar adelantado y la mandíbula retraída, puede haber mordida abierta anterior, suele presentar apiñamiento.
- clase II modificación 2: cuando los incisivos superiores se encuentran inclinados hacia palatino, poniendo lugar de apiñamiento en la zona de los incisivos laterales y caninos superiores.
- clase III: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente se encuentra distalizado con respecto al surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente

Bases Legales.

Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y Adolescente (LOPNNA, 1990)

El artículo 41 de la Ley Orgánica para la Protección del Niño y el Adolescente refiere que todos los niños, niñas y adolescente tienen derecho a la salud y a los servicios de salud, así como a disfrutar de un alto nivel de salud física y mental.

Artículo 41° Derecho a la Salud y a Servicios de Salud. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud. (p. 9)

Parágrafo Primero: El Estado debe garantizar a todos los niños y adolescentes acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. Asimismo, debe asegurarles posibilidades de acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos, gratuitos y de la más alta calidad. (p. 9)

Parágrafo Segundo: El Estado debe asegurar a los niños y adolescentes que carezcan de medios económicos el suministro gratuito y oportuno de medicinas, prótesis y otros recursos necesarios para su tratamiento médico o rehabilitación. (p. 9)

Artículo 42° Responsabilidad de los Padres, Representantes o Responsables en Materia de Salud. Los padres, representantes o responsables son los garantes inmediatos de la salud de los niños y adolescentes que se encuentren bajo su patria potestad, representación o responsabilidad. En consecuencia, están obligados a cumplir las instrucciones y controles médicos que se prescriban con el fin de velar por la salud de los niños y adolescentes. (p. 9)

Artículo 43° Derecho a Información en Materia de Salud. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser informados y educados sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, nutrición, ventajas la lactancia materna, estimulación temprana en el desarrollo, salud sexual y reproductiva, higiene, saneamiento sanitario ambiental y accidentes. Asimismo, tiene el derecho de ser

informado de forma veraz y oportuna sobre su estado de salud, de acuerdo a su desarrollo. El Estado, con la participación activa de la sociedad, debe garantizar programas de información y educación sobre estas materias, dirigidos a los niños, adolescentes y sus familias. (p. 9)

Dichos artículos sirven como respaldo legal a la presente investigación en cuanto a la promoción de la salud en esta población, conservando así la salud de los niños.

Definición de Términos

Ablactación: es la administración de alimentos diferentes a la leche materna, que se proporcionan al bebé cuando sus necesidades nutricionales son mayores a las que pueden cubrir la leche materna o la fórmula. La introducción de sólidos en la dieta del bebé debe llevarse a cabo de manera suave y paulatina, e iniciarse en el sexto mes de vida.

Alimentación Complementaria: Es el paso de la alimentación de una lactancia materna exclusiva a una no exclusiva (35)

Amamantamiento: se define como la acción y resultado de amamantar o de amamantarse, en alimentar con leche materna sobre todo en los animales mamíferos y de la madre cuando está en estado de lactancia para dar la leche al bebé recién nacido (35, 36).

Apiñamiento: es una alteración en la posición de los dientes en las arcadas, tanto superior como inferior, que se produce por falta de espacio.

Callo de Succión: Ampolla o callo que se encuentra en el labio superior, causado por el roce del biberón o el pecho durante la lactancia (38, 39)

Crecimiento: aumento de tamaño, cambio de proporciones y complejización progresiva (39).

Crecimiento de la mandíbula: La forma esta principalmente determinada por su arco basal. De todos los huesos faciales, el mandibular muestra la mayor cantidad.

Dentición mixta: es un periodo de transición y coincidencia de dientes temporales y permanentes en boca, abarca desde los 6 hasta los 12 años.

Dentición primaria: son un conjunto de 20 piezas dentarias funcionales durante la primera fase de desarrollo bucal, aparecen por completo entre los 6 y 30 meses de vida.

Diastema: es un espacio patológico, ubicado entre los los dientes ya sean de la arcada superior o inferior

Estado Nutricional: Es el resultado que se obtiene al evaluar el peso y la talla en relación a la edad y el sexo del lactante (36, 37, 38).

Gresion: es un movimiento en masa, es decir, desplazamiento total dental, manteniendo la inclinación original.

Lactante: Es toda persona con tiempo de vida desde que nace hasta los 2 años de edad. Que requiere alimentos para cubrir en forma adecuada sus necesidades calóricas para asegurar un crecimiento y desarrollo adecuado (35, 36).

Línea media: es una línea imaginaria verticalmente en el área de contacto de los incisivos centrales.

Macroglosia: La macroglosia es un trastorno en el que la lengua es más grande de lo normal (en posición de reposo protruye más allá del reborde alveolar) generalmente debido a un aumento en la cantidad de tejido y no debido a un crecimiento externo (37, 39).

Malnutrición: La malnutrición es el estado que aparece como resultado de una dieta desequilibrada, en la cual hay nutrientes que faltan, o de los cuales hay un exceso, o cuya ingesta se da en la proporción errónea (36, 37, 38).

Maloclusion: La maloclusión es el resultado de la anormalidad morfológica y funcional de los componentes óseos, musculares y dentarios que conforman el sistema estomatognático. Los factores genéticos y el medio ambiente son los dos factores principales.

Mandíbula: es un hueso impar, plano, central y simétrico, en forma de herradura, situado en la parte anterior, posterior e inferior de la cara (37).

Masticación: Proceso mediante el cual la comida es triturada con ayuda de las piezas dentales y es homogeneizada o lubricada con la saliva, esto se debe a una acción refleja congénita o incondicionada (36, 37)

Maxilar Superior: es un hueso de la cara par, corto y de forma irregular cuadrilátera, con cuatro caras, interna y externa, cuatro bordes y cuatro ángulos. Es el hueso más importante del viscerocráneo (37).

Mordida abierta: es una alteración facial que define la imposibilidad de cerrar los dientes anteriores o posteriores, es decir, no existe contacto entre los dientes anteriores o posteriores de la arcada superior, con los dientes anteriores o posteriores de la arcada inferior.

