



**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA**

**“RELACIÓN ENTRE LA LACTANCIA MATERNA Y LACTANCIA
ARTIFICIAL CON EL CRECIMIENTO MANDIBULAR EN NIÑOS
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD LOS LICENCIADOS -
2021”**

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

PRESENTADO POR:

Bach. POZO REYNOSO, WALTER JULIAN

<https://orcid.org/0000-0002-0549-2740>

ASESORA

Mg. DEL PAZ AYALA, GIULIANA MELISA

<https://orcid.org/0000-0003-0926-4515>

**AYACUCHO - PERÚ
2022**

DEDICATORIA

A mí padre Raúl Pozo Rojas, mi esposa y mis hijas Alessandra, Julewa y Fernandita que son el motor de mis logros.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor, mis docentes, a la universidad ALAS PERUANAS, a mi madre, hermanos y de manera muy especial a mi cuñada Roxana Saldaña.

INDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de tablas	vi
Índice de gráficos	viii
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	xii
Capítulo I: Planteamiento del problema	13
1.1 Descripción de la realidad problemática	13
1.2 Formulación del problema	14
1.2.1 Problema general	14
1.2.2 Problemas específicos	15
1.3 Objetivos de la investigación	15
1.4. Justificación de la investigación	17
1.5. Limitaciones de estudio	18
Capítulo II: marco teórico	19
2.1. Antecedentes de la investigación	19
2.2. Bases teóricas	21
2.3. Definición de términos básicos	30
Capítulo III: Hipótesis y Variables de la investigación	31
3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas	31
3.2. Variables, definición conceptual y operacional	33
Capítulo IV: Metodología de la investigación	34
4.1 Diseño de la investigación	34
4.2 Diseño muestral	34

4.3 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	36
4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	36
4.5 Aspectos éticos	37
Capítulo V: Resultados	38
5.1 Análisis descriptivo	38
5.2 Análisis inferencial	54
Discusion:	55
Conclusiones	57
Recomendaciones	58
Fuentes de información	59
Anexo 1: Carta de presentación	63
Anexo 2: Consentimiento informado	64
Anexo 3: Ficha de recolección de datos	65
Anexo 4: Matriz de consistencia	67
Anexo 6: Imagenes durante el desarrollo de la investigacion	70

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1: Medida antropométrica mandibular anteroposterior (Go-Gn) en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial.	39
Tabla N° 2: Medida antropométrica mandibular transversal (Go-Go) en niños en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial.	43
Tabla N° 3: Medida antropométrica mandibular vertical (Go-Sto) en niños en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial.	43
Tabla N° 4: Medida antropométrica mandibular de la profundidad del tercio inferior facial (Tg-Gn) en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial.	45
Tabla N° 5: Crecimiento mandibular anteroposterior (Go-Gn) según sexo y lactancia materna en niños de 0 a 6 meses de edad.	47
Tabla N° 6: Crecimiento mandibular transversal (Go-Go) según sexo y lactancia materna en niños de 0 a 6 meses de edad.	49
Tabla N° 7: Crecimiento mandibular vertical (Go-Sto) según sexo y lactancia materna en niños de 0 a 6 meses de edad.	50
Tabla N° 8: Crecimiento mandibular de la profundidad del tercio inferior facial (Tg-Gn) según sexo y lactancia materna en niños de	

0 a 6 meses de edad. 51

Tabla N° 9: Relación entre la lactancia materna y lactancia artificial
con el crecimiento mandibular en niños de 0 a 6 meses de edad. 55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1: Medida antropométrica mandibular anteroposterior (Go-Gn) en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial.	39
Gráfico N° 2: Medida antropométrica mandibular transversal (Go-Go) en niños en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial.	41
Gráfico N° 3: Medida antropométrica mandibular vertical (Go-Sto) en niños en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial.	43
Gráfico N° 4: Medida antropométrica mandibular de la profundidad del tercio inferior facial (Tg-Gn) en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial.	45
Gráfico N° 5: Crecimiento mandibular anteroposterior (Go-Gn) según sexo y lactancia materna en niños de 0 a 6 meses de edad.	47
Gráfico N° 6: Crecimiento mandibular transversal (Go-Go) según sexo y lactancia materna en niños de 0 a 6 meses de edad.	49
Gráfico N° 7: Crecimiento mandibular vertical (Go-Sto) según sexo y lactancia materna en niños de 0 a 6 meses de edad.	50
Gráfico N° 8: Crecimiento mandibular de la profundidad del tercio inferior facial (Tg-Gn) según sexo y lactancia materna en niños de 0 a 6 meses de edad.	51

RESUMEN

La presente investigación determino la relación entre la lactancia materna y lactancia artificial con el crecimiento mandibular en niños de 0 a 6 meses de edad del establecimiento de Los Licenciados -2021. Metodología: fue descriptivo, observacional, longitudinal, correlacional y no experimental; el tipo de muestreo fue de tipo probabilístico por conveniencia. Ya que fue un estudio es Cohorte. la muestra fue constituida por 86 niños. 43 neonatos con lactancia materna y 43 neonatos con lactancia artificial. Se recolecto la muestra a través de una ficha de recolección de datos y se obtuvo las mediciones antropométricas de niños con lactantes materna y artificial en dos tiempos. Resultados: existe significancia estadística ($p < 0,05$) en el crecimiento mandibular anteroposterior (Go-Gn) y lactancia materna, es decir es mayor en niños con lactancia materna. Crecimiento mandibular transversal (Go-Go) según sexo y lactancia materna en niños. No existe significancia estadística ($p > 0,05$) en el crecimiento mandibular vertical (Go-Sto) según sexo, es decir es semejante en niños. Existe significancia estadística ($p < 0,05$) en el crecimiento mandibular de (Tg-Gn) según lactancia materna, es decir es mayor en niños con lactancia materna. Concluye: existe significancia estadística ($p < 0,05$) en el crecimiento mandibular y lactancia materna, es decir es mayor en los niños que lactan leche materna.

Palabras claves: Crecimiento mandibular, materna, artificial, lactancia

ABSTRACT

The present investigation determines the relationship between breastfeeding and artificial lactation with mandibular growth in children from 0 to 6 months of age of the establishment of Los Licenciados -2021. Methodology: it was descriptive, observational, longitudinal, correlational, and non-experimental; the type of sampling is probabilistic for convenience. Since the study is Cohort. the sample consisted of 86 children. 43 neonates with breastfeeding and 43 neonates with artificial feeding. The sample was collected through a data collection sheet to obtain the anthropometric measurements of children with maternal and artificial infants in two times. Results: there is statistical significance ($p < 0.05$) in anteroposterior mandibular growth (Go-Gn) and breastfeeding, that is, it is higher in children with breastfeeding. Transverse mandibular growth (Go-Go) according to sex and breastfeeding in children. There is no statistical significance ($p > 0.05$) in the vertical mandibular growth (Go-Sto) according to sex, that is, it is similar in boys and girls. There is statistical significance ($p < 0.05$) in the mandibular growth of (Tg-Gn) according to breastfeeding, that is, it is greater in children with breastfeeding. It concludes there is statistical significance ($p < 0.05$) in mandibular growth and breastfeeding, that is, it is higher in children who breastfeed.

Keywords: Mandibular growth, maternal, artificial, lactation.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación titulada “La relación entre la lactancia materna y lactancia artificial con el crecimiento mandibular en niños atendidos en el centro de salud los Licenciados -2021” se buscó la relación entre la lactancia materna y lactancia artificial con el crecimiento mandibular. El Perú es un país con una alta incidencia de maloclusión, afectando aproximadamente al 85% de la población. Estudios recientes han demostrado que la maloclusión en la dentición permanente se con frecuencia en dentición temporal. La causa más común está asociada con el hábito y las desviaciones funcionales, que comienza en la primera etapa de la vida y su estado se verá reflejado en dientes permanentes.

Durante la primera etapa de existencia, la lactancia materna es un componente importante en el desarrollo del niño. Por ello es considerado el principal método de nutrición para los bebés ya que tiene varios beneficios para el desarrollo del infante. OMS y UNICEF enfatizan su importancia para el desarrollo holístico de los niños, beneficiando su mejora psicológica, neurológico e inmunológico y protegiéndolos de complicaciones de salud: desnutrición, patología respiratoria y diarrea.

El dominio de la lactancia materna en la formación del completo sistema estomatognático lo cual fue objeto de varios estudios, que mostraron que la falta de lactancia materna puede provocar una variedad de escenarios como, por ejemplo: succión y deglución inadecuada provocan cambios en el complejo craneofacial. Sin embargo, hay poca evidencia científica de que la lactancia materna interviene efectivamente en el crecimiento de estructuras orofaciales específicas, como el crecimiento del maxilar.

El escaso crecimiento del maxilar es una de las primordiales procedencias de la totalidad de las deformidades orofaciales. Por lo tanto, la prevención es el punto de partida para el desarrollo normal y el crecimiento craneofacial en los infantes a una edad temprana. Debido a ello, se debe instruir a las madres para que adopten las medidas y actitudes necesarias para promover el buen desarrollo craneofacial de sus hijos.

A continuación, lo describiré lo detallare toda la estructura de mi trabajo de investigación que lo comprende:

Capítulo I: Se planteo en la investigación mi problema, se describió los objetivos de mi investigación lo cual lo formule ante una necesidad de conocer la relación entre la lactancia materna y lactancia artificial con el crecimiento mandibular y justificación, narro su importancia y viabilidad de mi investigación, y limitaciones que hay poca información.

Capítulo II: Se recogió los antecedentes internacionales, nacionales, teoría requerida y bases científicas, de mi investigación, y conceptos básicos.

Capítulo III: Se presento la hipótesis general y se identificó y se defino, y se clasifico las variables y por último la operacionalización.

Capítulo IV: También se describió el diseño, la metodología, el diseño muestral, la matriz de consistencia, todo el instrumento de recolección de los datos, validez y confiabilidad, las técnicas de procesamiento de información y la técnica estadística utilizada en la información de análisis.

Capítulo V: Se mostró mi análisis y discusión, se realizó el análisis descriptivo, todas las tablas de frecuencia y todos gráficos.

Para terminar, se presentó mis conclusiones y recomendaciones que obtuve como resultados obtenidos de mi investigación. De tal forma, señale las fuentes de mi información analizada y anexo que realice en el estudio.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Lactancia materna es la mejor manera de proporcionar al recién nacido los alimentos que requieren para un desarrollo y crecimiento normal. Además de proporcionar beneficios desde una perspectiva inmunológica, nutricional, emocional y psicológica, la lactancia materna también puede estimular el desarrollo y la madurez del sistema bucal y ayudar a prevenir las deformidades de los dientes maxilofaciales.

Cuando nace un niño, el maxilar inferior está en una perspectiva posterior o distal en correlación con la mandíbula, lo que se denomina retracción del maxilar inferior se da de manera fisiológica en el recién nacidos. Diferentes autores coinciden que la media estándar de 2 a 5 mm, resultando en un perfil convexo normal en recién nacidos. Después del nacimiento, debido a la lactancia y la posterior utilización completa del sistema muscular, los dos meniscos articulares de la mandíbula se estimula durante el intervalo entre la lactancia e induce agotamiento y ensueño al niño, fiscalizando el tiempo exacto de amamantamiento y así lograr una buena digestión.

El cráneo y la cara están desproporcionados al nacer. El cráneo casi no se ve afectado por el medio ambiente, y el rostro a partir el nacimiento hasta la juventud, será muy obviamente afectada por el medio ambiente durante su crecimiento, porque hay órganos del oído, el olfato, el gusto y el tacto. En esta zona también aparecerán las funciones de los órganos orales, funciones que juegan un papel decisivo en su madurez y desarrollo, tales como: masticar, chupar, tragar, salivar, respirar y vocalizar.

En el campo de la odontología, la lactancia materna definitivamente tiene una gran ventaja sobre la lactancia artificial. Primero, esta última afecta el desarrollo craneofacial del niño, principalmente porque el biberón utilizado no permite el correcto desarrollo frontal de la mandíbula y se ve obligada a utilizar el equipo varias veces. Asimismo, la lactancia materna se le considera como una

estimulación muscular que los recién nacidos se alimentan solos mientras succionan y tragan la leche materna.

El crecimiento del complejo craneofacial es muy importante porque es "uno de los predictores del crecimiento y desarrollo facial óptimos". Son la succión que se presentan los infantes desde que nacen lo cual ayudara a que haya una morfología facial adecuada. Ante esto, diversos profesionales de la odontología han realizado investigaciones en esta área.

actualmente OMS considera que la lactancia materna desde el nacimiento permite que la mandíbula se desarrolle correctamente y evitar problemas de maloclusión, con una nutrición adecuada se reducirá la desnutrición y las muertes de los niños. El en Perú presenta alta prevalencia de maloclusión de 84%. El en Perú 85% una incidencia de maloclusión. Las últimas investigaciones muestran que la dentición temporal a menudo se diagnostica como una maloclusión de la dentición permanente. Los motivos más comunes están relacionados con los hábitos y desviaciones funcionales de la primera etapa de la vida, y su condición se verá reflejada en los dientes permanentes.

Es necesario entender que la lactancia (materna y artificial) cuál de las dos tiene un mayor impacto en el crecimiento mandibular, por lo que los dentistas y ortodoncistas deben comprender que la lactancia materna es importante porque influye en el complejo crecimiento orofacial y prevenirlo.

1.2 Formulación del problema

1.2.1. Problema principal

¿Cuál es la relación entre la lactancia materna y lactancia artificial con el crecimiento mandibular en niños de 0 a 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Los Licenciados -2021?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la medida antropométrica mandibular anteroposterior (Go-Gn) en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial atendidos en el Centro de Salud Los Licenciados -2021?

¿Cuál es la medida antropométrica mandibular transversal (Go-Go) en niños en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial atendidos en el Centro de Salud Los Licenciados -2021?

¿Cuál es la medida antropométrica mandibular vertical (Go-Sto) en niños en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial atendidos en el Centro de Salud Los Licenciados -2021?

¿Cuál es la medida antropométrica mandibular de la profundidad del tercio inferior facial (Tg-Gn) en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial atendidos en el Centro de Salud Los Licenciados -2021?

¿Cuál es el crecimiento mandibular anteroposterior (Go-Gn) según sexo y lactancia materna en niños de 0 a 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Los Licenciados -2021?

