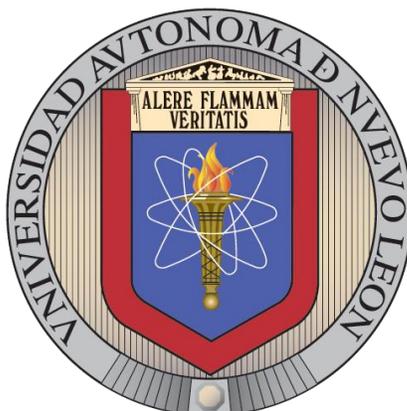


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



“Prevalencia de maloclusiones
en dentición primaria en relación a la lactancia materna en pacientes indígenas de la
Clínica Esquímulas en Chiapas, México”.

Por

Maribel Jovita Lozano Longoria

Médico Cirujano Dentista

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS EN EL ÁREA DE
ODONTOPEDIATRÍA

Agosto 2015

“Prevalencia de maloclusiones
en dentición primaria en relación a la lactancia materna en pacientes indígenas de la
Clínica Esquípuilas en Chiapas, México”.

Comité de Tesis

CD., MC. Dra. Hilda Hortencia Hermelinda Torre Martínez

Secretario

Vocal

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme dado fuerza, valor y sabiduría para terminar esta etapa tan importante en mi vida y ver mi sueño convertido en una realidad.

A mi esposo Bernardo, quien con su amor y apoyo incondicional, siempre me ha impulsado en el desarrollo de mi carrera profesional. Por siempre estar a mi lado, apoyándome y animándome a seguir adelante, por darme ese abrazo cuando lo necesite y recordarme que puedo lograr todo lo que me proponga, pero sobretodo gracias por tu paciencia, comprensión y amor a lo largo de este tiempo.

Le doy gracias a toda mi familia a mis abuelitos, mis tíos, mis tías, mis primos pero en especial a mis papas, los mejores que Dios me pudo regalar, por que gracias a ellos soy lo que soy, por el ejemplo de lucha, entrega y sacrificios, por el apoyo incondicional que siempre e percibido de ellos y por su infinito amor. Este gran logro es de ustedes, gracias por siempre estar conmigo en mis días difíciles como en mis días felices.

Por siempre estaré agradecida.

A mi hermano y a mi cuñada por apoyarme y quererme siempre, por sus ánimos para seguir adelante, para mi ustedes son un gran ejemplo en mi vida.

Le doy gracias a Dios por haberme puesto en mi camino a personas que siempre serán especiales para mi y guardaran un lugar muy grande en mi corazón; Gabriela, Natalia, Juventino y el Dr. Alejandro, gracias por compartir conmigo esta aventura, gracias por todos esos momentos.

Le doy gracias a todos mis maestros del Posgrado, gracias por su experiencia compartida, gracias por sus enseñanzas y consejos, estaré por siempre agradecida de su tiempo dedicado a mi educación.

En especial a la Dra. Hilda Torre Martínez y al Lic. Gustavo quienes me dirigieron en cada paso para la realización de este trabajo, gracias por su dedicación, valoro todo el esfuerzo y fe que pusieron en mi proyecto.

A los Señores Maldonado por haberme recibido en su Clínica Esquipulas Chiapas. Ya que sin su apoyo este proyecto no se hubiera llevado a cabo.

A CONACYT, por su apoyo financiero para poder continuar y terminar mi tesis.

Gracias.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	5
1. INTRODUCCIÓN	8
2. HIPÓTESIS	10
3. OBJETIVO	11
3.1 OBJETIVOS GENERALES	11
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
4. ANTECEDENTES.....	12
4.1 CHIAPAS	12
4.2 OCLUSIÓN	13
4.2.1 <i>Plano terminal</i>	14
4.2.2 <i>Clase Canina</i>	15
4.2.3 <i>Maloclusión</i>	15
4.3 LACTANCIA	16
4.3.1 <i>Organización Mundial de la Salud (OMS)</i>	16
4.4 MARCO DE REFERENCIA.....	19
5. MÉTODOS.....	24
5.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO	24
5.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	24
5.3 DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	25
5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	26
5.4.1 <i>Criterios de inclusion</i>	26
5.4.2 <i>Criterios de exclusion</i>	26
5.4.3 <i>Criterios de eliminación</i>	26
5.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES	27
5.6 DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	28
5.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	30
6. RESULTADOS.....	32
7. DISCUSIÓN	48
7.1. SELECCIÓN DE LA MUESTRA	48
7.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS	49
7.2.1 <i>Periodo de Lactancia Materna</i>	50
7.2.2 <i>Maloclusión</i>	51
7.2.3 <i>Mordida Cruzada Posterior</i>	53
8. CONCLUSIONES	55
9. LITERATURA CITADA.....	56
10. RESUMEN BIOGRÁFICO	61

RESUMEN

Maribel Jovita Lozano Longoria

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Odontología

Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Odontopediatría

Director de Tesis: CD., MC. Dra. Hilda Hortencia Hermelinda Torre Martínez

Área de estudio: Odontopediatría

Introducción: En el presente estudio se evaluaron pacientes de la clínica Esquípalas en Chiapas México para determinar la prevalencia de maloclusiones en dentición primaria en relación a la Lactancia materna.

Métodos: Se estudiaron pacientes pediátricos de 2 a 6 años de edad que acudieron al departamento Dental de la Clínica Esquipulas en Chiapas, México a partir de un muestreo por cuota, para medir la prevalencia de maloclusiones de piezas deciduas. Se asoció con la lactancia materna con las maloclusiones utilizando la prueba χ^2 con $p < 0.05$.