Mordida borde a borde: es una alteración de la mordida, que se debe al contacto de las cúspides y/o bordes incisales de la arcada superior con la arcada inferior.

Mordida cruzada anterior: se produce cuando uno o más de los incisivos superiores, ocluyen por detrás de los incisivos inferiores

Mordida cruzada posterior: se produce cuando uno o más de los dientes de la arcada superior, ocluyen por dentro de la arcada inferior

Mordida cubierta: es un estado de sobremordida vertical aumentado, donde la dimensión entre los márgenes incisales superiores e inferiores es excesiva.

Oclusión: es la relación morfológica y funcional dinámica entre todos los componentes del sistema esquelético, incluyendo las piezas dentarias, los tejidos de soporte, las articulaciones temporomandibulares y el sistema neuromuscular, incluyendo el sistema musculoesquelético craneofacial.

Oclusión normal: Se define consiguientemente como oclusión normal a la alineación oclusal armónica de las piezas dentarias del arco superior y del arco inferior, que están en relación de contacto, donde la arcada superior es más grande que la arcada inferior, los incisivos sobresalen y existe una sobremordida normal, si es que cubre 1/3 de la corona inferior.

Overbite: es la distancia vertical que existe entre el borde incisal del central superior y el borde incisal del central inferior.

Overjet: es la distancia horizontal que existe entre la cara palatina del incisivo central superior y la cara vestibular del incisivo central inferior.

Rotación: malposición de un diente, que ha girado sobre un eje longitudinal.

Sincondrosis: son articulaciones temporales que existen durante la fase de crecimiento del esqueleto y están compuestas de cartílago hialino (39).

Succión: es un reflejo arcaico que se da en los seres humanos durante las primeras semanas de vida, generalmente hasta los cuatro o seis meses (36, 38).

Versión: movimiento de la corona dental, sin movimiento apical, donde cambia la inclinación del eje dental

Operacionalización de variables.

Variables

- Maloclusion
- Alimentación complementaria autorregula

CAPÍTULO III

MARCO METODOLOGICO

Tipo y diseño de la investigación

Se realizó un estudio descriptivo con asociación de variables, de corte transversal con diseño de campo y no experimental. Se aplicó el método cuantitativo y deductivo que tiene sus premisas en el conocimiento científico, que utiliza el lenguaje objetivo de los números, los procesos estadísticos, con énfasis en la observación y lo medible.

Población y Muestra:

La población estuvo conformada por 120 niños que recurrieron al servicio de pediatría de la clínica “Dr. Rafael Guerra Méndez” de la ciudad de Valencia estado Carabobo, Venezuela durante el periodo 2019. La Muestra estuvo conformada por 29 niños que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- Niños de 6 a 10 años
- Niños que fueron alimentados mediante el método de alimentación autorregulada
- Niños sanos

Así mismo en el siguiente trabajo fueron considerados los siguientes criterios de exclusión:

- Niños mayores de 10 años de edad
- Niños comprometidos sistémicamente
- Niños que fueron alimentados por lactancia exclusiva

Técnica e Instrumentos de la recolección de datos

Se realizó una encuesta para padres y representantes de los infantes que acudieron al servicio de pediatría de la clínica “Dr. Rafael Guerra Méndez” en el periodo de abril 2019. Mediante esta encuesta se recopilaron los datos necesarios de los infantes que acudieron a consulta entre 6 a 10 años en el servicio de pediatría de la clínica “Dr. Rafael Guerra Méndez” en la cual se tomaron datos como:

1. Edad en la que comenzó con el método de alimentación autorregulada
2. Con que tipo de alimento comenzó el método de alimentación complementaria autorregulada

Por otra parte se realizo una historia clínica exclusiva para estos pacientes la cual fue extraída de la historia utilizada en las clínicas del niño y del adolescente de la universidad José Antonio Páez, con el fin de realizar un examen de oclusión dentaria de cada infante.

En esta historia obtuvimos datos como:

1. Tipo de dentición

2. Llave molar
3. Llave canina
4. Tipo de mordida
5. Línea media
6. Overjet y Overbite
7. Anomalías de posición

Procesamiento y análisis de los resultados

- Se realizó la selección de los criterios de inclusión. .
- Se seleccionaron y recopilaron los datos de las Encuestas a padres y representantes tomando en cuenta la edad del infante y la fecha de inicio con el método de alimentación.
- Luego de esto, se tomó en cuenta el tipo de alimentación a la que fue sometido el niño ya que existen varias maneras de introducir este método, ya sea blanda y progresivamente se le haya incorporado alimentos sólidos, como también únicamente alimentos blandos o únicamente sólidos. Esto es sumamente importante debido a que los resultados van a depender directamente de ello.
- Se realizó el examen clínico a los niños seleccionados.
- Se registraron el tipo de dentición del infante, llave molar, llave canina tipo de mordida, línea media, overjet, Overbite, y anomalías de posición de cada infante.
- Una vez obtenidos todos estos datos se procedió al análisis de los resultados.

CAPITULO IV

RESULTADOS

En el siguiente capítulo se valoraron los resultados obtenidos de las encuestas para padres y representantes y de las historias clínicas diseñadas exclusivamente para el análisis de la oclusión en niños que recibieron alimentación complementaria autorregulada en el servicio de pediatría “Dr. Rafael Guerra Méndez”. Se procedió a la interpretación y análisis de cada uno de los ítems, para dar cumplimiento al desarrollo de los objetivos de la investigación.

Al respecto, Balestrini (2003: 73), señala que “se debe considerar que los datos tienen su significado únicamente en función de las interpretaciones que les da el investigador, ya que de nada servirá abundante información si no se somete aun adecuado tratamiento analítico”. Por lo tanto, se procedió a representar de manera general, en forma gráfica y computarizada, el análisis porcentual de los resultados obtenidos; para ello se emplearon diagramas circulares y la técnica que se utilizó, se basó en el cálculo porcentual de cada ítem.