¿Cuál es el crecimiento mandibular transversal (Go-Go) según sexo y lactancia materna en niños de 0 a 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Los Licenciados -2021?

¿Cuál es el crecimiento mandibular vertical (Go-Sto) según sexo y lactancia materna en niños de 0 a 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Los Licenciados -2021?

¿Cuál es el crecimiento mandibular de la profundidad del tercio inferior facial (Tg-Gn) según sexo y lactancia materna en niños de 0 a 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Los Licenciados -2021?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la lactancia materna y lactancia artificial con el crecimiento mandibular en niños de 0 a 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Los Licenciados -2021.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar la medida antropométrica mandibular anteroposterior (Go-Gn) en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial atendidos en el Centro de Salud Los Licenciados -2021.

Identificar la medida antropométrica mandibular transversal (Go-Go) en niños en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial atendidos en el Centro de Salud Los Licenciados -2021.

Identificar la medida antropométrica mandibular vertical (Go-Sto) en niños en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial atendidos en el Centro de Salud Los Licenciados -2021.

Identificar la medida antropométrica mandibular de la profundidad del tercio inferior facial (Tg-Gn) en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial atendidos en el Centro de Salud Los Licenciados -2021.

Determinar el crecimiento mandibular anteroposterior (Go-Gn) según sexo y lactancia materna en niños de 0 a 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Los Licenciados -2021.

Determinar el crecimiento mandibular transversal (Go-Go) según sexo y lactancia materna en niños de 0 a 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Los Licenciados -2021.

Determinar el crecimiento mandibular vertical (Go-Sto) según sexo y lactancia materna en niños de 0 a 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Los Licenciados -2021.

Determinar el crecimiento mandibular de la profundidad del tercio inferior facial (Tg-Gn) según sexo y lactancia materna en niños de 0 a 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Los Licenciados -2021.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es teóricamente sólido de tal manera que sirve como texto de apoyo para mejorar el conocimiento existente sobre el tema, ya que el estudio busca demostrar la relación que existe entre la lactancia materna y artificial con el crecimiento maxilar en infantes.

Justificación teórica, un concepto actualizado basado en investigaciones previas, donde las variables se basarán a investigar y a su vez se definirá el crecimiento mandibular que ha sido fundamental para ayudar a lograr un desarrollo maxilofacial óptimo, porque cuando un bebé extrae leche del pecho, utiliza más músculos faciales que cuando usa un biberón.

Justificación práctica, porque los profesionales de la salud y los estudiantes deben utilizar métodos para prevenir la luxación de los dientes permanentes y promover su importancia la lactancia materna favorece el buen crecimiento de la estructura bucal de los niños con dientes de leche.

Justificación metodológica ya que aportará información para la elaboración de investigaciones futuras en la especialidad de ortodoncia, cuyo proyecto contribuirá a cirujano dentista, estudiantes de odontología de la universidad Alas peruanas y también a las madres de familia de tomar conciencia para dar a sus bebés leche materna o artificial para disminuir las iatrogenias dadas por el abordaje quirúrgico y las consecuencias del acto post quirúrgico.

Presentará justificación social porque nos permite conocer si las variables influyen en el crecimiento del maxilar inferior en niños y así mismo proporcionará evidencia que apoye la comprensión de cómo el tipo de lactancia de un recién nacido afecta el desarrollo craneofacial, especialmente el crecimiento mandibular y las madres de familia tomaran conciencia y optaran a darle a sus hijos la lactancia correcta

para prevenir, que no haya ninguna alteración en el crecimiento mandibular.

1.4.1. Importancia de la investigación

1.4.2. Viabilidad de la investigación

El reciente trabajo de investigación fue viable porque se tiene recursos humanos ya que el personal de enfermera nos brinda apoyo para la investigación, recursos económicos y materiales inmediatos que son precisos para realizar la investigación en el tiempo solicitado.

1.5. Limitaciones del estudio

En la bibliografía examinada hay muy poca información sobre este tema, y algunos estudios se han centrado más en las maloclusiones y arcos dentarios superiores. Por motivos laborales y / o personales, las madres de familias que llevan a sus hijos al establecimiento para exámenes CRED carecen de tiempo para asistir a sus exámenes odontopediátricos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Garces D y Cárdenas C. (2020) Ecuador; ejecutó un estudio donde el beneficio de lactancia materna del crecimiento de la estructura ósea, muscular y dental en infantes de 6- 7 años. Fue descriptiva, cualitativa, correlaciona y radiométrica. Usando el método de monitoreo cefalométrico Jarabak, se evaluará el desarrollo y crecimiento constante del maxilar inferior. Resultados: Se determinó 52% de los niños correspondían al tipo I Angle y 86% de los pacientes amamantados exclusivamente artificialmente correspondían al tipo II y el 7% al tipo III. Para los tipos de perfil en comparación con los dos grupos, se determinó una diferencia cero porque el 93% tenía perfiles convexos y el 7% tenían perfiles rectos, no se encontraron perfiles cóncavos. En cuanto a la tendencia a la oclusión, los individuos que tienen lactancia materna fueron del 53%, abrieron la boca un 7% y cerraron profundamente la boca el 0%; se abstuvo con una oclusión normal 66%, mordida abierta 12% y oclusión profunda al 18%. En conclusión, la lactancia materna exclusiva efecto positivo y multitud a favorecer en el desarrollo y crecimiento estructural del maxilar inferior. La lactancia materna favorece en el crecimiento esquelético en comparación succión artificial, pero ambos tipos de lactancia, en muscular y dental, los dos no mostró una gran diferencia.¹

Herrero S, Arias M. (2018) Cuba; realizó una investigación sobre la asociación de la lactancia y disposición de malformaciones de la anterior mandíbula. Materiales y métodos: fueron 45 infantes de 7 a 10 años. Resultados: 44,40 % de los infantes fueron amamantados artificialmente, 97,77% tenían anomalías esqueléticas tipo II y asociación de lactancia materna y aparición de malformaciones esqueléticas fue $p = 0,000$. Y el crecimiento mandibular anteroposterior según lactancia materna es mayor en infantes con lactancia materna. Conclusiones: hay asociación con lactancia materna con la aparición de alteraciones de la posición mandibular.²

Reyes J, León J. (2017) Quito; tuvo como objetivo fue evaluar la relación de lactancia materna y desarrollo del maxilar superior en infantes, fue observación,

análisis y transversal. La muestra fue 68 infantes de 1 y 2 años elegidos mediante criterio de inclusión. Se usó una encuesta para las madres sobre las variables, posteriormente un examen odontológico a los infantes para verificar si se incrementó el maxilar superior. Resultados: 52,5% amamantó exclusivamente a sus hijos por más de 6 meses y amamantamiento mixto de 1 a 2 años con una tasa de 55.9%; Con una comparación entre el tamaño y la lactancia, se encontró que solo la relación entre el tamaño de la cintura y la lactancia materna suplementaria mostró una discrepancia significativa, argumentando que las que iniciaron la lactancia mixta antes mostraron una estatura menor. Conclusión: los valores mostrados en la tabla estadística son sobre la etapa de lactancia materna se relaciona con el crecimiento del arco maxilar sin ningún cambio en la dirección del maxilar, por otro lado, la lactancia materna mixta complementaria solo se reduce Crecimiento de la altura maxilar en lactantes que fueron amamantados exclusivamente durante menos de un año.³

2.1.2 Antecedentes nacionales

Condori W. (2018) Tacna; realizaron un estudio con el objetivo Determinar la relación entre lactancia materna - artificial y crecimiento mandibular en infantes conclusión: Valores de crecimiento mandibular en niños de 6 meses amamantados en GO-GN; Go-Go; GN-STO y TG-GN 74,73 mm, 101,13 mm, 38,78 mm y 94,00 mm. Tenemos como: medio, máximo y mínimo de crecimiento del maxilar inferior en niños de 6 meses amamantados a GO-GN; GO-GO; GN-STO y TG-GN estuvieron 70,75 mm; 92,13 mm; 36,83 mm y 88,33 mm, proporcionalmente. Comparando las derivaciones, se observaron el crecimiento mandibular transversal es semejante en niños y diferencias en el crecimiento del maxilar inferior, con infantes exclusivamente con leche materna y menos niños alimentados artificialmente, lo que contribuyó significativamente en la posición de un adecuado crecimiento del maxilar inferior lateral.⁴

Ayca I. (2018) Arequipa; estudio que fue sobre la asociación entre lactancia materna - artificial y el crecimiento del maxilar inferior en infantes, e identificar similitudes y/o discrepancias entre lactancia materna - artificial. Variables: crecimiento maxilar y lactancia, con GO-GN; IR-IR; GO-STO y TG-GN y 74.73 mm; 101,13 mm;

38,78 mm y 94,00 mm, proporcionalmente. Media y valores máximos - mínimos del Crecimiento Mandibular del niño con lactancia materna, GO-GN; IR-IR; GO-STN y TG-GN igual 70,75 mm; 92,13 mm; 36,83 mm y 88,33 mm, proporcionalmente. Conclusión el aumento del crecimiento mandibular vertical fue mínimo en infantes con lactancia artificial que lactancia materna favorece marcadamente al adecuado crecimiento y desarrollo del maxilar, beneficiando al muscular mediante succión - deglución de la leche materna y correcta posición del maxilar inferior, en el crecimiento transversal del maxilar inferior, proporciona al desarrollo de la oclusión. ⁵

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Crecimiento y desarrollo craneofacial.

Crecimiento y desarrollo de los niños es altamente organizado, armonioso y regular, dependiente de la herencia y relación con el ambiente. La correcta composición de componentes de crecimiento y desarrollo cráneo-facial con pasar los días y espacio fortalecerá la mordida y aportará equilibrio al rostro. ⁶

Crecimiento y desarrollo de los huesos del cráneo, dos conceptos distintos, normalmente son fundamentales para armonía facial. Crecimiento es una anomalía anatómica, dado por la división de las células y actividad biológica, generalmente relacionado a un incremento de tamaño, y el crecimiento es un fenómeno fisiológico. Sobre organizaciones cada vez más complejas y la interacción de los sistemas. ⁷

2.2.2 Zonas y tipos de crecimiento del complejo craneofacial.

Son los siguientes factores: ⁷

Crecimiento de la Bóveda Craneal: Se forma por un grupo de tejidos ósea aplanados que surgen del ósea intramembranosa, sin que intervengan el precursor cartilaginoso. La regeneración y el crecimiento ocurren principalmente en el contacto perióstico entre huesos adyacentes, o sutura craneal, asimismo las actividades periósticas alteran las superficies internas - externas de los tejidos óseos aplanados.⁷

Crecimiento de la base craneal: Tejidos óseos es base del cráneo y se crean a partir del cartílago y luego el tejido óseo por retículo endoplásmico. A medida que

se mueve lateralmente, crecimiento de la sutura y la regeneración superficial se vuelven más prominentes, mientras que la base del cráneo es predominante a línea media.⁸

Crecimiento del complejo naso maxilar: El maxilar está completamente desarrollada por endocitosis. Por ello no se da el reemplazo del cartílago, el crecimiento se da: primero uniendo el tejido óseo en las líneas de sutura que unen los maxilares con base y cráneo, y mediante la reconstrucción superficial.⁸

Crecimiento de la mandíbula: Es importantes porque a través actividad endoteliales y periósticas son significativos. El cartílago recubre el contorno del maxilar inferior del ATM. Sin embargo, el cartílago no es como las placas epiteliales o el menisco, asimismo induce la hiperplasia, hipertrofia y endotelial y las otras áreas del maxilar inferior se establecen y crecen por disposición y regeneración exterior directa.⁹

2.2.1.2 Crecimiento: patrones y variabilidad.

El estudio del crecimiento y desarrollo es trascendental porque es un molde. En un sentido frecuente, el modelo muestra proporción, por lo general un conjunto complejo de razones, en lugar de una sola relación de razón. El modelo también representa cada vez más las relaciones proporcionales, pero de una manera más compleja, porque no solo trata con un conjunto de asociaciones iguales en un instante dado, acaso también con cómo esas asociaciones iguales cambian con el paso de los días.⁹

En el tercer mes del feto se desarrolla el craneofacial en el útero, el cráneo. La cabeza simboliza casi el 50% de la distancia general del cuerpo. Claramente, los componentes esqueléticos y musculares crecen más rápido el Cerebro y SNC, como lo demuestra la disminución respectiva de la dimensión del cráneo. Los grandes crecimientos de la cabeza pueden tener efectos dramáticos en las tasas y alterarlas durante el crecimiento. Al confrontar las simetrías del cráneo del bebé con las de un hombre, se observa a un infante con un cráneo grande y con cara pequeña. Tal cambio proporcional es más pronunciado en el desarrollo facial que en el cráneo y es un semblante de fenotipo facial en desarrollo. Al ver este patrón

desde un gradiente craneocaudal, la mandíbula, La parte más distal del cerebro tiende a alargarse y desarrollarse después de los maxilares. Los componentes óseos y musculares su crecimiento es más del cerebro y SNC, lo demuestra relativamente la disminución del volumen de la cabeza. Asimismo, si solo consideramos al cráneo y cara, los gradientes de crecimiento del cráneo pueden tener efectos dramáticos en las tasas y alterarlas en el crecimiento. Al confrontar las simetrías del cráneo de un bebé con la de un hombre, se ve que un infante tiene un cráneo grande y una cara pequeña. Esta modificación proporcional es más pronunciada en el desarrollo facial que en el cráneo y aspecto de fenotipo facial en desarrollo.

Al observar este modelo desde la perspectiva del craneofacial, no sorprende que el maxilar inferior, de la superficie distal del cráneo, tiende a alargarse y desarrollarse más tarde que la mandíbula superior, la parte más cercana a ella. ¹⁰

2.2.1.3 Crecimiento Mandibular

Crecimiento del maxilar inferior se relaciona con: masticación, respiración y otra función, a contraste del maxilar, la acción del endotelial y perióstica es de suma importancia en su crecimiento. Para ello el maxilar inferior, tiene dos componentes funcionales, que vienen a ser: extremidad y el tronco, se les deben considerar por apartado, porque cada uno es independiente por su contraparte estructural en distintas zonas de cráneo facial.⁹

La rama ascendente es la faringe relacionada espacialmente. Para adaptarse a los casos complejos que implican el agrandamiento longitudinal y transversal de la fosa craneal media, se solicitan ajustes progresivos en forma, dimensión y perspectiva de la mandíbula para definir la fosa craneal media. El arco inferior está en la posición correcta adyacente al arco superior. Las ramas deben tener de crecer muy flexibles para les acceda adaptarse a estas condiciones. Es primordialmente que el maxilar inferior se alinee de forma permanente funcionalmente con maxilar y que mantenga una articulación segura con el cráneo por todo el tiempo y sin interrupción en el desarrollo. El cuerpo del maxilar inferior está asociado con el cuerpo de la mandíbula y se alarga y se adapta a su crecimiento. Lo cual se

consigue modificando las ramas que crecen hacia atrás y reposicionándolas hacia atrás. Las antiguas ramas se transformaron en cuerpos. A diferencia de los huesos largos formados por patrones de cartílago, la mandíbula se desarrolla con el cartílago de Meckel, no entre ellos. ⁹

Osificación.