Resultados: 98 pacientes contaron con los criterios de inclusión. Se encontró que el 93.9% (92 niños) fueron lactados con seno materno. De estos pacientes el 73.5% fueron lactados por más de 6 meses. El plano terminal recto de lado derecho se encontró con mayor frecuencia en pacientes que fueron lactados por más de 6 meses. Se presentó mordida cruzada posterior en aquellos pacientes que lactaron por menos de 6 meses en un 3% de los casos estudiados.

En la relación canina derecha los pacientes que fueron lactados por más de 6 meses el 51% presentó clase I y el 52% presentó clase I en la relación canina izquierda. No se encontró asociación significativa entre la oclusión molar y canina y la lactancia materna.

Conclusión: La mayoría de los pacientes en Chiapas lactados con leche materna durante más de seis meses presentan clase I canina y plano terminal recto. La presencia de mordida cruzada posterior fue menor en los pacientes que fueron lactados durante más de 6 meses. La edad o el grupo étnico no son un factor determinante en la presencia de maloclusiones en lactantes.

Palabras Clave: lactancia materna, maloclusion, Chiapas

ABSTRACTABSTRACT

Maribel Jovita Lozano Longoria

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Odontología

Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Odontopediatría

Thesis Director: CD., MC. Dra. Hilda Hortencia Hermelinda Torre Martínez

Area of Study: Pediatric Dentistry

Introduction: In the present study patients in Esquípuas Clinic in Chiapas Mexico were evaluated to determine the prevalence of malocclusions in posterior primary dentition in relation to breastfeeding.

Methods: Pediatric patients from 2 to 6 years old who attended the Dental Department of the Esquípuas Clinic in Chiapas, Mexico were studied to measure the prevalence of malocclusions. Breastfeeding and malocclusion was associated using χ^2 test with $p < 0.05$.

Results: 98 patients were included in the study. It was found that 93.9% (92 children) were breastfed. Of these patients were 73.5% breastfed for more than 6 months. The right straight terminal plane was more frequent in patients who were breastfed for more than six months. Posterior cross bite was presented in those who breastfed for less than six months in 3% of the cases.

On the right canine relationship patients who were breastfed for more than 6 months 51% had class I and 52% had class I in the left canine relationship. No significant association between the molar and canine occlusion and breastfeeding was found.

Conclusion: Most patients in Chiapas breastfed for more than six months have Class I canine and straight terminal plane. The presence of posterior cross-bite was lower in patients who were breastfed for more than 6 months. Age or ethnicity were not a determining factor in the presence of malocclusions in infants.

Keywords: Breastfed, malocclusion, Chiapas

1. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna constituye la forma ideal de aportar a los niños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable. La Organización Mundial de la Salud (1991) junto con la Academia Americana de Pediatría recomienda que la alimentación materna debe ser exclusiva los primeros 6 meses de vida, sin embargo poco se conoce sobre los efectos entre la lactancia materna y el crecimiento, desarrollo y maduración funcional adecuada del complejo dentofacial y la prevención de maloclusiones dentales.

Con los datos estudiados surge la siguiente pregunta ¿Cómo afecta la duración de la lactancia materna en el infante en relación al desarrollo de maloclusiones en el sector posterior en dentición primaria en una comunidad de Chiapas? Por lo anterior es necesario analizar la prevalencia de las maloclusiones en niños con lactancia materna en pacientes infantiles de Chiapas ya que se caracteriza por su gran diversidad de poblaciones con un acceso difícil a servicios públicos de salud por su gran pobreza.

Por lo anterior es necesario, determinar la prevalencia de las maloclusiones en piezas primarias en niños alimentados al seno materno para así proveer datos valiosos que después de analizarla, permitirá una planeación, diseño y realización de programas para promover la lactancia materna como factor importante en el desarrollo dentofacial del paciente pediátrico.

Como hipótesis se tiene que los niños de la Clínica Esquímulas en Chiapas que recibieron lactancia materna presentan una oclusión de plano terminal recto y clase canina I.

Se estudiaron a 98 pacientes de Esquímulas Chiapas y con esta información se determinó la prevalencia de las maloclusiones en piezas primarias en niños alimentados al seno materno que acuden a la Clínica Esquímulas Chiapas para su atención dental. Se evaluó la presencia de plano terminal recto, escalón mesial y escalón distal y se determinó la relación canina en piezas primarias. Se observó la presencia de mordida cruzada posterior y por último se relacionó lo anterior por edad y género.

Fue un estudio prospectivo, observacional, descriptivo y transversal.

2. HIPÓTESIS

Después de realizar una revisión de literatura, en el que se encuentran muchos estudios en relación a la lactancia materna y su efecto en el desarrollo de maloclusiones dentales en el sector posterior de piezas dentales primarias, se decide efectuar un estudio en el que asociamos dichas variables.

Los niños de 2 a 6 años de edad de la Clínica Esquímulas en Chiapas que recibieron lactancia materna presentan una oclusión de plano terminal recto y clase canina I.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivos Generales

Determinar la prevalencia de las maloclusiones en piezas primarias en niños de 2 a 6 años de edad que recibieron lactancia materna, que acuden a la Clínica Esquíputas Chiapas para su atención dental

3.2 Objetivos específicos

- Evaluar la presencia de plano terminal recto, escalón mesial y escalón distal.
- Determinar la relación canina en piezas primarias.
- Observar presencia de mordida cruzada posterior.
- Relacionar los objetivos anteriores por edad y genero.

4. ANTECEDENTES

4.1 CHIAPAS

Chiapas es un estado de México que se caracteriza por tener gran diversidad de población en sus comunidades dentro de un marco de pobreza extrema y con difícil acceso a los servicios públicos de salud.