Análisis e interpretación de los resultados

Variable: Maloclusión, **Dimensión:** Clasificación de Angle **Indicador:** Clase I, Clase II, Clase III

Tabla 1: Clasificación de Angle

Descripcion	CLASE I		CLASE II		Clase II Mod. 1		Clase III	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Llave Molar	22	76	4	14	3	10	0	0
Llave Canina	18	62	11	38	No existe	No existe	0	0

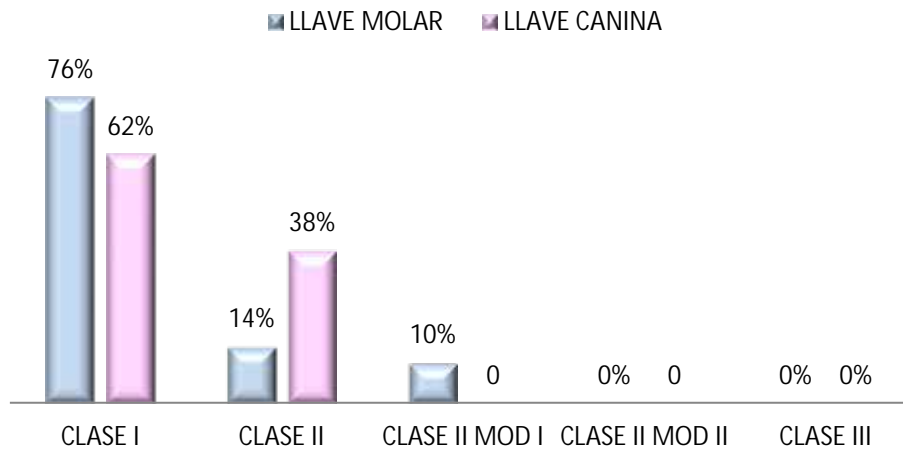


Grafico 1: clasificación de Angle

Análisis Tabla y Grafico 1: En lo que respecta a este ítem, los resultados reflejan que la llave molar el 76% (22 niños) presentaron clase I molar, el 14%(4 niños) presentaron clase II molar, el 10%(3 niños) presentaron clase II modificación 1 y ninguno de ellos presento clase III molar. Por otro lado en el estudio de la llave canina el 62% (18 niños) presentaron clase I canina, el 38%(11 niños) presentaron clase II canina y ninguno de ellos presento clase III canina.

Variable: Maloclusión, **Dimensión:** Oclusión en plano sagital y vertical **Indicador:** Línea Media

Tabla 2: línea media

Descripción	Normal		Alterada	
	F	%	f	%
Línea Media	23	79	6	21

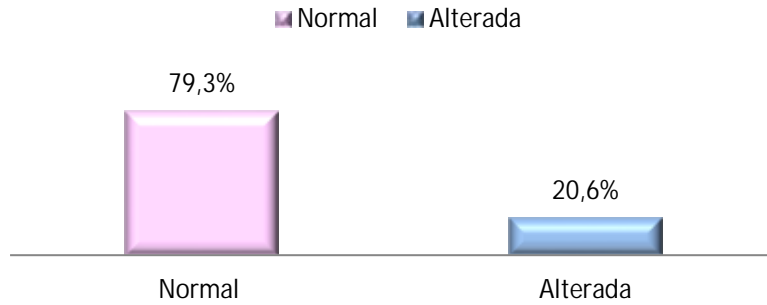


Grafico 2: línea media

Análisis Tabla y grafico 2: En lo que respecta a este ítem, los resultados reflejan que el 79% (23 niños) presentaron línea media normal, el 21% (6 niños) presentaron línea media alterada.

Variable: Maloclusión, **Dimensión:** Oclusión en plano sagital y vertical **Indicador:** overjet ojverbite

Tabla 3: Overjet y Overbite

Descripcion	Normal		Aumentado Por 1mm		Aumentado Por 2mm		Aumentado por 3mm		Disminuido	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Ojverjet	27	93	1	4	1	4	0	0	0	0
Ojverbite	25	86	0	0	2	7	2	7	0	0