A medida que crece, las mandíbulas aumentan de dimensión y se mueven por la zona. Según Moyers y Enlow, el área de tratamiento es de suma importancia para el desarrollo del maxilar inferior por su ubicación general y la necesidad de una remodelación extensa del área. En la fase de crecimiento involucra el desarrollo de crecimiento endotelial en cada lado (conducto) y el crecimiento de la su membrana, con disposición selectiva y reabsorción de superficies. ⁹

Dirección de crecimiento

Los desarrollos más importantes parecen estar atrás del costado posterior de la rama del maxilar y arriba con el cóndilo. Lo cual da como resultado que toda la mandíbula inferior se mueva hacia adelante y hacia abajo, mientras que la mandíbula superior asimismo se desplaza en la misma orientación. El cóndilo crece hacia arriba y hacia atrás, pero tiende a cambiar de trayectoria debido a los escenarios específicos. ⁹

Patrón de crecimiento mandibular

Es el desarrollo funcional puede expresarse de dos maneras. Ambos son correctos según la estructura de referencia. Si se usa el cráneo como referencia, la mandíbula se moverá abajo y adelante. Se examina los resultados, se puede ver que los puntos primordiales del desarrollo mandibular son posteriores de la rama del maxilar inferior y los procesos: condilar - coronoides. La zona del condilar juega un papel sustancial en el desarrollo del maxilar inferior porque su ubicación general y la necesidad de múltiples remodelaciones.

El cartílago articular es accesorio, puede desempeñar la traslación de la articulación del maxilar inferior. El desarrollo mandibular se puede resumir de la siguiente manera: el borde posterior de la cresta mandibular ascendente crece

posteriormente, mientras que el borde anterior sufre una reabsorción compensatoria. La mezcla del crecimiento del cóndilo y la rama causa:

Superposición posterior de la rama mandibular.

Desplaza cuerpo mandibular a la zona anterior

Alargamiento vertical del brazo ascendente

Las articulaciones se mueven cuando se producen los cambios de crecimiento.

El mentón es un área mayoritariamente inactiva. Es un desplazamiento antagónico, ya que el crecimiento real ocurre en la cápsula y a la extensión del área posterior de la rama del maxilar inferior ascendente. Cuerpo del maxilar inferior se extiende por la inserción del periostio en la estructura posterior, ya que que la rama del maxilar inferior aumenta en elevación al reposicionar el endotelio a nivel óseo y por remodelación superficial.⁹

Todas las ramas vuelven a crecer para alargar el tronco. El crecimiento tejido óseo se da en el maxilar inferior y al extenso posterior de la rama ascendente en medida en la zona anterior se ha reabsorbido. Esencialmente, el cuerpo del maxilar inferior se extiende medida que la protuberancia de la mandíbula inferior se aleja del mentón, lo que hace que los huesos de la cara frontal de la extremidad y el hueso se pegue a la parte posterior del hueso que se corta.

Todo el maxilar inferior se desplaza en la misma proporción en que se desplaza el maxilar superior. Cual pone el maxilar inferior con el maxilar una asociación, debido a ello la oclusión está abierto por el crecimiento vertical del miembro ascendente.¹¹ La posición de la mandíbula inferior al nacer es aproximadamente 1 cm detrás de la mandíbula superior; sin embargo, durante la lactancia, aumenta en primeros días de nacidos 1 -1,5 mm y a 4 meses acrecienta a 4.6 mm y 6 a 8 meses alcanza la posición adecuada, reduciendo la contingencia de extravío y estableciendo el menton frontal.¹²

2.2.3. Teorías del control de crecimiento mandibular

El maxilar inferior crece por que se da por el factor genético, así mismo es por el

ambiente, la mala alimentación, los niveles de actividad física, la mala o buena salud y factores similares. Es diferente. Hay tres teorías:¹²

Teoría de control genético o teoría del crecimiento sutural: según Weinmann y Sicher, el desarrollo del cráneo y el maxilar está predeterminado y es esencialmente invariante. Uniones como el cartílago del esqueleto craneal son los sitios donde se da los crecimientos óseos, donde la expresión genética y sin cambios de la forma craneofacial y craneal. Los tejidos conectivos y la articulación cartilaginosa del hueso del cráneo, epífisis de los huesos largos, son los sitios primarios del desarrollo primario intrínseco y genéticamente regulado del hueso.

El crecimiento se da en gran medida de la genética, asimismo se ve fuertemente influenciado por factores ambientales: niveles nutricionales, niveles de actividad física, bienestar general.¹³

Teoría del crecimiento regido por el cartilago: Según Scott, el cartílago es un factor clave que controla el crecimiento. Las suturas no implican indirecto en el desarrollo del hueso craneal, más bien son solo un sitio permisivo, secundario y compensatorio para la formación y el crecimiento óseo.¹⁴

Teoría de las matrices funcionales: Según Moss, el crecimiento El crecimiento facial está dado por tejidos blandos que cubren la mandíbula y un aumento en el tamaño de la concavidad nasal, faríngea, oral y orbital en respuesta a demandas funcionales.¹⁵

Teoría del servosistema: Petrovic y et al. Mostraron que el crecimiento de la curva del maxilar inferior adaptable y manifiesta tanto a factor sistémico externo como a factor biomecánico y funcional local. El desarrollo de los principales cartílagos en el complejo craneal, base del cráneo y el tabique nasal, se ve significativa el punto afectado por factor epigenético local. Asimismo, nos muestra que el maxilar es el punto de reseña para el desarrollo del maxilar inferior. La longitud de la mandíbula inferior debe ajustarse a la longitud de la mandíbula superior para una oclusión óptima.¹⁶

La somatomedina, que la hormona del crecimiento auxina tiene un mayor efecto sobre el crecimiento longitudinal de la mandíbula que el crecimiento del maxilar. ¹⁵

2.2.4 Interacción de los músculos orofaciales con el desarrollo craneofacial.

Los músculos esqueléticos de la mandíbula realizan importantes funciones de respiración y nutrición, así como de locución y comunicación. La función regional está relacionada con la función de otras posturas como la cabeza, la mandíbula, la lengua y el hioides. El cráneo en los bebés crece desproporcionadamente al cuerpo, doblando su tamaño a 6 meses, consiguiendo 80% de su dimensión total a 3 años, esto se debe al desarrollo muy temprano del sistema nervioso central.

Moss nos indica que el desarrollo de la matriz funcional argumentó que cartílago de la mandíbula y el tabique nasal son importantes para el desarrollo de la mandíbula. Los autores plantearon la hipótesis de que un determinante principal del desarrollo del maxilar superior es un aumento en el tamaño de la cavidad nasal y oral, que es una contestación a las demandas funcional y está incompleto por el tejido blando del maxilar. En este concepto, el desarrollo de tejidos blandos, huesos y cartílagos responde a este crecimiento.

No especifica en su teoría cómo ceden las insuficiencias prácticas a los tejidos que forman la boca y la nariz, si el cartílago del tabique nasal y los conductos de drenaje no son de suma importancia del desarrollo.

Su crecimiento y pérdida también serán profundos, siempre que se pueda mantener la actividad normal. Por lo tanto, parece claro que el hueso del maxilar inferior se mueve por el crecimiento del músculo y también el tejido blando adyacente, y que la aditan de hueso del conducto se da a modo réplica a modificaciones en el tejido blando.

Debido al mayor aumento en el desarrollo cráneo-facial se tiende a dar en primeros cuatro años de existencia, las incidencias funcionales y muscular de los componentes articulares y mandibulares, los músculos masticatorios, mandibulares

y supraclaviculares es fundamental para conseguir un desarrollo armonioso en todos los niveles de la cara. Por eso es tan importante la lactancia materna ya que favorece el desarrollo de los músculos orales, al desarrollo de los maxilares y a la configuración completa de la arcada dentaria que acompaña a la alimentación complementaria, el tabaquismo ligero a los 6 meses y el tabaquismo fuerte a partir de los 12 meses. meses, para dar inicio la masticación que accederá el pleno crecimiento y desarrollo cráneo-facial. ¹⁶⁻¹⁷

2.2.5 Antropometría del recién nacido

Los métodos son dos para evaluar el incremento físico. El primer método se da mediante los métodos que se emplean para medir ganados vivos y asimismo se incluye a los seres humanos, lo que implica que el método no es dañino y que los animales pueden utilizarse para realizar distintas medidas. Y el otro método se da para mediante la manipulación en el crecimiento de una forma u otra, potencialmente destructiva. ¹⁸

Es posible medir el tamaño del esqueleto de individuos vivos. Se midieron técnicas antropométricas en individuos vivos, se establecieron varios parámetros en estudios con cráneos anatomizados, simplemente utilizando regiones de tejidos blandos como líneas de base óseas. Esta medición se puede realizar en cráneos o personas. Por ello antropometría consiente monitorear de manera directa el desarrollo del hombre, tomando las mismas medidas en diferentes instantes. Por tanto, por ello es dato longitudinal. ¹⁸

La antropometría, es una técnica que estima el crecimiento cráneo facial, lo que puede favorecer al servicio pediátrico en el descubrimiento anticipada de cambios del crecimiento y convertirse en la forma ideal de predecir estos cambios. Es un Cambio importante en el desarrollo biológico de la población infantil.¹⁹Según Farkas, en el análisis antropométrico de la cara, hay siete medidas morfométricas clave. Son las siguientes medidas de proyección vertical: clave. Son las siguientes medidas de proyección vertical:

Altura facial (Na- Gn): medida entre el punto en la base de la nariz (Na) y la parte superior del mentón (Gnation, Gn).

Altura facial superior (Na- Sto): Tomada desde el punto medio del nasión y el punto óseo (Sto) en el medio de la hendidura labial entre los labios ligeramente cerrados.

Altura mandibular (Sto-Gn): es entre stomion y el gnation. Dos medidas horizontales:

Ancho facial (zy-zy), determinado por la proyección de la distancia desde el punto del zygion derecho al izquierdo en la posición más lateral del arco cigomático. (diámetro bicigomático)

Ancho mandibular (Go-Go), medido entre los puntos gonión mandibulares. Dos medidas de profundidad facial unilaterales o bilaterales:

Profundidad Tercio medio facial (Tg-Sn): distancia en línea recta entre el punto de crecimiento de la oreja y el punto debajo de la nariz

Profundidad Tercio inferior facial (Tg-Gn): distancia de proyección entre el trazo y la parte superior del mentón. ²⁰

Se evalúa mediante dos diagnósticos en infantes. ²¹:

Diagnóstico del crecimiento mediante una medición: mide la altura alcanzada en determinada edad.

Ejemplo:

El peso y altura de acuerdo a la edad. Se compara medida establecida como normal con la edad, lo cual va a ser de variación normal.

Diagnóstico del crecimiento mediante mediciones sucesivas: Valora la tasa de crecimiento tomando medida consecutiva en intervalo de tiempo igual. ²¹

2.2.6. Lactancia materna

O también llamado lactancia natural en las primeras etapas de la vida cuando se efectúa únicamente por succión directa del seno. ²²

La lactancia materna ayuda a prevenir desnutrición y el sobrepeso porque posee lipasas, enzima que ayuda a digerir la grasa. ^{22,23}

2.2.7. Amamantamiento

El primer estímulo atípico frecuente es la respiración para el hombre desde el nacimiento hasta la muerte; la lactancia materna es el 2do estímulo. Cuando un infante nace, presenta demanda metabólica que se satisfacen de forma natural a través de la alimentación artificial o mediante la lactancia materna.²⁴ La lactancia materna incluye que el bebé obtenga leche directamente de las glándulas mamarias.^{25,26} Por su parte, estableció que la lactancia materna tiene funciones fisiológicas, complejas y coordinadas neuralmente, es un componente de actividad muscular controlado por el arco reflejo, el niño se alimenta a través de él²⁶. Para la lactancia, el reflejo de expulsión de la leche fluye de los alvéolos al conducto principal y seno galactóforos, donde el bebé la bombea.²⁵ El reflejo de succión es una réplica innata y estereotipada a estímulos en la zona bucal, se da cuando toca la mejilla con los labios, un bebe administra sus movimientos hacia el estímulo de intentar introducirse en la boca. A medida que el bebé crece, el reflejo desaparece y la función motora voluntaria toma su lugar. La succión prenatal de nutrientes es fisiológica. El primero apareció como un dispositivo de entrenamiento para que los recién nacidos succionen nutrientes. El segundo asegurará una importante función del hombre: nutrición, a través de succión y ingesta durante la mamada.²⁷

La succión se da con la introducción de la punta y la areola en boca del bebé hasta lograr que el pezón llegue al paladar blando, creando un sellado para establecer un vacío.^{28,25} El reflejo se desencadena por la estimulación del labio inferior, para ello abre la boca y apoya la lengua aplastada en el suelo. Se ha introducido la areola y el pezón en la boca, se avanza la lengua sobre las encías, se presiona la areola hacia el paladar duro con un movimiento ondulante (uno o varias veces por seg., dependiendo del flujo de leche obtenido), y se la leche se extrae y se traga. Una vez introducido en la areola y el pezón, se desencadenan las altas frecuencias de estos movimientos, actuando como estímulo fisiológico para la descarga mamaria.