Esquímulas A.C. es una organización no gubernamental (ONG), fundada en 1996 para ayudar a las comunidades indígenas de diferentes etnias marginadas, del estado mexicano de Chiapas.

Actualmente la atención es a más de 20,000 pacientes por año, en las siguientes áreas, que se atienden diariamente:

- Medicina General
- Odontología
- Pediatría
- Laboratorio de Análisis Clínicos

Según el INEGI en el 2010 Chiapas contaba con 4,796,580 habitantes en el estado, de los cuales el número de población derechohabiente a servicios de salud era de 2,723,529 y el de la Población sin derechohabiencia a servicios de salud era de 2, 001,532 (Amoroz, 2011).

Según Amoroz en el 2011, el derecho a la salud en comunidades indígenas adquiere una relevancia sumamente importante debido a diversos elementos como la desigualdad e inequidad en relación con el resto de la población no indígena, lo que los hace más vulnerables ante la sociedad a una grave discriminación y violaciones a sus derechos.

4.2 OCLUSIÓN

La oclusión se puede definir como la relación de contacto entre las áreas masticatorias de los dientes superiores e inferiores. La mandíbula esta controlada por los músculos de la masticación, que le dan una gran variedad de los movimientos. (Andrews, 1972)

La oclusión se clasifica en las siguientes:

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

(Andrews, 1972)

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

La oclusión céntrica en relación céntrica se presenta cuando los cóndilos se encuentran en relación céntrica y los dientes en máxima intercuspidadación (Palaskar y cols., 2013).

4.2.1 Plano terminal

A los fines de clasificar una oclusión en la dentición decidua, se utilizan los plano terminales que se define como la relación mesiodistal entre las superficies distales de los segundos molares primarios superior e inferior cuando los dientes primarios contactan en relación céntrica (Carvajal, 2009; Serna y Meza, 2005).

Existen tres tipos de planos terminales.

- Recto o plano vertical: la superficie distal de los dientes superiores e inferiores está nivelada estando en el mismo plano vertical.
- Escalón mesial: La superficie distal de los molares inferiores es más mesial que el superior.
- Escalón distal: la superficie distal de los molares inferiores es más distal que los superiores. (Carvajal, 2009; Serna y Meza, 2005)

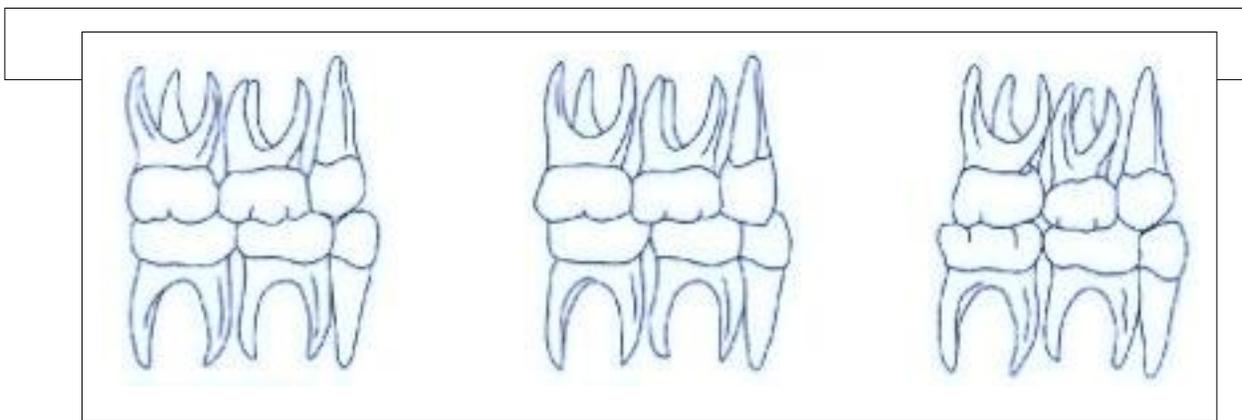


Ilustración 1 Plano terminal. A) Recto B) Mesial C) Distal

4.2.2 Clase Canina

La relación de caninos dependerá de la Clase I, II o III. La clase I se presenta cuando el vértice de la cúspide del canino temporal superior está en el mismo plano vertical que la superficie distal del canino inferior temporal estando en oclusión céntrica. La clase II se presenta cuando el vértice de la cúspide del canino temporal superior está más anterior que la superficie distal del canino temporal inferior estando en oclusión céntrica. La clase III se presenta cuando el vértice de la cúspide del canino temporal superior está más posterior que la superficie distal del canino temporal inferior estando en oclusión céntrica (Serna y Meza, 2005; Hegde y cols., 2012).

4.2.3 Maloclusión

Estudios epidemiológicos han mostrado que la maloclusión se presenta con tasas de prevalencia considerablemente altas, ya que, más del 60% de la población la desarrolla (Murrieta y cols., 2007).

Mordida cruzada posterior se registra cuando uno o más de los caninos maxilares primarios o molares ocluyen hacia lingual de las cúspides vestibulares de los dientes inferiores opuestos (Hegde y cols., 2012). La incidencia de mordidas cruzadas posteriores varía desde un 7.3% en la raza hispana hasta un 9.6% en los afroamericanos y un 9.1% en la raza blanca (Binder, 2004). La alta prevalencia de maloclusiones está relacionada a factores genéticos y ambientales y se cree que es mucho más común en la actualidad comparado con épocas prehistóricas (Zhang, 2006). Hoy en día el método de Angle de clasificar las maloclusiones es el más utilizado (Tan y Wei, 1993).