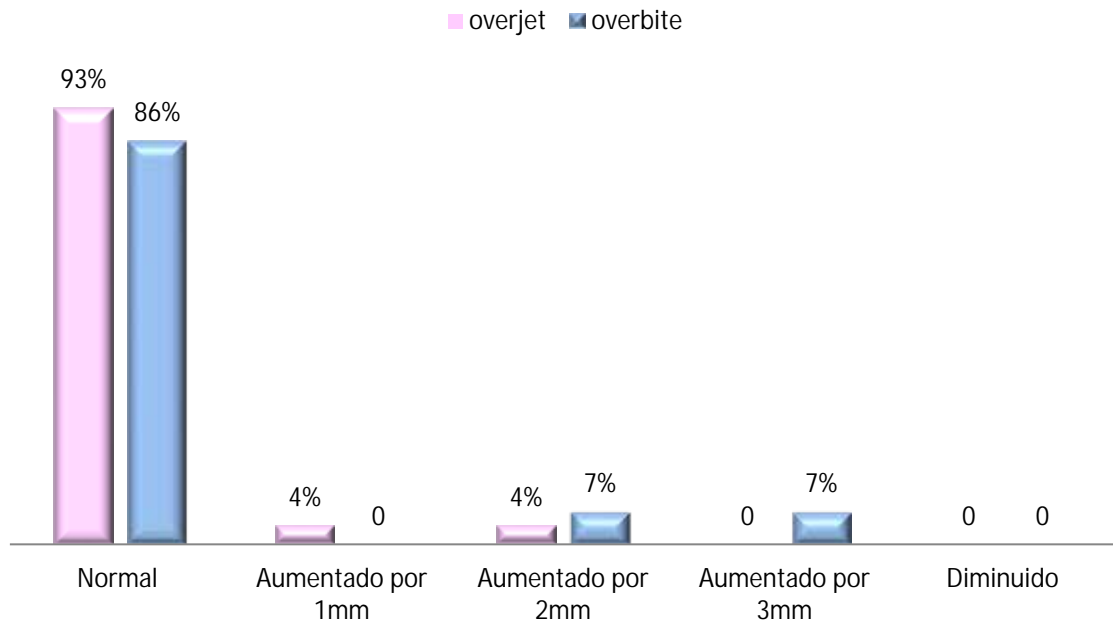


Grafico 3: Overjet y Overbite

Análisis Tabla y Grafico 3: En lo que respecta a este ítem, los resultados reflejan que el 93%(27 niños) presentaron el overjet normal, el 4% (1 niño) presento overjet aumentado por 2mm y el 4% (1 niño) restante presento el overjet aumentado por 1mm. En cuanto a el overbite el 86%(25 niños) presentaron overbite normal, el 7%(2 niños) presentaron overbite aumentado 2mm y el otro 7% (2 niños) presentaron overbite aumentado 3mm.

Variable: Maloclusión, **Dimensión:** Oclusión en plano sagital y vertical **Indicador:** Tipo de mordida

Tabla 4: Tipo de mordida

Descripcion	SI		NO	
	f	%	f	%
Normal	25	86	4	14

Abierta	0	0	29	100
Cubierta	4	14%	25	86%
Borde a borde	0	0	0	0
Cruzada anterior	0	0	0	0
Cruzada Posterior	0	0	0	0

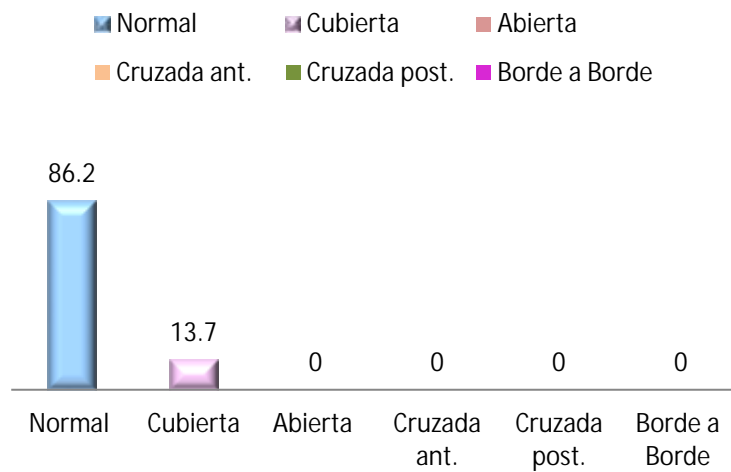


Grafico 4: tipo de mordida

Análisis Tabla y Grafico 4: En lo que respecta a este ítem, los resultados reflejan que el 86%(25 niños) presentaron mordida normal, el 14%(4 niños) presentaron mordida cubierta, ningún niño presenta mordida abierta, cruzada anterior, cruzada posterior ni borde a borde.

Variable: Maloclusión, **Dimensión:** Oclusión en plano sagital y vertical **Indicador:** Anomalías de Posición

Tabla 5: Anomalías de Posición

Descripcion	SI		NO	
	f	%	f	%

Normal	24	83	5	17
Apiñamiento	1	3	28	97
Diastema	4	14	25	86
Rotacion	0	0	29	100
Transposicion	0	0	29	100
Gresion	1	3	28	97
Version	0	0	29	100

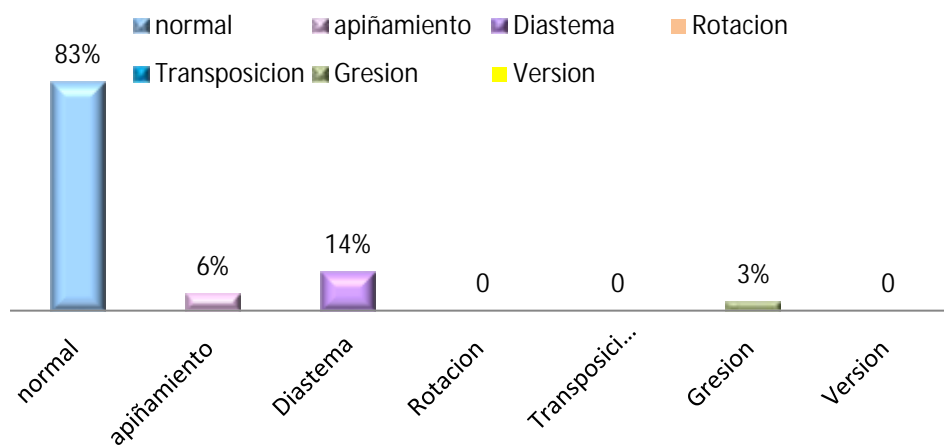


Grafico 5: Anomalías de posición

Análisis Tabla y Grafico 5: En lo que respecta a este ítem, los resultados reflejan que el 83%(24 niños) no presentaron ninguna anomalía de posición, mientras que el 14% (4 niño) presento diastema, el 3%(1 niño) presento apiñamiento, el 3%(1 niño) presentaron gresion y ninguno presento rotación, transposición ni versión.

Variable: Alimentación complementaria autorregulada, **Dimensión:** Tipo de alimentación **Indicador:** Blanda, Solida, Liquida y Fibrosa.