25

Efectos de la lactancia materna sobre el maxilar inferior

Donato et al²⁹ ejecutaron investigaciones en Costa Rica que evaluó a 225 infantes para determinar el efecto de la lactancia materna en el desarrollo mandibular normal. La derivación de la encuesta nos manifiesta que un infante que no bebió

leche de su mama durante 3 días posteriormente del parto tenía un riesgo 2,47 veces mayor de desarrollar una relación esquelética tipo II que otro niño. ²⁹ Por otro lado, se ha encontrado que los niños en Zimbabue no suelen tener malos hábitos como chuparse el dedo si la madre amamanta con la frecuencia que el bebé desea. ²⁷ mientras Meyers, Johnson y Morris²⁷ concluyeron que la nutrición temprana no tuvo un buen resultado sobre la prevalencia del hábito de succión.

2.2.7. Lactancia artificial.

La lactancia artificial consiste en alimentar a los bebés con fórmula modificada, principalmente leche modificada, que se realiza principalmente con biberones. Para los niños que no pueden tolerar esta leche, hay otras opciones. En los seis primeros meses de existencia utilizamos una fórmula de adaptación Tipo 1, y a partir de los seis meses utilizamos una fórmula de seguimiento Tipo 2. Estas recetas contienen los nutrientes que necesitamos. Para que el niño se desarrolle correctamente en cada etapa de crecimiento. ³⁰

2.2.8 Elección del biberón y tetinas adecuadas

Deben ser prácticas y fáciles de manejar. Es transcendental que estén posibles de limpiar y resistente. El vaso se utiliza en primeros meses de existencia, luego los vasos de plástico irrompibles son más útiles y los bebés pueden sujetarlos sin riesgo. Los pezones pueden ser de goma o silicona y deben estar lo más cerca posible de los pezones de la madre. ³⁰

2.3 Definición de términos básicos:

El mecanismo de la amamantada: Hay tres reflejos ayudan a los bebés a mamar y aseguran su duración: reflejo de indagación, succión y deglución. ³¹

Deglución: Los bebés nacen con un reflejo de succión innato, en los primeros días no hay diferencia entre succionar y tragar, volviéndose gradualmente independientes. ³²

Antropometría del recién nacido: Son métodos primordiales que se emplean para

estimar el crecimiento del cráneo. ³³

Lactancia materna: Lactancia materna o lactancia natural en las primeras etapas de la vida cuando se realiza exclusivamente por succión directa del seno.²²

Lactancia artificial: a alimentación con biberón implica mecanismos radicalmente diferentes que pueden resultar profundamente perturbadores para el bebé.³⁰

Antropometría del recién nacido: son metodologías primordiales para estimar el crecimiento corporal. ³³

Crecimiento mandibular: Es el patrón del crecimiento del maxilar inferior.³³

Osificación: durante el crecimiento es un objeto se ve obligado a aumentar de tamaño y moverse a través del espacio.⁹

Dirección de crecimiento: se da hacia atrás en el margen posterior de la rama del maxilar inferior y hacia arriba el maxilar. ¹⁰

Crecimiento: En los estudios de crecimiento y desarrollo, el concepto de fenotipo es muy importante.¹⁰

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de la hipótesis principal y derivadas

La lactancia materna si guarda relación con el crecimiento mandibular que la lactancia artificial en niños de 0 a 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Los Licenciados -2021.

3.2. Variables; definición conceptual y operacional

V1 Lactancia: Esta es la mejor manera de alimentar a los bebés, brindándoles el equilibrio adecuado de los nutrientes necesarios y brindándoles protección contra las enfermedades.²²

V2 Crecimiento mandibular: Es el patrón del crecimiento de la mandíbula.²⁷

3.3 Operacionalización de variables

variables	dimensiones	indicadores	Escala de medición	valor
Variable 1 Tipo de lactancia (Artificial-materno)	Lactancia materna Lactancia artificial	Ficha de recolección de datos	Nominal Nominal	Categoría: SI NO SI NO
Variable 2 Crecimiento mandibular	Antero- posterior Transversal Vertical Profundidad del tercio inferior facial	Ficha de recolección de datos	Razón	Medidas Antropometrías según: longitud mandibular. (mm) Ancho mandibular. (mm) Altura mandibular. (mm) Profundidad mandibular. (mm)
Género		Rasgos fenotípicos sexuales	Nominal	Masculino Femenino

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

Según Hernández Sampieri es un estudio no experimental, ya que no se manio-
bro las variables a provecho del investigador.³⁴

La finalidad de la investigación fue básica, ya que busco, ampliar los conocimien-
tos y teorías.³⁴

El enfoque fue cuantitativo, ya que se estableció en la medida numérica.³⁴

Su alcance fue descriptivo; porque refiere la característica de la cosa estudiada por
encuesta y fue correlacional; porque se calculó las dos variables.³⁵

Según el diseño del estudio fue Longitudinal, porque los neonatos son evaluados
en dos periodos de meses.³⁰

4.2. Diseño muestral

Población

Fue compuesta por 91 niños.

Muestra

La fórmula con que se calculó la dimensión muestral:

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{(N-1) E^2 + Z^2 * p * q}$$

n = Tamaño de la Muestra

N = Valor de la Población

Z = Valor critico correspondiente un coeficiente de confianza del cual se desea
hacer la investigación

p = Proporción proporcional de ocurrencia de un evento

q = Proporción proporcional de no ocurrencia de un evento

E = Error Muestral.

Cálculo de la fórmula

N = 91

Z = para un nivel de confianza del 95% = 1.96

p = 50% = 0.50

q = (1 - p) = (1 - 0.50) = 0.5

E = 5% = 0.05%

Sustituyendo:

$$n = \frac{(1.96)^2 (91) (0.5) (0.5)}{(91-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

El tipo de muestreo es de tipo probabilístico por conveniencia. Ya que el estudio fue Cohorte. Y la muestra fue 86 infantes. 43 niños con lactancia materna y 43 niños lactancia artificial.

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión:

Recién nacidos en el actual año, en el establecimiento “Los Licenciados”.

Niños de buena salud.

Los hijos de los padres no tienen predisposición clase II.

Criterios de exclusión:

Bebes nacidos en presente año y otros establecimientos, que vienen a que le Controlen CRED.

Niños que hayan tenido patología obstétrica.

4.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos.

A. Técnicas de recolección de datos

Es observación, el instrumento previamente validado, por tres cirujanos dentistas y posteriormente se registró las medidas antropométricas de los niños de 0 a 6 meses y se determinó si los tipos de lactancias influyen en el crecimiento mandibular.

B. Procedimientos

Se remito una carta de presentación por el Coordinador de la Escuela Profesional de Estomatología UAP dirigida al jefe del establecimiento donde se va realizar el estudio. Posteriormente se coordinó con las enfermeras, cirujanos dentistas y odontopediatra del establecimiento el día que asistiré para tomar las muestras. Luego procedí entregarles a las mamás la aprobación informada y asimismo le expliqué sobre el tema de mi tesis.

La técnica fue observacional y instrumento Ficha de recolección de datos para obtener las mediciones antropométricas de infantes; lactantes de leche materna - artificial en dos tiempos, y se procedió a registrar las mediciones obtenidos de los neonatos. Para ello se les pidió a la madre que cargara a su bebé y que lo sentaran entre sus piernas y se procedió a ubicar puntos antropométricos faciales con un lápiz, como : gnación (punto más prominente de la sínfisis del maxilar inferior), tragus (punto medio de la prominencia cartilaginosa ubicada antes del conducto auditivo), gonion (centro del entorno posteroinferior del maxilar inferior) y stomion (intermedio de la fisura labial entre los labios dócilmente sellados), posteriormente medido con un vernier de metal calibrado en milímetros mientras el recién nacido está dormido o tranquilo para que el recién nacido no se mueva y tome la posición correcta en una habitación cerrada y bien iluminada Tomar medidas. Y por último anote los resultados obtenidos en la ficha de recolección de datos.

C. Validación de instrumento

El instrumento fue desarrollado tomando como referencia la investigación de la Bachiller en odontología Cynthia Olga Carrillo Espichán, UMSM, que fue sometido a juicio de expertos por docentes de la misma Universidad y posteriormente realizada por separado.

4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Ya obtenida los datos se ejecutó en una base estadística SPSS Statistic 25 con el software Windows 10, posteriormente se analizó los resultados a través la prueba estadística Chi cuadrado existen criterios es para estimar si hay presencia en dos los dos grupos diferencia significativa a sus medidas antropométricas. Asimismo, se usó Prueba de Kruskal Wallis para estimar si entre las dos variables existe diferencia significativa respecto a las medidas antropométricos.

4.5. Aspectos éticos

En el presente estudio de investigación se ha tenido en cuenta criterios éticos internacionales, nacionales y locales. Se respetó el sistema Vancouver para referenciar el trabajo respetando los derechos de autoría, a nivel nacional el organismo que los supervisa que es CONCYTEC además se respetó las normas locales e institucionales como son la carta de aprobación por la escuela profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas. La carta de autorización para ejecutar el estudio en el Centro de Salud Los Licenciados.

Se desarrollo el presente estudio guardando el anónimo de participantes, valorando asimismo el inicio de equilibrio, justicia e igualdad: este comienzo se refiere a ser ecuaníme o razonable.

CAPÍTULO V
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos, tablas, etc.

Tabla N° 1

Medida antropométrica mandibular anteroposterior (Go-Gn) en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial.

Lactancia materna	Edad (meses)	Go-Gn 1° (mm)			Go-Gn 2°(mm)		
		Media	Mínimo	Máximo	Media	Mínimo	Máximo
Si	Cero	5,5	4,5	7,7	5,6	4,7	7,9
	Uno	5,8	5,6	5,9	6,1	5,9	6,3
	Dos	6,1	6,0	6,3	6,5	6,3	6,7
	Tres	7,4	7,3	7,6	7,8	7,5	7,9
	Cuatro	7,7	7,6	7,8	8,0	7,9	8,1
	Cinco	7,8	7,7	7,9	8,1	7,9	8,2
No	Cero	5,5	4,5	7,7	5,6	4,6	7,8
	Uno	5,8	5,6	5,9	5,8	5,6	5,9
	Dos	6,1	6,0	6,3	6,2	6,1	6,4
	Tres	7,4	7,3	7,6	7,4	7,3	7,6
	Cuatro	7,7	7,6	7,8	7,8	7,7	7,9
	Cinco	7,7	7,5	7,9	7,8	7,6	7,9

Fuente: propia del investigador

A medida que se incrementa los meses de edad de los niños existe incremento de los valores de Go-Gn, tanto con y sin lactancia materna; por otro lado, en los niños con lactancia materna se observa incrementos de una o dos unidades, entre la primera y segunda lectura. Incrementos de una unidad o ninguna, en los que no tienen lactancia materna.

Gráfico N° 1

Medida antropométrica mandibular anteroposterior (Go-Gn) en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial.

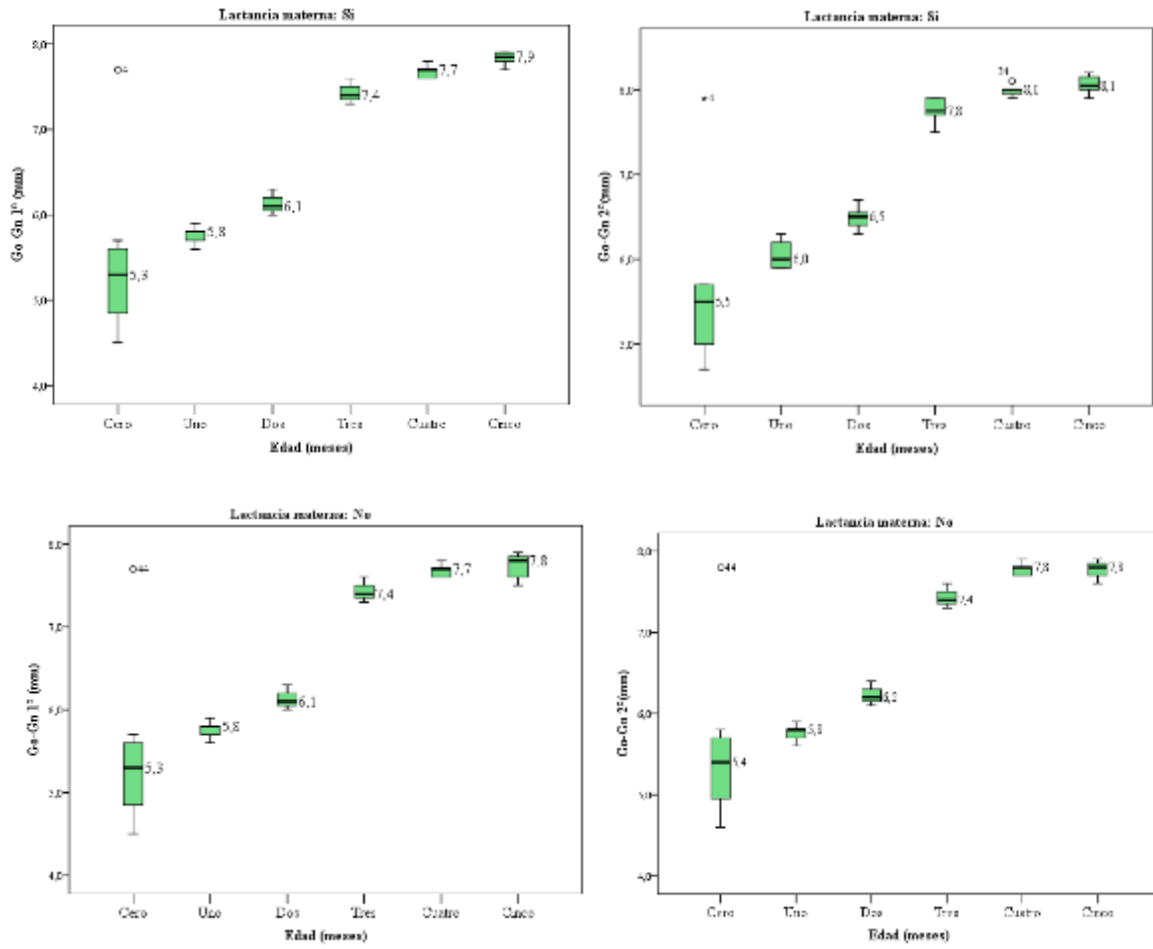


Tabla Nº 2

Medida antropométrica mandibular transversal (Go-Go) en niños en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial

Lactancia materna	Edad (meses)	Go-Go 1° (mm)			Go-Go 2° (mm)		
		Media	Mínimo	Máximo	Media	Mínimo	Máximo
Si	Cero	6,8	6,1	9,5	7,0	6,2	9,7
	Uno	8,8	8,7	8,9	9,1	8,8	9,2
	Dos	9,1	8,9	9,2	9,4	9,2	9,6
	Tres	9,5	9,3	9,7	9,8	9,7	9,9
	Cuatro	9,2	9,1	9,3	9,5	9,3	9,7
	Cinco	9,1	8,8	9,3	9,3	9,0	9,5
No	Cero	6,8	6,1	9,5	6,9	6,2	9,6
	Uno	8,8	8,7	8,9	8,8	8,7	8,9
	Dos	9,1	8,9	9,2	9,2	9,0	9,3
	Tres	9,5	9,3	9,7	9,5	9,3	9,7
	Cuatro	9,2	9,1	9,3	9,3	9,2	9,4
	Cinco	8,9	8,1	9,3	9,0	8,4	9,3

Fuente: propia del investigador

A medida que se incrementa los meses de edad de los niños existe incremento de los valores de Go-Go, tanto con y sin lactancia materna; por otro lado, en los niños con lactancia materna se observa incrementos de dos hasta tres unidades, entre la primera y segunda lectura. Incrementos de una unidad o ninguna, en los que no tienen lactancia materna.