4.3 LACTANCIA

El amamantamiento se realiza en 2 fases, en la primera hay presión del pezón y la aréola, cierre hermético de los labios, el maxilar inferior desciende algo y en la región anterior se forma un vacío, permaneciendo cerrada la parte posterior por el paladar blando y parte posterior de la lengua. En la segunda fase avanza el maxilar inferior de una posición de reposo hasta colocar su borde alveolar frente al superior. Para hacer salir la leche, presiona el maxilar inferior al pezón y lo exprime por un frotamiento anteroposterior. La lengua adopta forma de cuchara, deslizándose por ella, la leche hasta el paladar blando (López y cols., 1999).

4.3.1 Organización Mundial de la Salud (OMS)

Según la Organización Mundial de la Salud (1991), las definiciones de lactancia son las siguientes:

- **Exclusivamente Lactancia materna:** El infante solamente recibió leche materna de su madre o nodriza, o leche sacada de su propia madre y no fue alimentado con otros líquidos o sólidos, con la excepción de gotas o jarabes que consistían en vitaminas, suplementos minerales o medicamentos.
- **Predominantemente Lactancia Materna:** Su fuente principal de nutrientes fue la leche materna, sin embargo, el infante pudo haber recibido agua o bebidas a base de agua (bebidas azucaradas, té, infusiones, etc.), jugos de frutas, bebidas rehidratantes, vitaminas en forma de jarabe o gotas, minerales o medicamentos. Con la excepción de jugos de frutas y agua azucarada, ningún alimento líquido está permitido en esta definición.

- Exclusivamente lactancia materna y Predominantemente Lactancia materna constituyen la lactancia materna completa.
- Lactancia Materna: El niño recibió leche materna (directamente del seno u obtenida del seno materno)
- Biberón: El niño recibió alimento líquido o semisólido de un bote con un chupón.

La Academia Americana de Pediatría, en conjunto con la Organización Mundial de la Salud, recomienda que las madres den lactancia a sus hijos por lo menos los primeros 6 meses de vida. De acuerdo a la OMS, si se dan lactancia a los recién nacido a la hora de nacidos y dar leche materna por los primeros 6 meses de vida y continúan haciéndolo hasta la edad de 2, aproximadamente 220,00 de los niños sobrevivirán cada año (World Health Organization). Existe evidencia que la leche materna provee beneficios en la salud, desde prevenir linfoma y leucemia hasta incrementar el desarrollo cognitivo del paciente (Agarwal y cols., 2012).

Los altos niveles de vitaminas y ciertos minerales encontrados en la leche materna contribuyen considerablemente en la salud del infante. Además, la introducción de inmunoglobulinas, enzimas y leucocitos por vía de la leche materna suplementa al sistema inmune poco desarrollado del infante y ayuda a defenderlo en contra de infecciones bacterianas y virales. El consumo de leche materna ha demostrado potencializar el desarrollo neurológico, a su vez reducir el riesgo de alergias, rinitis, asma y caries dental (Agarwal y cols., 2012).

Por otro lado, existen pocos estudios en donde se han examinado los efectos orales causados por la lactancia. Algunos estudios han mencionado que la lactancia prolongada puede afectar el riesgo de caries, la calidad de la función masticatoria, y el crecimiento y

desarrollo orofacial, y la oclusión (Kramar y cols., 2007; Luz y cols., 2006; Pires y cols., 2012).

Sin embargo, no se ha demostrado una asociación significativa entre la lactancia y la caries temprana de la infancia (Valaitis y cols., 2000; Hauck y cols., 2011). Otros estudios han demostrado que la lactancia prolongada ayuda a la función masticatoria y al crecimiento y desarrollo (Agarwal y cols., 2012; Pires y cols., 2012).

Se ha demostrado que existe una correlación positiva en donde al retirar la lactancia en una etapa temprana del desarrollo se han desarrollado maloclusiones clase II (Nowak y cols., 2007). Estos indicadores pueden ser vistos como una influencia positiva en prevenir mal posición dental.

La lactancia materna también tiene efectos a largo plazo en el desarrollo cráneo facial. El movimiento de la mandíbula se asocia con el amamantamiento ya que estimula el crecimiento de la articulación temporomandibular, la maxila, y la mandíbula (Viggiano y cols., 2004).

De acuerdo a Viggiano y cols. (2004), el amamantamiento retira leche al jalar el pezón y la areola dentro de la boca; este movimiento de los labios y la lengua contribuye a una apachurramiento en lugar de a un movimiento de succión. Durante la lactancia, la lengua hace movimientos peristálticos, creando un estímulo a la mandíbula y las estructuras faciales asociados y así conduciendo a un desarrollo adecuado.

El amamantamiento es un estímulo que favorece al maxilar inferior para avanzar de su posición distal con respecto al superior a una posición mesial. Es el llamado primer avance fisiológico de la oclusión. De esta manera se evitan retrognatismos mandibulares y se obtiene mejor relación entre el maxilar y la mandíbula (López y cols., 1999).

Con la ejercitación de los masticadores y faciales en el acto de lactar, disminuye el 50 % de cada uno de los indicadores de maloclusión dentarias (resalte, apiñamiento, mordida

cruzada posterior, mordida abierta, distoclusión, rotaciones dentarias, etcétera) que afectan la estética y la función dentofacial del niño (Ortega, 1998).

Sin embargo, con el biberón el niño no cierra los labios con tanta fuerza y éstos adoptan forma de "O", no se produce el vacío bucal, se dificulta la acción de la lengua, la cual se mueve hacia adelante contra la encía para regular el flujo excesivo de leche y se mantiene plana hay menor excitación a nivel de la musculatura bucal que tenderá a convertirse en hipotónica y no favorecerá el crecimiento armonioso de los huesos y cartílagos, quedando el maxilar inferior en su posición distal (UNICEF, 1992).