Tabla 6: tipo de alimentación

Descripcion	SI		NO	
	f	%	f	%
¿Alimento a su hijo mediante el método de alimentación complementaria autorregulada?	29	100	0	0
¿La primera comida ingerida por su bebe distinta a la lactancia materna fue solida?	16	55	13	45
¿La primera comida ingerida por su bebe distinta a la lactancia materna fue liquida?	0	0	29	100
¿La primera comida ingerida por su bebe distinta a la lactancia materna fue blanda?	13	45	16	55
• ¿La primera comida ingerida por su bebe distinta a la lactancia materna fue fibrosa?	0	0	29	100

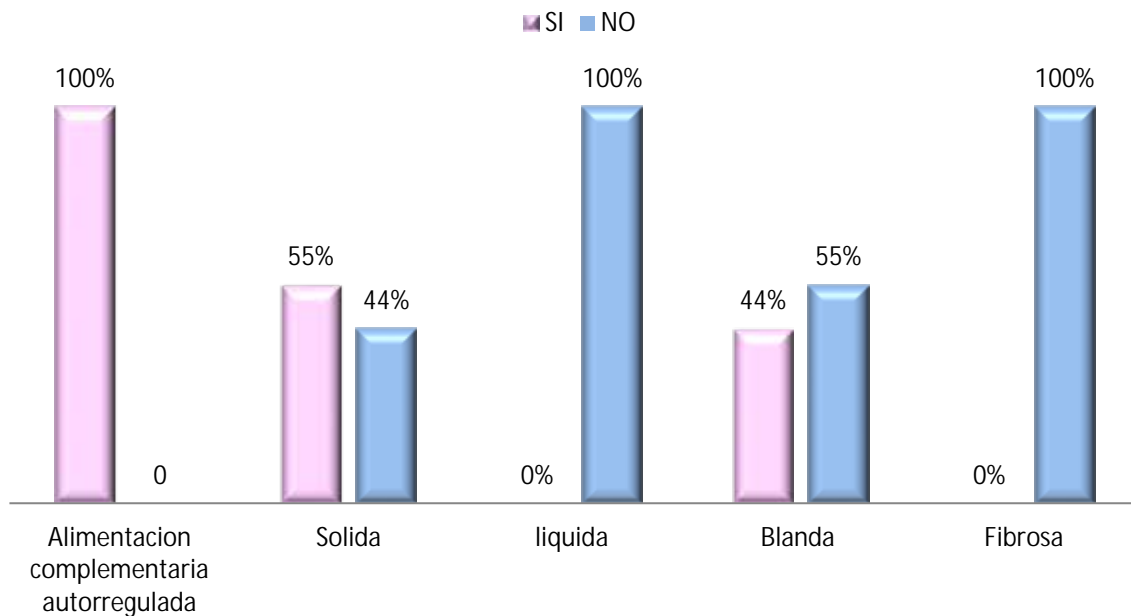


Grafico 6: tipo de alimentación

Análisis Tabla y Grafico 6: En esta tabla podemos observar que el 100% (29 niños) fueron alimentados mediante el método de alimentación autorregulada, el 55 % (16 niños) comenzaron el método con alimentos, el 100%(29 niños) no comenzaron el método con alimentos líquidos, el 45% (13 niños) comenzaron el método de alimentación con alimentos blandos, mientras que ninguno de los niños (0%) comenzó el método con alimentos fibrosos.

Tabla 7: encuesta para padres y representantes

Descripcion	SI		NO	
	f	%	f	%
Comenzo del metodo de alimentacion de 6 a 10 meses de edad	25	86	4	14

Comienzo del metodo de alimentacion de 11 a 14 meses de edad	3	10	26	90
Comienzo del metodo de alimentacion de 12 a 16 meses de edad	1	4	28	96

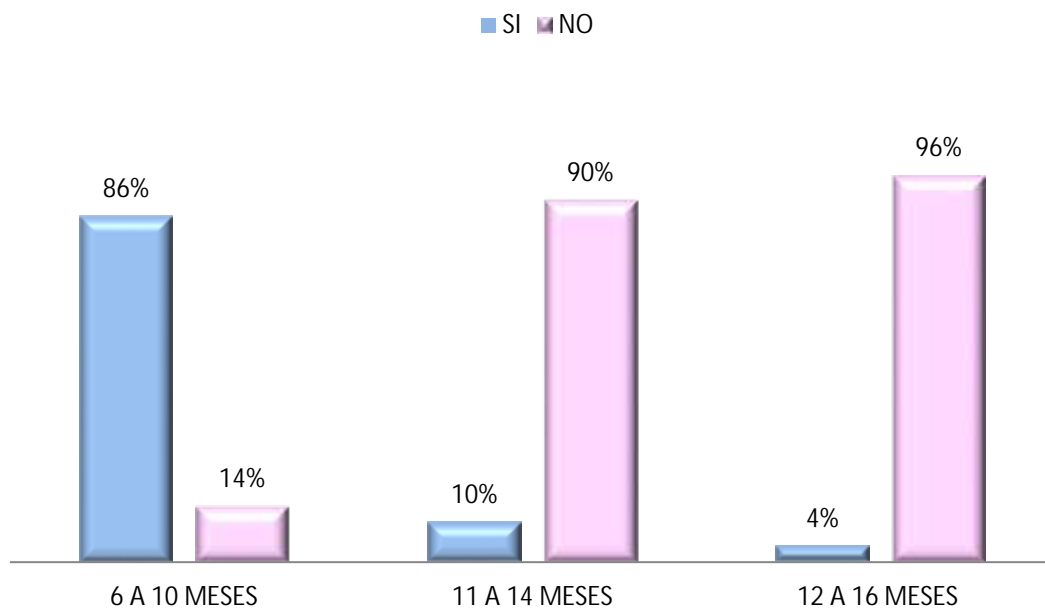


Grafico 7: encuesta para padres y representantes

Análisis tabla y grafico 7: En este grafico podemos observar que el 86%(25) comenzaron con el método de alimentación entre los 6 y los 10 meses, el 10%(3niños) comenzaron con el método entre los 11 y los 14 meses, y el 4% (1niño) comenzaron con el método entre los 12 y los 16 meses.