Gráfico N° 2

Medida antropométrica mandibular transversal (Go-Go) en niños en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial.

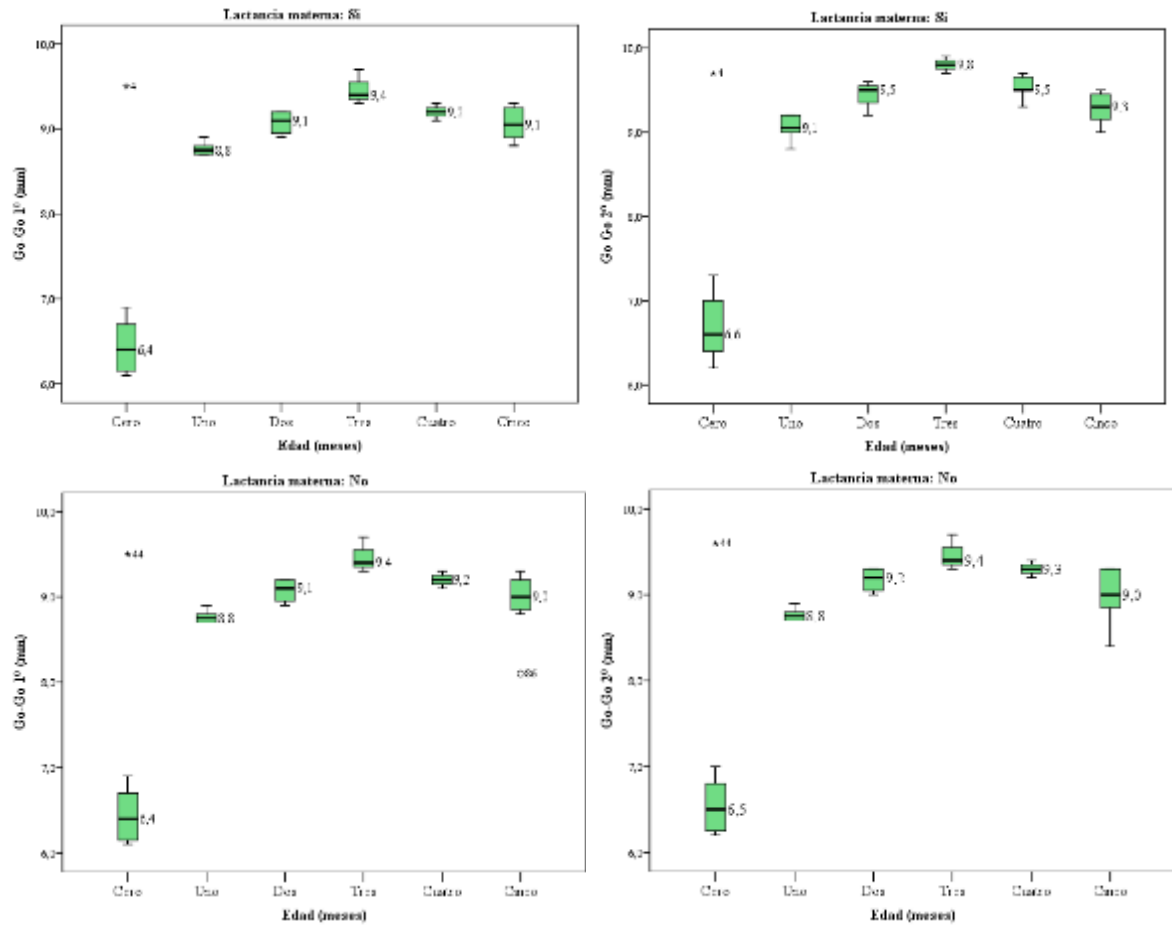


Tabla N° 3

Medida antropométrica mandibular vertical (Go-Sto) en niños en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial

Lactancia materna	Edad (meses)	Go-Sto 1° (mm)			Go-Sto 2° (mm)		
		Media	Mínimo	Máximo	Media	Mínimo	Máximo
Si	Cero	1,6	1,0	2,3	1,8	1,1	2,3
	Uno	2,2	2,1	2,3	2,5	2,2	2,7
	Dos	2,4	2,2	2,5	2,7	2,6	2,9
	Tres	2,7	2,5	2,9	3,0	2,7	3,3
	Cuatro	3,0	2,7	3,9	3,3	3,0	4,0
	Cinco	2,8	2,6	3,0	3,2	2,8	3,4
No	Cero	1,6	1,0	2,3	1,6	1,0	2,3
	Uno	2,2	2,1	2,3	2,3	2,2	2,4
	Dos	2,4	2,2	2,5	2,4	2,2	2,5
	Tres	2,7	2,5	2,9	2,8	2,6	3,0
	Cuatro	3,0	2,7	3,9	3,0	2,7	3,9
	Cinco	2,7	2,3	2,9	2,9	2,7	3,0

Fuente: propia del investigador

A medida que se incrementa los meses de edad de los niños existe incremento de los valores de Go-Sto, tanto con y sin lactancia materna; por otro lado, en los niños con lactancia materna se observa incrementos de una o hasta tres unidades, entre la primera y segunda lectura. Incrementos de una unidad o ninguna, en los que no tienen lactancia materna.

Gráfico N° 3

Medida antropométrica mandibular vertical (Go-Sto) en niños en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial.

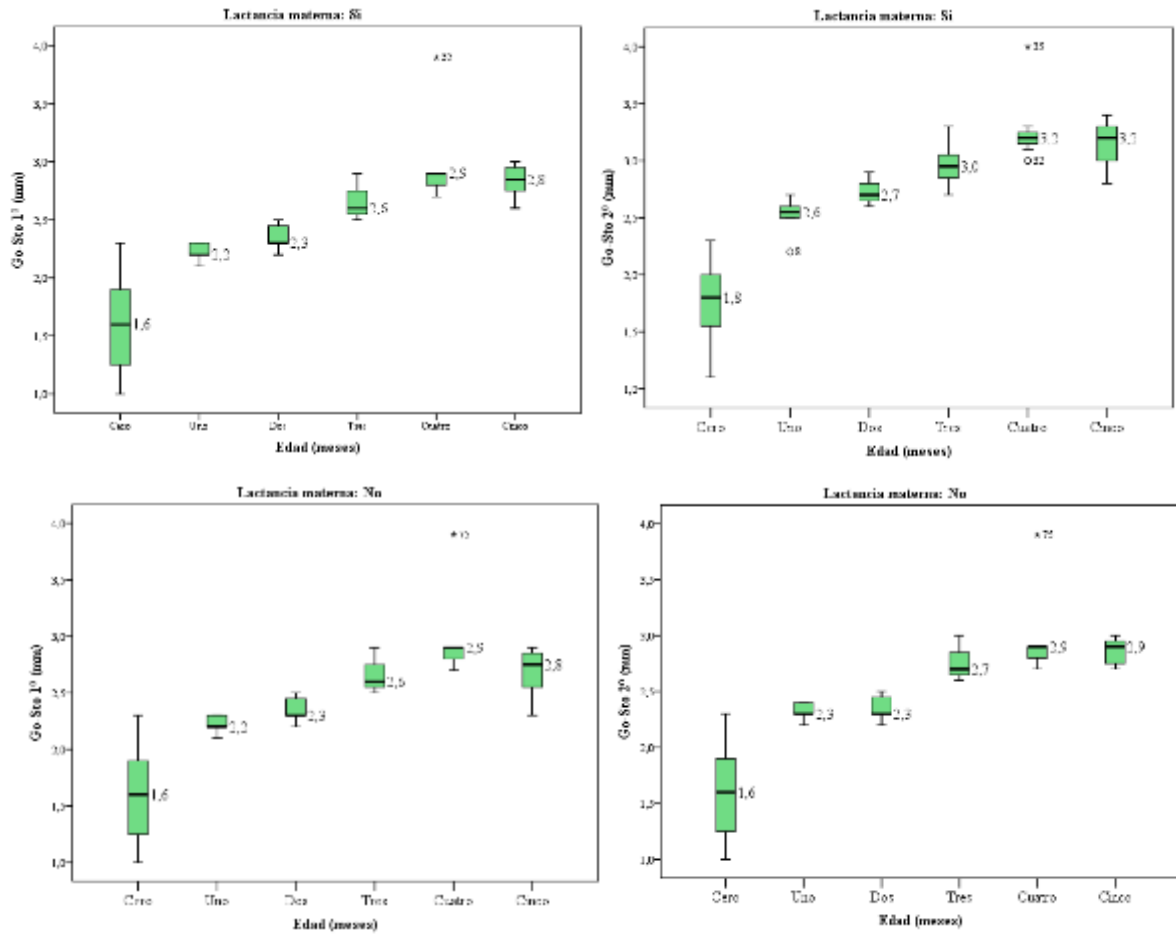


Tabla N° 4

Medida antropométrica mandibular de la profundidad del tercio inferior facial (Tg-Gn) en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial

Lactancia materna	Edad (meses)	Tg-Gn 1° (mm)			Tg-Gn 2° (mm)		
		Media	Mínimo	Máximo	Media	Mínimo	Máximo
Si	Cero	7,5	6,9	9,1	7,7	7,0	9,3
	Uno	7,9	7,8	8,1	8,2	8,0	8,4
	Dos	8,4	8,2	8,6	8,4	8,2	8,6
	Tres	8,7	8,5	8,9	9,1	8,9	9,4
	Cuatro	8,9	8,7	9,0	9,1	9,0	9,2
	Cinco	8,8	8,7	9,0	9,2	8,9	9,5
No	Cero	7,5	6,9	9,1	7,5	6,9	9,1
	Uno	7,9	7,8	8,1	8,0	7,9	8,2
	Dos	8,4	8,2	8,6	8,4	8,2	8,6
	Tres	8,7	8,5	8,9	8,8	8,6	9,0
	Cuatro	8,9	8,7	9,0	8,9	8,7	9,0
	Cinco	8,6	7,8	9,0	8,7	8,0	9,1

Fuente: propia del investigador

A medida que se incrementa los meses de edad de los niños existe incremento de los valores de Go-Gn, tanto con y sin lactancia materna; por otro lado, en los niños con lactancia materna se observa incrementos de una o hasta cuatro unidades, entre la primera y segunda lectura. Incrementos de una unidad o ninguna, en los que no tienen lactancia materna.

Gráfico N° 4

Medida antropométrica mandibular de la profundidad del tercio inferior facial (Tg-Gn) en niños de 0 a 6 meses de edad por primera y segunda vez con lactancia materna y artificial

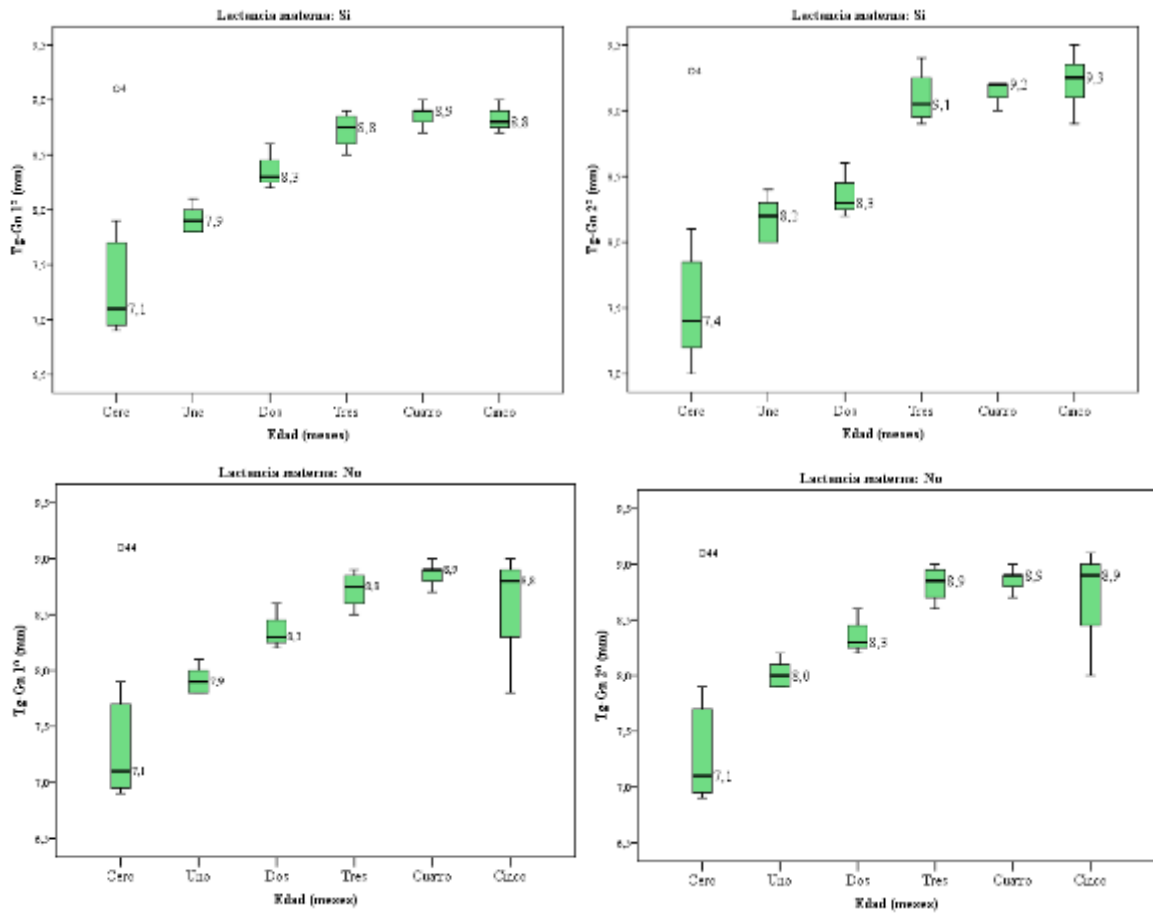


Tabla N° 5

Crecimiento mandibular anteroposterior (Go-Gn) según sexo y lactancia materna en niños de 0 a 6 meses.