Basados en el papel que juega la lactancia materna en los niños en cuanto al desarrollo de su oclusión, función masticatoria y desarrollo de la cara, la lactancia debe fomentarse siempre y cuando siga siendo deseable tanto para la madre y el niño (Zulliger, 1984).

4.4 MARCO DE REFERENCIA

En Colombia, Raymonds (2003) plantea en su trabajo la importancia de la actividad muscular y la sincronización precisa de las diversas funciones que requiere la lactancia del pecho materno, unidas al enorme potencial de crecimiento del periodo postnatal, confieren al amamantamiento un papel primordial en el desarrollo adecuado del lactante. En especial en el crecimiento, desarrollo y maduración del macizo facial y en consecuencia, en la etiología de determinadas maloclusiones. Una lactancia materna fisiológica puede contribuir a la prevención de maloclusiones dentarias, o al menos disminuir su gravedad (Raymonds, 2003).

En el 2003, un estudio investigó los efectos de los diferentes métodos de alimentación infantil en el desarrollo de la oclusión en la dentición primaria. Se incluyeron 126 niños. Los padres completaron cuestionarios sobre la alimentación y la historia de la salud, y la oclusión dental primaria se registró para cada niño. Los autores encontraron que: la alimentación con biberón entre 0 y 6 meses de edad se asoció con el desarrollo de un hábito del chupón (Charchut y cols., 2003).

En el 2007, Peres y cols., realizaron un estudio transversal en Pelotas, Sur de Brasil, en 1999. Una muestra de 359 niños se examinó dentalmente y se realizó una entrevista a sus madres. Mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior se registraron utilizando los criterios de crianza y Hamilton. La información relativa a la lactancia materna y los hábitos de succión no nutritiva se recogió en el nacimiento, en la primera, tercera, sexta y 12 meses de vida, y a los seis años de edad.

Como resultado obtuvieron que la prevalencia de mordida abierta anterior fue de 46.2%, y la de mordida cruzada posterior fue 18.2%. La lactancia materna por menos de nueve meses y el uso regular de pacificador entre los 12 meses y cuatro años fueron los factores de riesgo para la mordida cruzada posterior. La interacción entre la duración de la lactancia materna y el uso de chupete fue identificado por mordida cruzada posterior. Ellos concluyen que la lactancia materna es apropiado para la prevención de la mordida cruzada posterior en dentición mixta primaria o incisa (Peres y cols., 2007).

En Colombia, Pérez y cols. (2008), publican que los niños alimentados de forma natural (por medio de lactancia materna) desarrollan en forma normal su cara y cráneo, por que las funciones de deglución, masticación y los reflejos orales están dentro de los parámetros normales. En contraste, el desarrollo máxilo-mandibular se ve alterado en aquellos niños que recibieron alimentación artificial (biberón o tetero) o por el uso del chupón en quienes se crea un desequilibrio funcional, que afecta todos los tejidos orales y periorales del infante y como consecuencia directa produce maloclusión.

Favorecer entonces la práctica de la lactancia materna, promueve el bienestar completo del niño y permite el desarrollo armónico de las estructuras faciales y craneales en el infante. Crea a su vez, patrones normales de deglución, masticación, respiración, y fonación con una normoclusión. La alimentación por biberón, representa un factor de riesgo comprobado, que altera la posición normal de la lengua y de la mandíbula y a su vez modifica el patrón funcional, generando una maloclusión como consecuencia directa (Pérez y cols., 2008).

En el trabajo realizado en Venezuela por Prieto y cols. (2009), se relaciona el período de lactancia materna y su influencia en la presencia de maloclusiones en 60 estudiantes. Se evidenció que del 100% de la muestra, un 42% recibió lactancia materna por menos de 6 meses y presentaron maloclusiones. Un 38% recibió lactancia materna exclusiva por 6 meses y presentaron normooclusión; un 13% recibió lactancia materna exclusiva por 6 meses u aún así presentaron maloclusiones y el restante 7% no fueron amamantados y presentaron maloclusiones.

En dicha muestra se encontró una mayor cantidad de niños que tuvieron una lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses (51%) en comparación con un (49%) que recibió lactancia materna exclusiva por un tiempo menor. Los resultados evidenciaron que el período de lactancia materna menor a 6 meses guarda estrecha relación con la presencia de las maloclusiones dentales. La maloclusión predominante en aquellos niños que no fueron lactados el tiempo adecuado fue la clase II de Angle, por desarrollo insuficiente de la mandíbula (Prieto y cols., 2009).

En Brasil, Kobayashi y cols. (2010) presentaron un estudio epidemiológico seccional cruzado retrospectivo entre la duración de alimentación materna exclusiva y la prevalencia de mordida cruzada posterior en la dentición primaria. Fueron examinados para la muestra 1377 niños entre los 3 y 6 años de edad, quienes fueron divididos en 4 grupos de acuerdo a la duración de la lactancia materna: 1. 119 niños sin alimentación materna, 2. 720 niños con menos de 6 meses, 3. 312 niños de 6 a 12 meses y 4. 226 niños más de 12 meses.

En los resultados obtenidos se halló que la mordida cruzada posterior fue observada en el grupo 1 en el 31.1% de la población, en el grupo2 22.4%, en el grupo 3 8.3% y en el grupo 4 2.2%. Los resultados mostraron una significativa relación estadística entre la duración de la lactancia materna y la prevalencia de la mordida cruzada posterior. Concluyeron que los niños que son lactados por más de 12 meses tiene 20 veces menos posibilidades de desarrollar mordida cruzada posterior. Los niños con lactancia materna

entre los 6 y 12 meses tienen 5 veces menos posibilidades de desarrollar mordida cruzada posterior que los niños que no son lactados (Kobayashi y cols., 2010).