Discusión de los resultados

Al hacer el análisis individual de cada tabla, se logró observar que la mayoría de los pacientes, no presentaban ningún tipo de maloclusion dentaria. Empezando por los resultados obtenidos en la tabla 1, donde el 76% de la muestra presento clase I molar

y el 62% clase I canina, siendo esto un porcentaje significativo en lo que respecta una oclusión óptima. Por otro lado en la tabla 2, se obtuvo solo un 21% de pacientes con la línea media alterada, la cual no se consideró como un valor significativo con respecto a la muestra, tratándose de solo 6 niños. También se obtuvo un alto número de pacientes con overjet y overbite entre los valores normales, en la tabla 3, siendo estos la mayoría. Otro resultado significativo para nuestra investigación, fueron los valores obtenidos en la tabla 4, en el tipo de mordida de los 29 pacientes, donde el 86% de ellos presentaban mordida normal y solo un 14% presentaba mordida cubierta. Por último los resultados obtenidos de las anomalías de posición en la tabla 5, radicaron en un 83% de pacientes, sin ningún tipo de anomalía, un 14% con diastemas, lo cual se considera normal debido a la edad de los infantes, ya que se encuentran en una etapa de exfoliación dentaria.

En la encuesta realizada a padres y representantes, pudimos observar, que la mayoría de estos pacientes comenzaron el método de alimentación complementaria autorregulada con alimentos sólidos, siendo estos el 55% y un 45% que comenzó con alimentos blandos.

Podemos relacionar estos valores, con la edad en la que iniciaron con este método de alimentación, ya que fueron los infantes que comenzaron a más temprana edad, es decir, entre los 6 y los 10 meses de vida. Podríamos decir que debido a que comenzaron con este método de alimentación a la edad recomendable, se vio beneficiado el buen desarrollo y crecimiento tanto del maxilar superior y mandíbula.

Por otra parte, López en el (2016) México; publicó el trabajo titulado: Función motora oral del lactante como estímulo de crecimiento craneofacial. Cuyo objetivo fue analizar los efectos de la función motora oral de lactantes en el desarrollo adecuado de estructuras craneofaciales, teniendo en cuenta los mecanismos biológicos y el tipo de alimentación el crecimiento del complejo craneofacial, a través de una revisión crítica de diversos artículos con el objetivo de analizar la relación entre los mecanismos biológicos, el tipo de alimentación y los procesos funcionales orales del lactante como mecanismos que estimulan el crecimiento craneofacial.

Encontrando que una adecuada función motora oral induce un óptimo crecimiento craneofacial. Este trabajo es pertinente para el desarrollo de la presente investigación en cuanto destaca la importancia de la masticación y deglución en la evolución del componente facial que inducen una morfología facial adecuada y caracterizan la estructura del rostro del infante. Así como, para un crecimiento craneofacial óptimo. En este trabajo de investigación López demostró que, la masticación madura las habilidades motoras del lactante, porque contribuye directamente al desarrollo de las estructuras que integran la cavidad oral y que son determinantes de la adquisición de un patrón facial característico de cada individuo. También relaciono las maloclusiones con el uso de biberones.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Como ya sabemos, la nutrición y la alimentación son esenciales para garantizar el crecimiento y desarrollo corporal del niño, considerando la adquisición de hábitos saludables desde el inicio de la vida para garantizar una vida saludable y libre de enfermedades. Por ello, una vez finalizado nuestro proyecto de investigación pudimos concluir que el método de alimentación complementaria autorregulada, presenta un gran beneficio en el desarrollo de los infantes, debido a que no solo aportara numerosos elementos nutritivos para su crecimiento si no que permite un total funcionamiento de la actividad masticatoria desde temprana edad, lo cual permite que los maxilares se desarrollen de manera correcta. Cabe destacar que el amamantamiento es responsable de la maduración de los músculos de la masticación, debido a que al principio, solo están preparados para una sencilla función (succión) y luego van madurando para cumplir las funciones más complejas.

El desarrollo y crecimiento de los maxilares está directamente relacionado con la estimulación de la masticación, siendo esto relevante para un buen desarrollo de oclusión dentaria, y al no estimular el acto mecánico de triturar y masticar los alimentos, no proporciona la energía suficiente para el crecimiento de la cara y mandíbula. Por consiguiente, las maloclusiones comienzan a desarrollarse en las primeras etapas de la vida, por lo tanto pueden estar relacionadas a una lactancia materna exclusiva prolongada, ya que esta solo tendrá beneficios hasta los 6 meses de edad, a partir de ahí, las necesidades nutricionales del niño aumentan, es aquí donde la alimentación complementaria se vuelve necesaria para cumplir con el aporte necesario de energía y nutrientes, si no se introducen a esta edad, el crecimiento del maxilar superior y mandíbula se pueden ver afectados, aumentando el riesgo de deglución atípica, respiración bucal, disfunción masticatoria, entre otros.

Los valores obtenidos en esta investigación, demostraron que, aplicar este método de alimentación a la edad y forma correcta, puede traer beneficios en la formación bucodental y de esta manera lograr prevenir maloclusiones. Por ultimo podemos acotar que, aparte de los beneficios ya mencionados, este método de alimentación, puede lograr la independencia del bebe a temprana edad, ya que su propia curiosidad,

le lleva a probar distintos alimentos y distinguir de forma precoz, que les gusta y que les disgusta. Así como también descubrir sabores, texturas, colores y olores por sí mismo.

RECOMENDACIONES

Después de haber realizado esta investigación, y de haber llegado a varios análisis, podemos hacer varias recomendaciones importantes para el buen desarrollo de la oclusión de los niños, como también recomendaciones a nivel académico en el estudio de este método de alimentación complementaria autorregulada en la cátedra de odontopediatría.

- ✓ Incluir los beneficios a nivel de la cavidad bucal de dicho método de alimentación en los programas de estudios de las clínicas del niño y del adolescente de la universidad José Antonio Páez
- ✓ Crear programas informativos sobre el método para padres y representantes que acuden a las clínicas del niño y del adolescente de la Universidad José Antonio Páez, de manera que no sea una información desconocida tanto para los estudiantes como para los padres o futuros.
- ✓ Practicar el método de alimentación bajo la supervisión del médico pediatra del infante ya que como se mencionó en la investigación previamente dicho método puede tener riesgos de no hacerlo de la manera correcta.
- ✓ Comenzar el método entre los 6 y 8 meses de edad del infante, con alimentos sólidos o semi-sólidos, que puedan ser triturados por él bebe.