Estadísticos de prueba^{a,b}

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica
Go-Gn 2°(mm)	,421	1	,516

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Sexo

No existe significancia estadística ($p > 0,05$) en el crecimiento mandibular anteroposterior (Go-Gn) según sexo, es decir es semejante en niños y niñas.

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Sexo

Estadísticos de prueba^{a,b}

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica
Go-Gn 2°(mm)	5,341	1	,021

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Lactancia materna

Existe significancia estadística ($p < 0,05$) en el crecimiento mandibular anteroposterior (Go-Gn) y lactancia materna, es decir es mayor en los niños con lactancia materna.

Gráfico N° 5

Crecimiento mandibular anteroposterior (Go-Gn) según sexo y lactancia materna en niños de 0 a 6 meses.

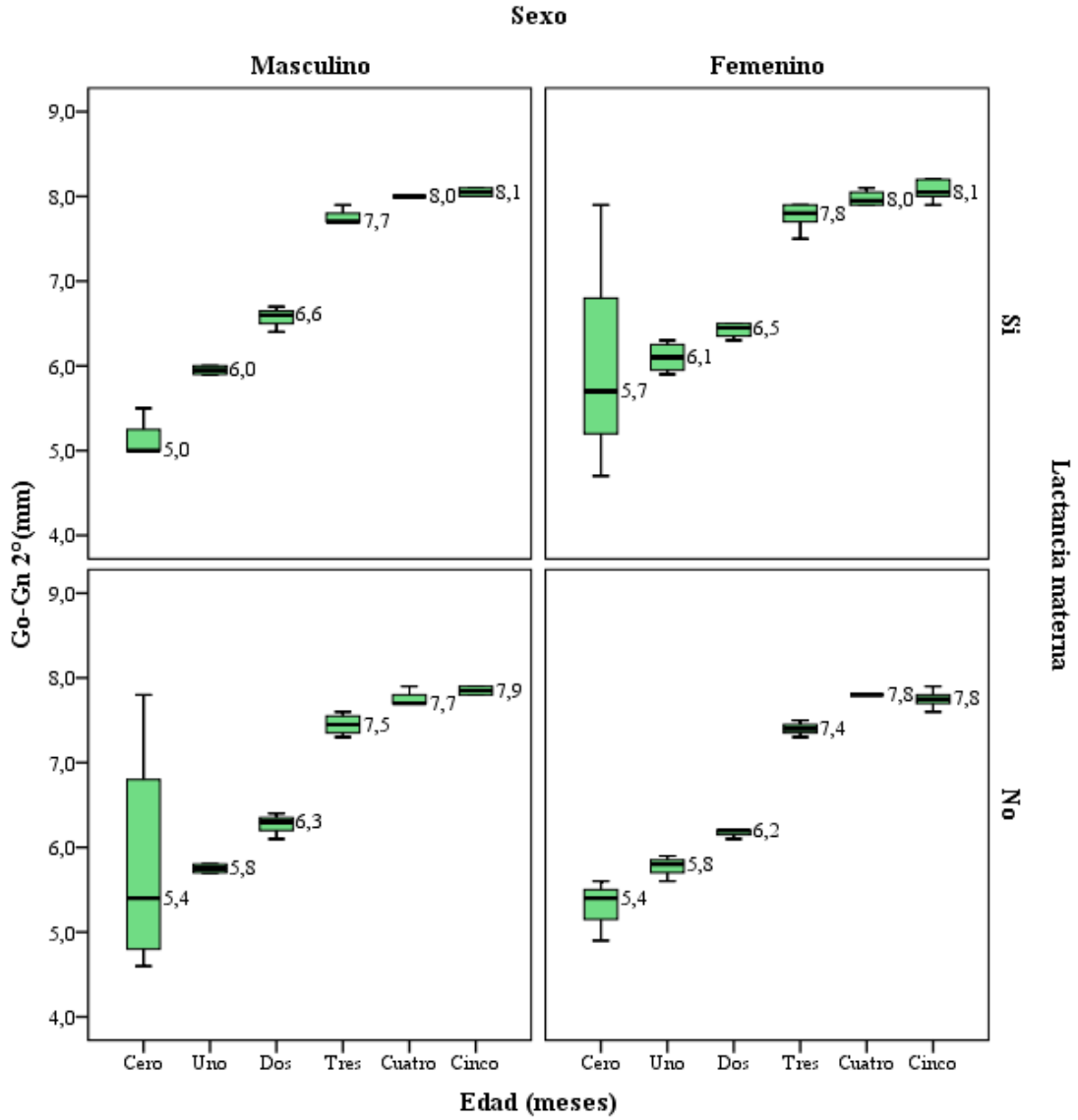


Tabla N° 6

Crecimiento mandibular transversal (Go-Go) según sexo y lactancia materna en niños de 0 a 6 meses.

Estadísticos de prueba^{a,b}

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica
Go-Gn 2°(MM)	,421	1	,516

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Sexo

No existe significancia estadística ($p > 0,05$) en el crecimiento mandibular transversal (Go-Go) según sexo, es decir es semejante en niños y niñas.

Estadísticos de prueba^{a,b}

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica
Go-Go 2° (mm)	8,812	1	,003

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Lactancia materna

Existe significancia estadística ($p < 0,05$) en el crecimiento mandibular transversal (Go-Go) según lactancia materna, es decir es mayor en infantes con lactancia materna.

Gráfico N° 6

Crecimiento mandibular transversal (Go-Go) según sexo y lactancia materna en niños de 0 a 6 meses

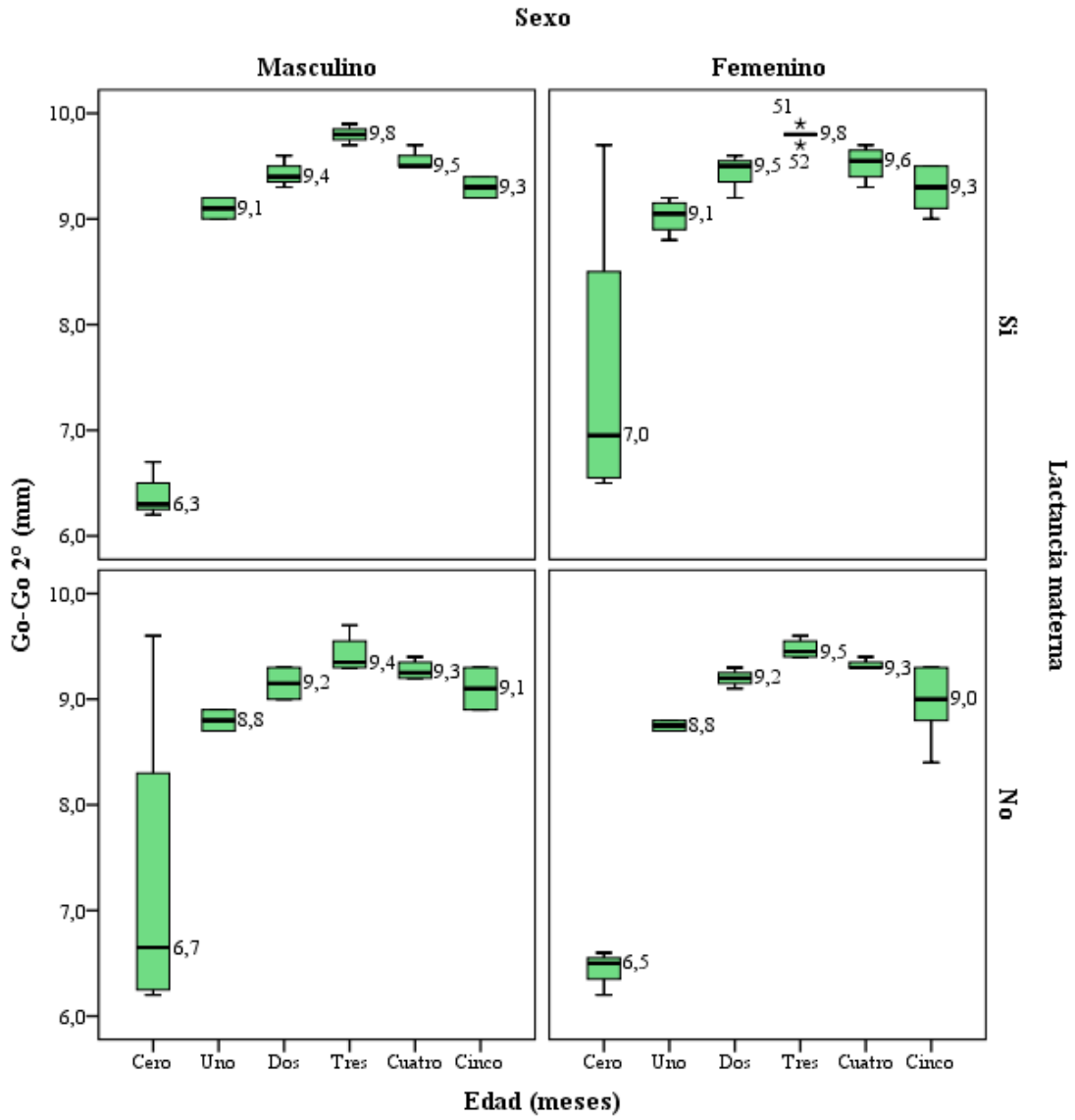


Tabla N° 7

Crecimiento mandibular vertical (Go-Sto) según sexo y lactancia materna en infantes de 0 a 6 meses

Estadísticos de prueba^{a,b}

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica
Go-Sto 2° (mm)	,445	1	,504

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Sexo

No existe significancia estadística ($p > 0,05$) en el crecimiento mandibular vertical (Go-Sto) según sexo, es decir es semejante en niños y niñas.

Estadísticos de prueba^{a,b}

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica
Go-Sto 2° (mm)	7,332	1	,007

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Lactancia materna

Existe significancia estadística ($p < 0,05$) en el crecimiento mandibular vertical (Go-Sto) según lactancia materna, es decir es mayor en niños con lactancia materna.

Gráfico N° 7

Crecimiento mandibular vertical (Go-Sto) según sexo y lactancia materna en niños de 0 a 6 meses.

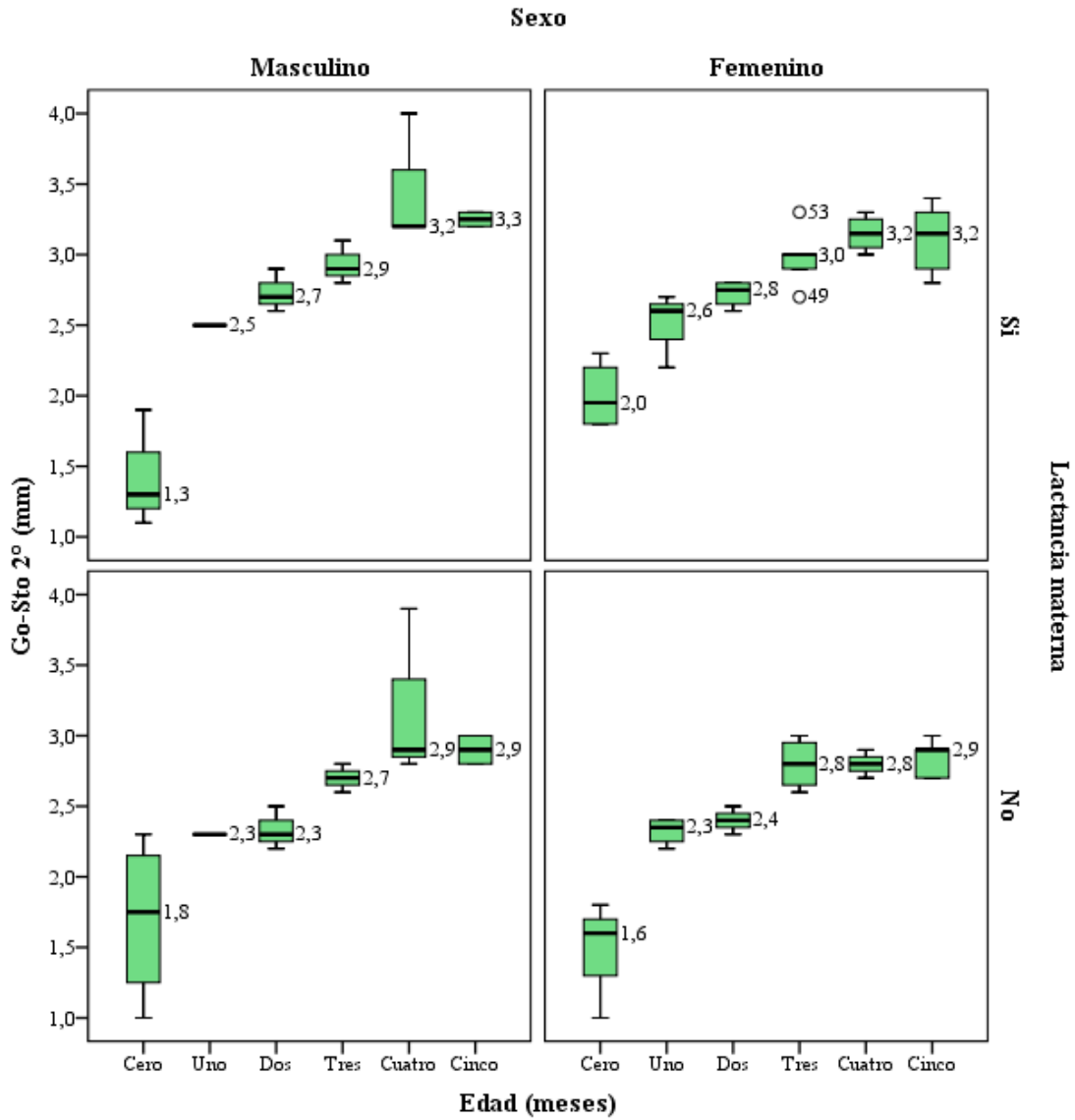


Tabla N° 8

Crecimiento mandibular de la profundidad del tercio inferior facial (Tg-Gn) según sexo y lactancia materna en niños de 0 a 6 meses.