En un estudio realizado en Brasil por Jabbar y cols. (2011) se evaluó la relación de la alimentación por medio del biberón como factor predisponente en el incremento del overjet y la relación clase II de los caninos primarios y se concluyó que no existía ningún efecto significativo, por lo que la alimentación con biberón por sí sola no se asocia directamente con las variables estudiadas.

En Argentina, Campaña (2012) tomó una muestra de 21 niños en edades comprendidas entre 1 y 6 años y se determinó que el crecimiento y desarrollo de las estructuras orofaciales posee una influencia genética y hormonal fuerte, pero también existe una influencia ambiental importante, en especial, sobre todas las funciones que se realizan en la cavidad bucal (respiración, succión, deglución, masticación y fonación), las cuales estimulan el crecimiento y desarrollo del tercio inferior de la cara.

Por ello el tipo de lactancia y los hábitos parafuncionales pueden influir sobre la morfología definitiva de los maxilares y de la oclusión dentaria. Del total de la población estudiada, sólo el 19.05% recibió alimentación materna exclusiva por lo menos 6 meses, el 85.71% presentaron algún tipo de maloclusión y el 21.8% desarrollaron algún tipo de hábito parafuncional (Campaña, 2012).

En el 2014, Agarwal y cols., realizaron un estudio retrospectivo transversal para determinar la asociación entre la duración de la lactancia, los hábitos de succión no nutritiva, diámetros transversales de la arcada dental, mordida cruzada posterior y mordida abierta anterior en dentición temporal. Se estudiaron 415 pacientes de 4 a 6 años de edad. Se dividieron en dos grupos (grupo 1 el paciente fue lactado por menos de 6 meses y grupo 2 pacientes que fueron lactados por más de 6 meses.)

Se encontró que la presencia de los hábitos de succión no nutritiva fue visto en el grupo 1 en un 20.3% en comparación con el grupo 2 en un 12.1%. La distribución de la

mordida abierta anterior no difirió significativamente entre los dos grupos ($p = 0,865$). La distribución de la mordida cruzada posterior fue significativamente diferente entre los dos grupos ($p = 0,001$) en donde se reveló que el grupo 1 tuvo casi dos veces mayor prevalencia de hábitos no nutritivos que el grupo 2 (Agarwal y cols., 2014).

Vieira de Sousa y cols. (2014), realizaron un estudio para verificar la prevalencia de mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior en la dentición primaria y la asociación con factores sociodemográficos, la presencia y la duración de los hábitos nutritivos y no nutritivos. Un estudio transversal se llevó a cabo con 732 niños en edad preescolar en Campina Grande, PB, Brasil. Exámenes clínicos fueron realizados por tres examinadores calibrados.

La prevalencia de la mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior fue de 21.0% y 11.6%, respectivamente. La mordida abierta anterior se asoció significativamente con el grupo de edad de tres años de edad. La mordida cruzada posterior se asoció con el uso del chupete y la duración de la lactancia materna menor a 12 meses. Los factores socioeconómicos parecen no estar relacionados con la mordida abierta anterior o la mordida cruzada posterior en la dentición primaria. La lactancia materna debe alentarse durante períodos más largos y el uso del chupete más allá de 3 años de edad representa un factor predisponente para ambos tipos de maloclusión, especialmente mordida abierta anterior (Vieira de Sousa y cols., 2014).

5. MÉTODOS

5.1 Población de Estudio

Se estudiaron a pacientes pediátricos de 2 a 6 años que acuden al departamento Dental de la Clínica Esquímulas en Chiapas, México en Noviembre del 2014.

5.2 Tamaño de la muestra

El presente trabajo estudio a pacientes pediátricos de 2 a 6 años de edad que acuden al departamento de Dental de la Clínica Esquímulas en Chiapas, México a partir de un muestreo por cuota que abarca Noviembre de 2014 para medir la prevalencia de maloclusiones en el sector posterior de piezas deciduas.

5.3 Determinación del Tamaño de la muestra

Por las condiciones de las variables a evaluar del tipo cualitativa (Efectos de la lactancia materna en el infante en el desarrollo de maloclusiones en el sector posterior en dentición primaria), donde además, se trata de una población infinita se estima el tamaño de la muestra con la aplicación de la siguiente fórmula general:

$$n = \frac{z^2 pq}{e^2}$$

Para el presente proyecto se han determinado los siguientes valores que fueron obtenidos del artículo “The Effects of Infant Feeding Patterns on the Occlusion of the Primary Dentition” (Charchut y cols., 2003) y aplicados para determinar el tamaño de la muestra:

$z = 1.96$ para 95% confiabilidad

$p = 0.51$

$e = 10\%$

Para obtener el tamaño de la muestra se sustituyen los valores y se obtiene que:

$$n = \frac{z^2 pq}{e^2} \qquad n = \frac{(1.96)^2 (0.51)(0.49)}{(0.10)^2} \qquad n = 96$$

De aquí se obtiene que el número total de muestras para el estudio será de 96, los cuales serán elegidos entre todos aquellos que cumplan los criterios de selección para ser incluidos en el estudio.