ANEXOS

Cuadro de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Instrumento	Ítem
Malocclusion	La maloclusión se define como cualquier alteración del crecimiento óseo del maxilar o de la mandíbula y/o posición de los dientes que impiden una correcta función del aparato masticatorio	Clasificación de Angle	Clase 1 Clase 2 Subdivisión 1 Subdivisión 2 Clase 3	Historia Clínica	2
Alimentación Complementaria autorregulada	Se trata de un proceso progresivo, en el que se van añadiendo alimentos gradualmente en función de su grado de alergenidad	Tipos de alimentación	Blanda Solida Liquida Fibrosa	Encuesta	1 2 3 4 5 6

INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACION

Instrumento 1



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



Historia Clínica

1- Datos Personales

Edad _____

Sexo _____

2- Análisis de Oclusión

2.1 Dentición: _Primaria _Mixta

2.2 Llave molar:

Llave molar	Clase I	Clase II	Clase II Subdivisión 1	Clase II Subdivisión 2	Clase 3
Derecha					
Izquierda					

2.3 Llave Canina:

	Clase I	Clase II	Clase III
Derecha			
Izquierda			

2.4 Línea Media: _ Normal _ Alterada Derecha () Izquierda ()

Overjet	
Overbite	

2.5 Tipo de Mordida:

_ Abierta _ Cubierta _ Cruzada Ant. _ Cruzada Post.
 _ Normal _ borde a borde

2.6 Anomalías de Posición:

_ Apinamiento _ Diastema _ Rotación _ Transposición _ Gresion
 _ Versión _ Otro

Instrumento 2



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA




Encuesta

La presente encuesta dirigida a padres y representantes será utilizada para recaudar datos para una investigación de tesis de grado titulada: **Análisis de la maloclusión en niños de 6 a 10 años, que recibieron alimentación complementaria autorregulada, en el servicio de pediatría Dr. Rafael Guerra Méndez.**

1. ¿Alimento a su hijo mediante el método de alimentación complementaria autorregulada?
SI_ NO_
2. ¿La primera comida ingerida por su bebe distinta a la lactancia materna fue solida?
SI_ NO_
3. ¿La primera comida ingerida por su bebe distinta a la lactancia materna fue liquida?
SI_ NO_
4. ¿La primera comida ingerida por su bebe distinta a la lactancia materna fue blanda?
SI_ NO_
5. ¿La primera comida ingerida por su bebe distinta a la lactancia materna fue fibrosa?
SI_ NO_
6. Coloque en meses hasta cuando su hijo recibió lactancia materna exclusiva (que haya tomado teta únicamente durante todo el día)

Estos instrumentos fueron validados para poder ser aplicados, por dos profesionales en odontopediatría y un profesional en metodología de la investigación.

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
Livia Segovia	9 445831	
Profesión	Nivel Académico	Fecha
odontopediatra	4º nivel	30/04/19

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
Alfonso Solís	1684165	
Profesión	Nivel Académico	Fecha
Odontólogo	4º	30/04/19

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
Elisaveth Guevara	11 121 5771	
Profesión	Nivel Académico	Fecha
Odontóloga	4º nivel	30/04/19



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PAEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

San Diego, 25 de Marzo del 2019

Señores:
Clínica Dr. Rafael Guerra Méndez

Dr. Isaac Farache
Presente.-

Reciba un cordial saludo, me dirijo a usted en la oportunidad de solicitar su colaboración y autorización a los estudiantes del 9no semestre del área de Odontología de esta casa de estudio, por motivo de trabajo de proyecto de Investigación con nombre "ANALIASIS DE LA OCLUSION EN NIÑOS DE 6 A 10 AÑOS QUE RECIBIERON ALIMENTACION COMPLEMENTARIA AUTOREGULADA EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DR. RAFAEL GUERRA MENDEZ", Valencia, Estado Carabobo, Periodo 2019-1CR".

Alumnos:

- ✓ Daniela Nieves, C.I- 23.785.832
- ✓ Antonella Perez, C.I. 26.051.078

Sin otro particular a que hacer referencia, nos despedimos de Usted.

Atentamente.

Dra. Melba Oviedo de Gésime
Decano de Facultad de Ciencias de La Salud

Dr. Isaac Farache P.
PEDIATRA-NEONATOLOGO
C.I. 8.038.090
MSAS: 42.402 C.M: 4372

Valencia, Edo Carabobo 25/03/19

Señores:

Universidad José Antonio Páez , Facultad de Odontología.

Reciba un cordial saludo, me dirijo a ustedes para aceptar su solicitud de colaboración y autorización para las estudiantes Antonella Perez Rodríguez y Daniela Nieves Albano estudiantes de 9no semestre en su trabajo de investigación para optar por el título de odontólogos con nombre: "ANALIASIS DE LA OCLUSION EN NIÑOS DE 6 A 10 AÑOS QUE RECIBIERON ALIMENTACION COMPLEMENTARIA AUTOREGULADA EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DR RAFAEL GUERRA MENDEZ"


Dr. Isaac Farache P.
PEDIATRA
C.R. 11.4092
MSAS 42.402 C.M. 42/2
Atentamente,
Dr. Isaac Farache