Estadísticos de prueba^{a,b}

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica
Tg-Gn 2° (mm)	,793	1	,373

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Sexo

No existe significancia estadística ($p > 0,05$) en el crecimiento mandibular de la profundidad del tercio inferior facial (Tg-Gn) según sexo, es decir es semejante en niños y niñas.

Estadísticos de prueba^{a,b}

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica
Tg-Gn 2° (mm)	6,368	1	,012

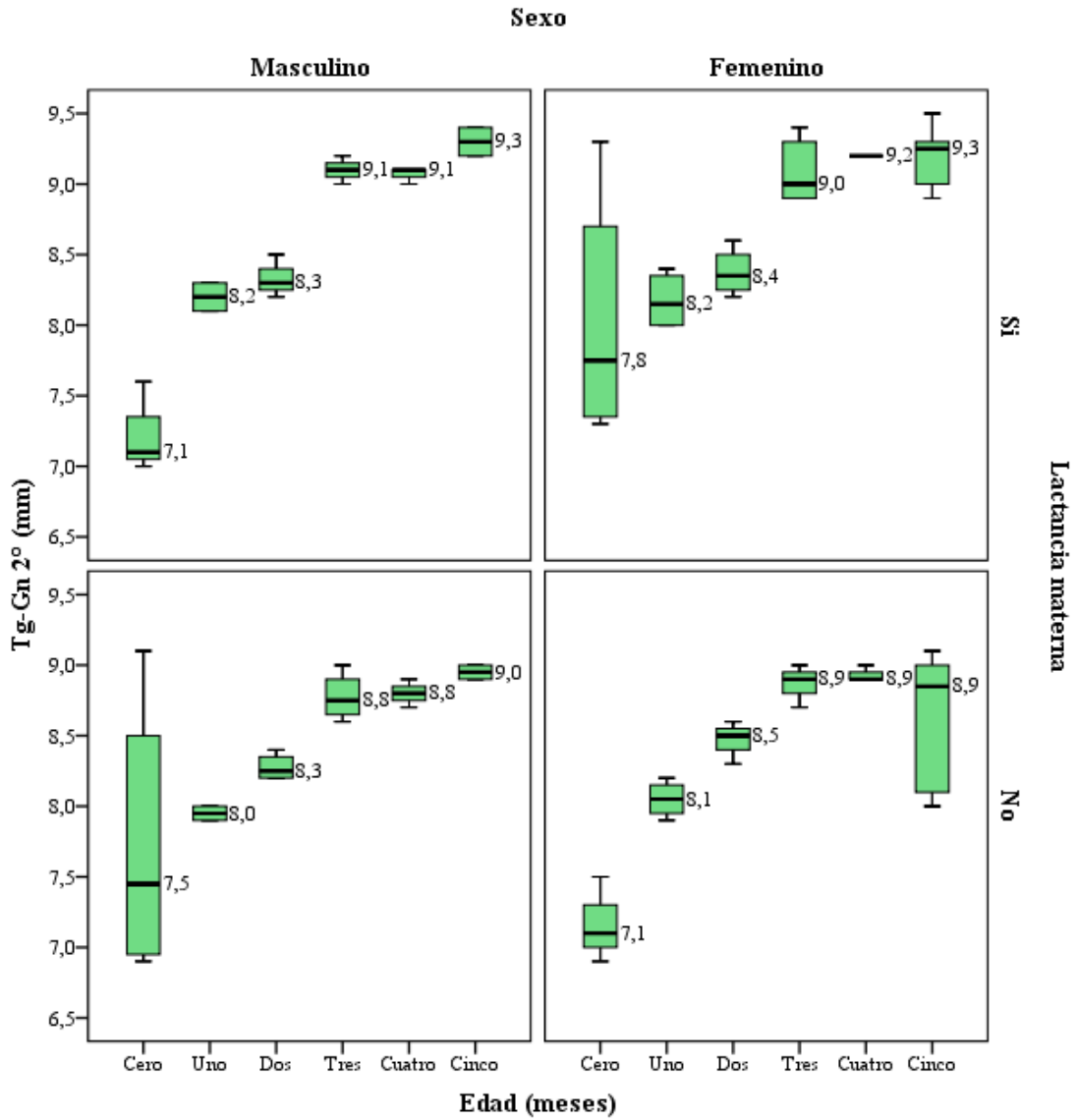
a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Lactancia materna

Existe significancia estadística ($p < 0,05$) en el crecimiento mandibular de la profundidad del tercio inferior facial (Tg-Gn) según lactancia materna, es decir es mayor en niños con lactancia materna.

Gráfico N° 8

Crecimiento mandibular de la profundidad del tercio inferior facial (Tg-Gn) según sexo y lactancia materna en niños de 0 a 6 meses.



Análisis inferencial

Prueba de hipótesis

Paso 1: Planteamiento de hipótesis

H1: La lactancia materna si guarda relación con el crecimiento mandibular que la lactancia artificial en niños de 0 a 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Los Licenciados -2021.

Ho: La lactancia materna no guarda relación con el crecimiento mandibular que la lactancia artificial en niños de 0 a 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Los Licenciados -2021.

Paso 2: Seleccionar el nivel de significancia $\alpha=0.05$

Calcule la significancia, se resta 1 del nivel de confianza de 95% para la obtención del margen de error (0.05).

Tabla N° 9

Prueba de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,364 ^a	6	,038
Razón de verosimilitud	14,198	6	,027
Asociación lineal por lineal	,508	1	,476
N de casos válidos	132		

Paso 3: Criterios de decisión

Según la prueba estadística Chi cuadrado existen criterios: 1. Rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, si el valor es ($p < 0,05$). Y 2. Se acepta la hipótesis nula y rechazar la hipótesis alterna si ($p > 0,05$).

Paso 4: Decisión estadística

El valor de P fue ($p=0.000$ es decir $<$ de 0,038), equivalente al rechazo de hipótesis nula y la aceptación de la hipótesis alterna.

5.4. Discusión

En la presente investigación se desarrolló un estudio no experimental, correlacional, transversal, retrospectivo donde se determinó la relación entre la lactancia materna y lactancia artificial con el crecimiento mandibular en niños de 0 a 6 meses

En referencia a la relación entre la lactancia materna y lactancia artificial con el crecimiento mandibular en infantes, Existe relación significativa entre las variables mencionadas. Esta derivación es similar con el estudio de Garces D y Cárdenas C. (2020) Ecuador; en donde la investigación, la lactancia materna exclusiva presento efecto positivo y multitud a favorecer en el desarrollo y crecimiento estructural del maxilar inferior.¹ Y también es similar con la investigación de Reyes J, León J. (2017) Quito; donde lactancia materna se relaciona con el crecimiento del arco maxilar sin ningún cambio en la dirección del maxilar.³

La medida antropométrica del maxilar inferior anteroposterior transversal (Go-Gn) incremento de una o dos unidades en los infantes con lactancia materna. Resultado difiere la investigación; Ayca I. (2018) Arequipa; en los niños con lactancia materna se observa incrementos de 74.73mm a 79,39 en la medida antropométrica mandibular anteroposterior transversal. ⁵

La medida antropométrica del maxilar inferior transversal (Go-Go) incremento de dos hasta tres unidades en los infantes con lactancia materna. Este resultado similar con la investigación Condori W. (2018) Tacna; medida antropométrica del maxilar inferior transversal (Go-Go) incremento en niños con lactancia materna. ⁴

La medida antropométrica del maxilar inferior vertical (Go-Sto) incremento de una hasta tres unidades en infantes con lactancia materna. Este resultado difiere con la investigación Ayca I. (2018) Arequipa; medida antropométrica mandibular vertical incremento en infantes con lactancia materna.⁵

La medida antropométrica mandibular de la profundidad del tercio inferior facial (Tg-Gn) incremento de una o hasta cuatro unidades en infantes con lactancia materna. Este resultado difiere con la investigación Ayca I. (2018) Arequipa; La medida

antropométrica mandibular de la profundidad del tercio inferior facial incremento en infantes con lactancia materna. ⁵

El crecimiento mandibular anteroposterior (Go-Gn) según lactancia materna es mayor en infantes con lactancia materna Este resultado difiere con la investigación Herrero S, Arias M. (2018) Cuba; el crecimiento mandibular anteroposterior con lactancia materna es mayor en infantes con lactancia materna. ²

El crecimiento del maxilar inferior transversal (Go-Go) es mayor en niños con lactancia materna. Este resultado difiere con la investigación Condori W. (2018) Tacna; el crecimiento mandibular transversal es semejante en niños y niñas. ⁴

El crecimiento mandibular vertical (Go-Sto) según lactancia materna es semejante en niños y niñas. Este resultado difiere con la investigación Ayca I. (2018) Arequipa; el aumento del crecimiento mandibular vertical fue mínimo en infantes con lactancia artificial que lactancia materna. ⁵

Crecimiento mandibular de la profundidad del tercio inferior facial (Tg-Gn) según lactancia materna se observa incrementos de una o hasta cuatro unidades, entre la primera y segunda lectura. Este resultado difiere con la investigación Condori W. (2018) Tacna; El crecimiento mandibular de la profundidad del tercio inferior facial se incrementó hasta seis unidades. ⁴

CONCLUSIONES

Existe relación significativa entre la lactancia materna y lactancia artificial en el crecimiento mandibular en niños de 0 a 6 meses.

La medida antropométrica mandibular anteroposterior transversal incremento de una o dos unidades en infantes con lactancia materna y en infantes con lactancia artificial no hubo incremento.

La medida antropométrica mandibular transversal incremento de dos hasta tres unidades en niños con lactancia materna y en niños con lactancia artificial no hubo incremento.

La medida antropométrica mandibular vertical incremento de una hasta tres unidades en infantes con lactancia materna y en infantes con lactancia artificial no hubo incremento.

La medida antropométrica mandibular de la profundidad del tercio inferior facial incremento de una o hasta cuatro unidades en infantes con lactancia materna y en infantes con lactancia artificial no hubo incremento.

El crecimiento mandibular anteroposterior (Go-Gn) según sexo, fue mayor en infantes con lactancia materna y fue menor en infantes con lactancia artificial.

El crecimiento mandibular transversal (Go-Go) según sexo, es parecido en niños; es mayor en infantes con lactancia materna y es menor en infantes con lactancia artificial.

El crecimiento mandibular vertical (Go-Sto) según sexo, es parecida en niños y niñas y es mayor en niños con lactancia materna y en infantes con lactancia artificial es menor.

El crecimiento mandibular de la profundidad del tercio inferior facial (Tg-Gn) según sexo, es similar en niños y niñas con lactancia artificial y es mayor en niños con lactancia materna.

RECOMENDACIONES

Promover estudios de tipo longitudinal y utilizar medidas antropométricas para poder concertar datos obtenidos en la población

Efectuar estudios semejantes utilizando tamaños de muestra más grandes y distribuciones aleatorias, y la información encontrada complementará este estudio.

Implementar políticas de salud bucal en las comunidades peruanas para fortalecer la destreza de la lactancia materna, ya que incita el crecimiento apropiado de la mandíbula, evitando una posible maloclusión.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Garces, D y Cárdenas, C. “Beneficios de la lactancia materna exclusiva en el desarrollo de estructuras óseas, musculares y dentales en niños de 6 y 7 años” [Tesis de pregrado]. Universidad de Guayaquil, Ecuador.2020
2. Herrero, S y Arias, M. Cuba “Influencia de la lactancia materna en la instalación de anomalías de posición anteroposterior mandibular”. Revista Médica. Granma Multimed. 2018; 22(2): 512-523
3. Reyes, J y León, J. (2017) Quito. “Relación entre el período de lactancia materna y el desarrollo del arco dentario superior deciduo en niños de 5 y 6 años de edad que acuden a la unidad educativa Pérez Pallares” [Tesis de pregrado]. Universidad Central de Ecuador. Quito. 2017.
4. Condori W. Tacna; realizaron un estudio con el objetivo Determinar la relación entre lactancia materna y alimentación artificial y crecimiento mandibular en niños de 6 meses. Revista odontológica Basadrina. 2019. 1: 15-19.
5. Ayca I. Relación entre la lactancia materna, artificial y mixta con el crecimiento mandibular en niños de 0 a 6 meses de edad atendidos en el centro de salud la esperanza. Arequipa, 2018. [Tesis de pregrado]. Universidad Católica de Santa María Escuela de Postgrado Maestría en Odontoestomatología. Perú.2018.
6. Munayco A, Piedra R, Cortez M. Lactancia materna asociada a crecimiento mandibular en niños de 3 años de edad. Instituto Especializado Materno Perinatal. Revista KIRU. 2005; II(1)4-10.
7. Carlson D. Teorías del crecimiento craneofacial en la era posgenómica Seminarios de ortodoncia, Elsevier. 2005 11: 172-183.
8. Graber T, Rakosi T, Petrovic A. Ortopedia dentofacial con aparatos funcionales. 2da. ed. Madrid, España: Harcourt Brace; 1998.
9. Palomino, H; Guzmán, C; Urzúa, S; Aranda, P; Villanueva, Parámetros de estética facial y gradiente socioeconómico en niños chilenos. Rev. CEFAC. São Paulo. 2006, out-dez;8(4) 477-84
10. E. Casado de Frías. “Lactancia natural”. Ed. Artes gráficas gala. Madrid; Ministerio de Sanidad y Consumo España 1996.
11. Pilonieta, G; Torres, E. Implicaciones de la lactancia materna en odontopediatría. Artículo de revisión. Med. UNAB. 2003 Ago; 6(17).