5.4 Criterios de selección

5.4.1 Criterios de inclusion

- Niños entre 2 y 6 años de edad
- Pacientes que acudan a la clínica de Esquímulas (San Cristóbal de la Casas, Chiapas).
- Dentición Primaria en el sector posterior Completa
- Pacientes que acepten participar en el proyecto

5.4.2 Criterios de exclusion

- Piezas Permanentes erupcionadas
- Historial de Labio y/o Paladar Hendido o alguna otra cirugía maxilofacial.
- Síndromes Craneofaciales
- Pacientes con Trisomía 21 o con retraso mental
- Presencia de hábitos parafuncionales

5.4.3 Criterios de eliminación

- Encuestas mal llenadas
- Niños que no permitan hacer las mediciones

5.5 Definición de variables

Se miden las siguientes variables en 98 pacientes que acudieron a la Clínica Esquípuas en Chiapas, México. Se toman variables independientes tales como: genero (femenino, masculino), edad en años cumplidos, grupo étnico (tzeltales, tzotziles, choles, tojolabales), si obtuvo lactancia materna (sí, no), si uso biberón (sí, no) y por ultimo si uso chupón (sí, no).

Por otro lado se tomaron las variables dependientes. Se pregunto la edad de suspensión de lactancia materna y del uso de biberón en meses o años cumplidos. Se observo clínicamente el tipo de plano terminal (recto, mesial, distal) y la clase canina (I, II, III). Por otro lado se registro la presencia o ausencia de mordida cruzada posterior.

5.6 Descripción de procedimientos

En el presente estudio fueron incluidos 98 pacientes de 2 a 6 años de edad que acudieron a la clínica de Esquíputas en San Cristóbal de la Casas Chiapas, México, durante el mes de Noviembre 2014. Los procedimientos a utilizar fueron: el llenado de una encuesta, el uso de un calibrador estandarizado y espejo intraoral.

El levantamiento de datos fue programado para comenzar en Noviembre 2014 por una semana en un muestreo por cuota.

La información a recabar es a partir de una encuesta, en la que se incluyen datos de identificación, tipo de alimentación que obtuvo el paciente, si fue lactado o no y por cuanto tiempo tuvo este método de alimentación, presencia de algún hábito en el niño.

Lo anterior se realiza sumado a una revisión bucal clínica, mediante un método visual táctil y de fácil ejecución, se utilizó una unidad dental, jeringa triple, un campo, unos guantes, en algunos casos se utilizaron retractores de labios para facilitar la toma de fotografías intraorales. El propósito de la revisión bucal fue para obtener los datos necesarios para determinar el tipo de maloclusión posterior presente.

La recolección de datos fue seleccionando al azar a un paciente acompañado de su madre o la persona que pueda confirmar la información necesaria solicitada en la encuesta descrita previamente.

Los procedimientos se realizaron en una Unidad Dental pidiéndole al paciente que abra su boca para introducir un espejo y pidiéndole al paciente que cierre su boca llevándola a una relación céntrica en máxima intercuspidadación y así poder visualizar la relación canina y molar real. Al mismo tiempo se valoró la presencia de una mordida cruzada posterior en donde se observa que las cúspides vestibulares superiores se localizan por detrás de las cúspides vestibulares de las piezas inferiores.

La relación de caninos dependió de la Clase I, II o III. La clase I se consideró cuando el vértice de la cúspide del canino temporal superior está en el mismo plano vertical que la superficie distal del canino inferior temporal estando en oclusión céntrica. La clase II es cuando el vértice de la cúspide del canino temporal superior está más anterior que la superficie distal del canino temporal inferior estando en oclusión céntrica. La clase III es cuando el vértice de la cúspide del canino temporal superior está más posterior que la superficie distal del canino temporal inferior estando en oclusión céntrica.

La clase molar primaria dependió de los planos terminales. El plano terminal recto se presenta cuando las superficies distales de los segundos molares primarios maxilares y mandibulares permanecen en el mismo plano vertical. El escalón mesial es cuando la superficie distal del segundo molar mandibular primario está hacia mesial del segundo molar maxilar primario. El escalón distal se observa cuando la superficie distal de segundo molar mandibular primario está hacia distal del segundo molar maxilar primario. Cualquier mordida cruzada posterior fue registrada.

Los datos fueron registrados por un solo observador (ML). Se vaciaron los datos en una hoja de captura en Excel.

5.7 Análisis Estadístico

La muestra que fue conformada por todos aquéllos pacientes que cumplieron con los requisitos para ser incluidos en el estudio.

Las variables fueron capturados en una base de datos en el programa IBM Statistics SPSS 22 con el que se realizaron tablas de frecuencia de dos variables dentro de las cuales fue considerada la variable principal (Maloclusión en el sector posterior) confrontada con el resto de las variables establecidas en el instrumento de observación (Genero, edad, lactancia materna).

Para algunos procedimientos estadísticos de clasificación y manejo de base de datos fue empleado el programa Microsoft Excel 2010.

El presente proyecto cuenta con un modelo estadístico de presentación de datos que consiste en la elaboración y descripción de tablas de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y de intervalo, además del uso de gráficos para las tablas mayormente relacionadas con el análisis de los datos, posterior a este diseño se realizó una descripción detallada de los resultados.

El análisis estadístico se hizo mediante pruebas de chi cuadrada para variables cualitativas con un 95% de confiabilidad, el criterio de decisión consistió en la definición de un valor $p < 0.05$.