BIBLIOGRAFIA

1. Uribe Bustos J,X. Currículo para la formación de familias en alimentación y desarrollo infantil. CINDE. 2010; 06:11 Bogotá Colombia
2. Muriel. J. Alimentación Complementaria. [Documento en línea, consultado en Octubre del 2018]. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/
3. MsC. Urgellés Pérez. Y; MsC. Arsenia Abellas. M. Algunas consideraciones sobre la alimentación del lactante para la conservación de su salud bucal. Rev Bvs 2011; 02:06. Habana Cuba.
4. Gómez Fernández. M; Costa Romero, M. Alimentación complementaria precoz y estado nutricional en lactantes. Maracay Aragua. 2017
5. Guerra, M,Mujica, C. Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. Rev. Acta Odontológica Venezolana 2016; Edición N37, Art. 2.
6. Dra. Noguera Brizuela, D. Alimentación complementaria en niños sanos de 6 a 24 meses. Rev. Scielo 2013; Edición 76, Art. 6.
7. Aranseta, J. Papel de la nutrición en la salud bucodental. Madrid, España. Nutrición Comunitaria, SENC; 2012.
8. Agustín Morales C, Sánchez Ruíz-Cabello J. Pautas de alimentación infantil. Manual de Pediatría en Atención Primaria. Ed Adhara S.L. 2006.
9. Lalaguna Mallada P, Jimenez Yuste C, Iglesias Rubio I . Comité de Lactancia Materna de la AEP.04:14;2015 Madrid España
10. Filipinos Herrera A. Alimentación complementaria en tu recién nacido. 05:10;2012 Ciudad de Mexico, México.
11. Story M., Neumark-Sztainer D. A perspective on family meals: Do they matter? Nutr. Rev: PM; 4:(11) 2012 Nov
12. Dattilo A.M., Birch L., Krebs N.F., Lake A., Taveras E.M., Saavedra J.M. Necesidad en la temprana intervención de la obesidad pediátrica. J. Obes. . 2015

13. González Maeso A.M. predicción de crecimiento de la tuberosidad maxilar.rev; TIU 03:05; 2016
14. Prof. Torres Carvajal M. Desarrollo de la dentición. la dentición primaria. 02:03; Valencia Carabobo 2015
15. Stillman,J H. Relationship of maxillary and mandibular gum pads in the newborn infants. Am. J. Orthod. 2013
16. Chawla,H S. Manegement of natal/neonatal/ early infancy teeth. J. Indian.Soc. Pedod. Prev. Dent.; 2017
17. Enlow DH Crecimiento maxillofacial. 3ª Edicion .Ed. Nueva Interamericana Mexico 2016
18. García, I. (2014). Caracterización de prácticas de alimentación complementaria a la lactancia materna que realiza la madre del niño (a) de 6 meses a un año de edad. Estudio realizado con madres de la etnia Mam, en la jurisdicción 2, Ixtahuacán. Huehuetenango, Guatemala. Tesis de Grado. Universidad Rafael Landívar; Guatemala
19. López, Y. (2016). Función motora oral del lactante como estímulo de crecimiento craneofacial. Universitas Odontológica; 35(74): 1-37 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia.
20. Blazquez, C. (2017). La alimentación autoregulada por él bebe y su relación con las habilidades del niño. Trabajo final master en nutrición y alimentación humana. Universidad Católica San Antonio, Murcia.
21. Cuadros, C.; Vichido, M; Montijo, E.; Zárate, F.; Cadena, J.; Cervantes, R.; Toro, E.; Ramírez, J. (2017). Actualidades en alimentación complementaria Acta Pediatr Mex; 38(3):182-201
22. Organización Mundial de la Salud (2016). Nutrición y salud relación entre crecimiento y alimentación 10:12-16
23. Navarro J, Duharte A. (2003). La lactancia materna y su relación con los hábitos bucales incorrectos. Medisan; 7(2): 17-21

24. Aguilar, F. (2005). Alimentación y deglución. Aspectos relacionados con el desarrollo normal. *Plast & Rest Neurol.*; 4 (1-2): 49-57.
25. Okeson, J. (2008). *Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion*. 6a ed.China. Mosby.
26. Lozano Torres M.(2015) Lactancia Materna ;1:04-10.Universidad de Cantabria Santander España
27. Martínez , E. (2016). El paso de la teta a la mesa sin guion escrito. *Baby led weaning: ¿ventajas?, ¿riesgos?*. Madrid: Lúa Ediciones. Recuperado en 31 de Octubre de 2018. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/1mr_3.2_el_paso_de_la_teta_a_la_mesa_sin_guion_escrito_baby_lead_weaning.pdf
28. Medline Plus. Zinc en la dieta. [Internet]. Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU; 2015. Recuperado en 31 de Octubre de 2018. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002416.htm>
29. Moreno, M.; Galiano, M.; Dalmau, J. (2013). Alimentación complementaria dirigida por el bebé ("baby- ledweaning"). ¿Es una aproximación válida a la introducción de nuevos alimentos en el lactante? *Acta Pediatr Esp*; 71: 99-103.
30. Cameron, S.; Heath, A.; Taylor, R. (2012). How feasible is baby- ledweaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. *Nutrients*;4:1575-609.
31. Cameron, S.; Heath, A.; Taylor, R. (2015). Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to Solids-a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatr*; 26;15:99. DOI: 10.1186/s12887-015-0422-8.
32. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna exclusiva [Internet]. OMS; 2017. Recuperado en 31 de Octubre de 2018. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/ 7
33. Campos, I.; Santiago, R. (2013). Alimentación complementaria en niños sanos de 6 a 24 meses. *Archivos venezolanos de puericultura y pediatría*; 76 (3): 128-135.

34. Hernandez, Rafael, L. (2015). Alimentación complementaria en niños y los beneficios craneofaciales. 2(5): 25-67.
35. Daniels et al. (2015). Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: a randomised controlled trial of baby-led approach to complementary feeding. Pediatrics; 15: 179.
36. Aguilar, F. (2005). Alimentación y deglución. Aspectos relacionados con el desarrollo normal. Plast & Rest Neurol.; 4 (1-2): 49-57.
37. Okeson, J. (2008). Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. 6a ed.China. Mosby.
38. Navarro J, Duharte A. (2003). La lactancia materna y su relación con los hábitos bucales incorrectos. Medisan; 7(2): 17-21
39. Poma, R.; Lecona, L. (2018). Patricia. Crecimiento y desarrollo craneofacial. Rev. Act. Clin. Med, La Paz. [Internet]. Recuperado en 31 de Octubre de 2018.