12. OPS. Manual de Crecimiento y desarrollo del niño. 2da ed. Washington DC: Serie PALTEX, 1993.
13. Rudolph C, Rudolph A, Hostotter M, Siegel, N. Pediatría de Rudolph. Volumen I. 21ª ed. España: McGraw Hill- Interamericana; 2004.
14. Águila, F. Tratado de Ortodoncia. Teoría y práctica. Tomos I y II. 1ra ed. Caracas Venezuela: Actualidades médico-odontológicas de Latinoamérica C.A.; 2000.
15. Galárraga, N y col. Compendio de desarrollo y crecimiento craneofacial. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Odontología, Cátedra de Ortodoncia.
16. Graber T, Rakosi T, Petrovic A. Ortopedia dentofacial con aparatos funcionales. 2da. ed. Madrid, España: Harcourt Brace; 1998.
17. Munayco A, Piedra R, Cortez M. Lactancia materna asociada a crecimiento mandibular en niños de 3 años de edad. Instituto Especializado Materno Perinatal. Revista KIRU. 2005; 2(1)4-10.
18. Roffit W, Fields H. Ortodoncia contemporánea: teoría y práctica. 2ª ed. España: Mosby-Doyma Libros; 1994. K
19. Rudolph C, Rudolph A, Hostotter M, Siegel, N. Pediatría de Rudolph. Volumen I. 21ª ed. España: McGraw Hill- Interamericana; 2004.
20. Palomino, H; Guzmán, C; Urzúa, S; Aranda, P; Villanueva, P. Parámetros de estética facial y gradiente socioeconómico en niños chilenos. Rev. CEFAC. São Paulo. 2006, out-dez;8(4) 477-84
21. Ustrell J, Sánchez-Molins, M. Fisiología bucal infantil: función y crecimiento de la cavidad oral del lactante. Matronas Profesión 2003; 4(14)
22. Merino, E. Lactancia materna y su relación con las anomalías dentofaciales. Acta odontológica venezolana. 2003; 41(2).
23. Herrera, G. Congreso latinoamericano de lactancia de Wellstart Internacional. Oaxaca, México del 22 al 28 de marzo de 1992.
24. Guerra María E., Mujica, C.: Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. Acta Odont. Venez. (1999); 37(2): 6-10.
25. Issler J, Cassella A, Gómez V, Maidana D. Lactancia Materna. 2020. Obtenible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista98/lactancia_materna.html Consulta: 1 mayo 2020.
26. Guerra María E.: Amamantamiento. Rev. Venezuela Odontológica. 1993; (58): 23-29

27. Planells P, Martín S, Echainz R. Hábitos de succión digital y chupete en el paciente odontopediátrico. Enfoques terapéuticos. Obtenible en: <http://www.coem.org/revista/anterior/05_97/articulo.htm> Consulta: 7 mayo 2012.
28. Salud Oral y Lactancia Materna. Obtenible en: <http://www.encolombia.com/lactancia_anexo5.htm> Consulta: 2 mayo 2012.
29. Donato C, Ramírez J, Bremes W. Lactancia Natural y su relación con el desarrollo del maxilar inferior. Obtenible en: <<http://www.colegiodentistas.co.cr/index.html>> Consulta: 2 mayo 2012.
30. Kulski JK. "Cambios en la composición de la leche durante el inicio de lactancia". Ed. Biol. SCI med. Estados Unidos 2002.
31. Blanco, L; Guerra, M; Rodríguez, S. Lactancia materna en la prevención de hábitos orales viciosos de succión y deglución. Acta Odontológica Venezolana. 2007; 45(1): 71-73.
32. Pinkhan JR. "Odontología pediátrica". Cap. 16. Ed. Interamericano McGraw Hill S.A. México, D.F. 1991.
33. Farkas L, Posnick J Hreczko T. Patrones de crecimiento de la cara: a estudio morfométrico Paladar Hendido-Revista Craneofacial, 1992 Julio; 29 (4) 308-15
34. Hernández S. Metodología de la investigación. 2012, 2(1): 130 -150.
35. Hernández Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ta Ed. México: Mcgraw-Hill / Interamericana Editores; 2014

ANEXOS

ANEXO N° 01: Carta de presentación

ANEXO N° 02: Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento, manifiesto que he sido informado (a) por el bachiller Pozo Reynoso Walter Julián de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, de la Universidad Alas Peruanas, sobre el objetivo del estudio **“Determinar la relación entre la lactancia materna y lactancia artificial con el crecimiento mandibular en niños de 0 a 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Los Licenciados -2021”** y además me ha informado sobre las medidas de crecimiento mandibular y la importancia del tema. Así mismo que cualquier imagen obtenida se hará protegiendo mi identidad; sobre el manejo de la información obtenida con un carácter de confidencialidad y su no uso para otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento expreso, así como de la posibilidad que tengo para revocar la participación cuando así lo decida.

Si acepto ()

No acepto ()

FIRMA

ANEXO N° 3: Ficha de recolección de datos



FILIACIÓN

Nombre del niño(a):

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Peso:

Talla:

Nombre de la madre o padre:

Procedencia:

Teléfono:

Dirección:

Antecedentes:

MEDIDAS DE CRECIMIENTO MANDIBULAR

Medida \ Edad	Go-Gn	Go-Go	Go- Sto	Tg- Gn
RN				
1 mes				
2 meses				
3 meses				
4 meses				
5 meses				
6 meses				

TIPO DE LACTANCIA

TIPO	RN	1 mes	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses
L. Materna							
L. Artificial							

Fuente: Cynthia Olga Carrillo Espichán” Influencia de la lactancia materna y artificial en el crecimiento mandibular de neonatos”.

ANEXO N° 04: Constancia de desarrollo de la tesis



GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO

DIRECCION REGIONAL DE AYACUCHO

RED DE SALUD HUAMANGA. UNIDAD EJECUTORA 406



QUIEN SUSCRIBE JEFE DEL CENTRO DE SALUD, ÁREA DE ODONTOLOGÍA Y ODONTOPEDIATRIA DE LA RED DE SALUD HUAMANGA UE.406.EMITE LA:

CONSTANCIA

Que el Sr **Walter Julián Pozo Reynoso**. Bachiller de la especialidad de Estomatología de la **UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**, realizo satisfactoriamente sus estudios realizados en trabajo de investigación de tesis **RELACION ENTRE LA LACTANCIA MATERNA Y LACTANCIA ARTIFICIAL CON EL CRECIMIENTO MANDIBULAR EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUS LOS LICENCIADOS -2021**, en el área de Odontología y Odontopediatría, realizo satisfactoriamente su trabajo de investigación en el " Centro de Salud Los Licenciados

Ayacucho, 15 de enero del 2023



Gladys Velásquez López
DIRECCION REGIONAL DE AYACUCHO
COP 74619

ANEXO N° 05: Base de datos

ID	EDAD EN LA TOMA POR PRIMERA VEZ	SEXO	LACTANCIA MATERNA	CRECIMIENTO MANDIBULAR				EDAD EN LA TOMA POR SEGUNDA VEZ	CRECIMIENTO MANDIBULAR			
				MUESTRA TOMADA POR PRIMERA VEZ					MUESTRA TOMADA POR SEGUNDA VEZ			
				MEDIDA ANTROPOMETRICA EN MM.					MEDIDA ANTROPOMETRICA EN MM.			
LONGITUD MANDIBULAR (G ₀ -G ₁)	ANCHO MANDIBULAR (G ₀ -G ₂)	TURA MANDIBULAR (G ₀ -G ₃)	SFUNDIDAD MANDIBULAR (T ₀ -T ₁)	LONGITUD MANDIBULAR (G ₁ -G ₂)	ANCHO MANDIBULAR (G ₁ -G ₃)	TURA MANDIBULAR (G ₁ -G ₄)	SFUNDIDAD MANDIBULAR (T ₁ -T ₂)					
1	1	2	1	57	65	23	79	2	57	73	23	81
2	1	1	1	48	61	1	69	2	5	62	13	71
3	1	1	1	43	62	1	69	2	5	63	11	7
4	1	2	1	77	95	2	91	2	79	97	21	93
5	1	1	1	53	65	10	75	2	65	61	10	70
6	1	2	1	53	64	16	71	2	57	65	10	73
7	1	2	1	45	61	15	7	2	47	66	18	74
8	2	2	1	58	87	21	73	3	53	88	22	8
9	2	1	1	58	87	22	78	3	6	9	25	81
10	2	2	1	58	88	23	8	3	6	9	26	83
11	2	1	1	57	83	22	79	3	59	82	25	83
12	2	2	1	59	87	22	78	3	62	91	26	8
13	2	2	1	58	88	23	81	3	63	92	27	84
14	3	2	1	6	63	23	82	4	63	92	28	82
15	3	1	1	61	9	26	86	4	64	94	29	85
16	3	2	1	63	92	25	84	4	65	95	32	84
17	3	2	1	6	91	24	86	4	64	95	28	88
18	3	1	1	63	83	22	83	4	67	93	28	83
19	3	1	1	62	82	23	82	4	68	96	27	82
20	3	2	1	66	86	24	87	4	68	96	27	82
21	4	1	1	73	95	25	88	5	77	93	28	91
22	4	1	1	74	93	26	86	5	77	97	29	9
23	4	2	1	78	94	25	87	5	79	98	27	9
24	4	2	1	75	96	26	86	5	75	98	29	83
25	4	2	1	73	97	27	85	5	77	99	3	83
26	4	1	1	74	94	26	88	5	79	98	31	82
27	4	2	1	75	93	26	89	5	79	97	3	93
28	4	2	1	74	94	29	89	5	78	98	33	94
29	5	2	1	77	92	28	9	6	79	93	31	92
30	5	2	1	76	92	29	89	6	79	95	32	92
31	5	1	1	78	91	28	86	6	8	95	32	9
32	5	2	1	77	93	27	89	6	8	96	3	92
33	5	1	1	78	93	29	87	6	8	97	32	91
34	5	2	1	77	92	29	89	6	81	97	33	92
35	5	1	1	78	91	30	88	6	8	95	4	91
36	6	2	1	79	93	26	87	7	8	92	28	9
37	6	2	1	79	93	27	86	7	81	91	29	89
38	6	2	1	77	89	29	89	7	79	9	32	92
39	6	1	1	78	91	28	9	7	8	94	32	94
40	6	1	1	79	9	3	87	7	81	92	33	92
41	6	2	1	79	92	3	88	7	82	94	34	95
42	6	2	1	79	93	29	89	7	8	93	33	93
43	6	2	1	79	93	28	88	7	82	95	31	93

ID	EDAD EN LA TOMA POR PRIMERA VEZ	SEXO	LACTANCIA MATERNA	CRECIMIENTO MANDIBULAR				EDAD EN LA TOMA POR SEGUNDA VEZ	CRECIMIENTO MANDIBULAR			
				MUESTRA TOMADA POR PRIMERA VEZ					MUESTRA TOMADA POR SEGUNDA VEZ			
				MEDIDA ANTROPOMETRICA EN MM.					MEDIDA ANTROPOMETRICA EN MM.			
LONGITUD MANDIBULAR (G ₀ -G ₁)	ANCHO MANDIBULAR (G ₀ -G ₂)	TURA MANDIBULAR (G ₀ -G ₃)	SFUNDIDAD MANDIBULAR (T ₀ -T ₁)	LONGITUD MANDIBULAR (G ₁ -G ₂)	ANCHO MANDIBULAR (G ₁ -G ₃)	TURA MANDIBULAR (G ₁ -G ₄)	SFUNDIDAD MANDIBULAR (T ₁ -T ₂)					
44	1	1	3	77	95	2	91	2	78	96	2	91
45	1	2	3	53	65	10	75	2	54	68	10	75
46	1	2	3	55	64	16	71	2	56	65	16	71
47	1	1	3	45	61	15	7	2	46	62	15	7
48	1	1	3	57	69	23	79	2	58	7	23	79
49	1	2	3	46	61	1	63	2	49	62	1	63
50	1	1	3	49	62	1	63	2	5	63	1	63
51	2	2	3	58	87	21	79	3	58	87	22	8
52	2	1	3	58	87	22	78	3	58	87	23	79
53	2	2	3	58	88	23	8	3	58	88	24	81
54	2	1	3	57	83	22	79	3	57	85	23	8
55	2	2	3	59	87	22	78	3	59	87	23	79
56	2	2	3	56	88	23	81	3	56	88	24	82
57	3	1	3	63	89	22	83	4	64	9	22	83
58	3	1	3	62	92	23	82	4	63	9	23	82
59	3	2	3	61	92	23	83	4	62	93	23	83
60	3	1	3	6	89	23	82	4	61	9	23	82
61	3	2	3	61	9	25	85	4	62	91	25	85
62	3	1	3	62	92	25	84	4	63	93	25	84
63	3	2	3	6	91	24	86	4	61	92	24	86
64	4	2	3	75	95	26	86	5	75	96	27	87
65	4	1	3	73	97	27	85	5	73	97	28	86
66	4	2	3	74	94	28	86	5	74	94	29	89
67	4	1	3	75	93	26	83	5	75	93	27	9
68	4	2	3	74	94	29	83	5	74	94	3	9
69	4	2	3	73	95	25	88	5	73	95	26	83
70	4	1	3	74	93	26	86	5	74	93	27	87
71	4	1	3	76	94	25	87	5	76	94	26	88
72	5	2	3	77	93	27	89	6	78	94	27	89
73	5	1	3	76	93	29	87	6	77	94	29	89
74	5	2	3	77	92	29	89	6	78	93	29	89
75	5	1	3	76	91	30	88	6	77	92	30	89
76	5	2	3	77	92	28	9	6	78	93	28	9
77	5	1	3	76	92	29	89	6	77	93	29	89
78	5	1	3	78	91	28	88	6	79	92	28	88
79	6	2	3	78	89	26	87	7	78	89	27	88
80	6	1	3	79	89	27	88	7	79	89	28	89
81	6	2	3	77	88	29	85	7	77	88	3	9
82	6	2	3	78	91	28	9	7	78	91	29	91
83	6	1	3	78	93	29	83	7	78	93	3	9
84	6	2	3	79	93	28	88	7	79	93	29	89
85	6	2	3	75	91	23	79	7	77	93	29	81
86	6	2	3	75	81	25	78	7	76	84	27	8

ANEXO N°06: Fotografías

Figura 1. Explicando a la madre en que consiste la investigación.



Figura 2. Madre firmando el consentimiento informado.



Figura 4. Medida antropométrica del maxilar inferior anteroposterior (Go-Gn) en niños.



Figura 5. Medida antropométrica del maxilar inferior transversal (Go-Go) en niños.



Figura 6. Medida antropométrica del maxilar inferior vertical (Go-Sto) en niños



Figura 7. Medida antropométrica del maxilar inferior de la profundidad del tercio inferior facial (Tg-Gn)