Tabla 1. Encuesta

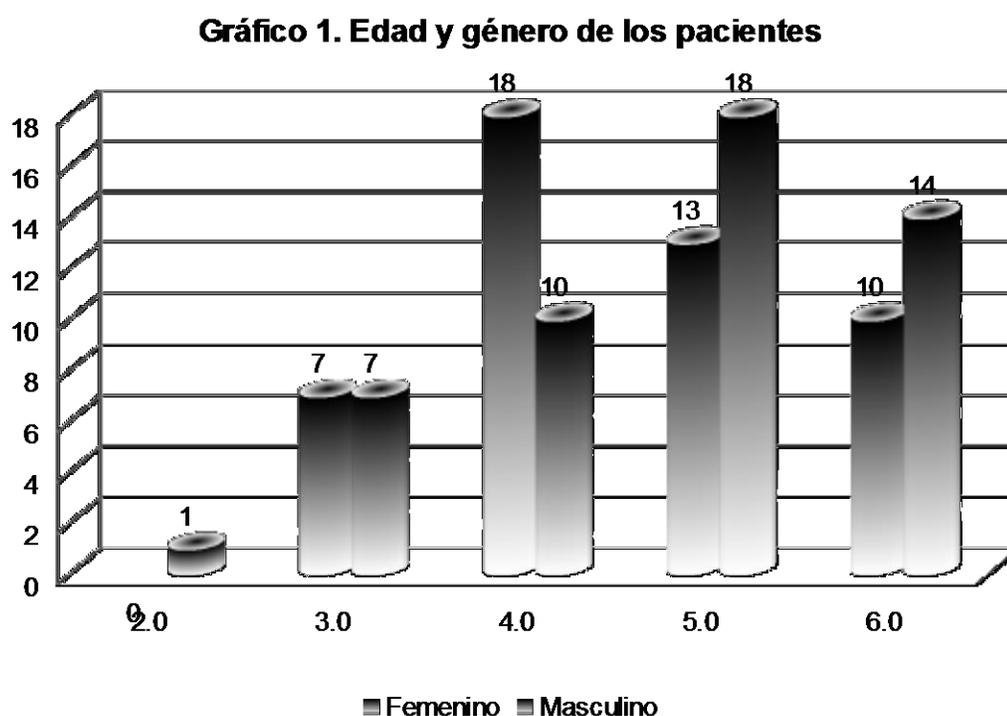
Grupo Étnico _____		Edad _____		Genero _____			
1. ¿Su Hijo es o fué lactado con seno materno?		Si ___ 0	No ___ 1 (P.8)				
2. ¿Por cuánto tiempo?		1-6m ___	6-12m ___	12-18m ___	18-24m ___	24-36m ___	36> ___
3. ¿Sigue siendo lactado por seno materno?		Si ___	No ___				
4. ¿Con que sustituyo el seno materno?		Chupón ___	Biberón ___	Vaso ___	Otro ___	Nada ___	
5. ¿Por cuanto tiempo utilizó este método?		1-6m ___	6-12m ___	12-18m ___	18-24m ___	24-36m ___	36> ___
6. ¿Presentó algún habito durante la lactancia?		Si ___	No ___ (Fin)				
7. ¿Presentaba hábito de dedo?		Si ___	No ___				
8. ¿Qué método de alimentación utilizó?							
Id	Edad	Género	Grupo Étnico	Clase canina derecha	Clase canina izquierda	Relación Anteroposterior	Mordida cruzada
							R. AntPos 0. Esc. Mesial 1. PTR 2. Esc. Distal
							Mordida Cruzada 0. no 1. uni 2. bi 3. anterior

Claves

0. Tzeltales	4. 0. Chupón
1. Tzotziles	1. Biberón
3. Chules	2. Vaso Entrenador
4. Tojolabales	3. Otro
2 - 5. 0. 1-6m	4. Nada
1. 6-12m	
2. 12-18m	
3. 18-24m	
4. 24-36m	
5. 36 >	

6. RESULTADOS

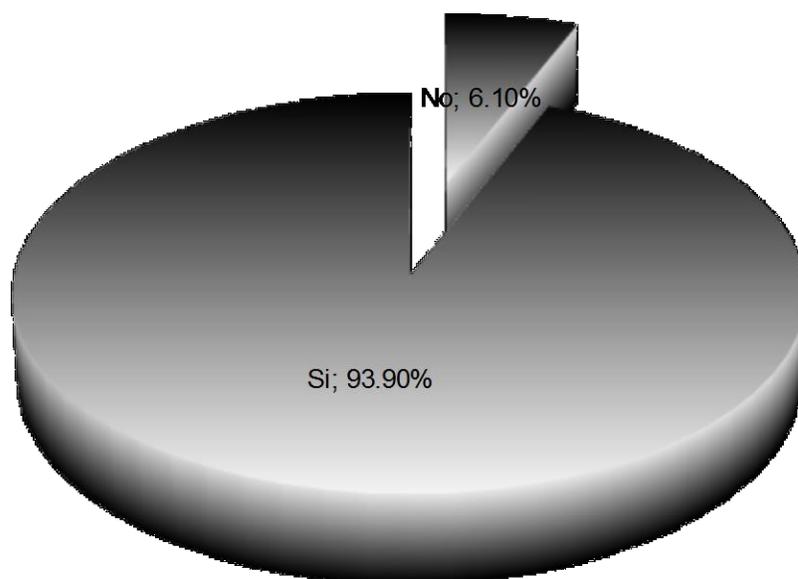
Las observaciones del estudio fueron procesadas con el paquete estadístico SPSS, obteniendo los resultados que se describen a continuación.



En la Gráfica 1 se observa que la distribución por género correspondió al 49% de niñas y el 51.0% de niños, la mayoría de los niños tenían 5 años de edad (31.6%), de ellos el 13.3% eran del genero femenino y el 18.4% pertenecían al genero masculino. Los niños de cuatro años de edad, a los cuales les correspondió un 28.6% estaban distribuidos en un 18.4% de niñas y 10.2% de niños.

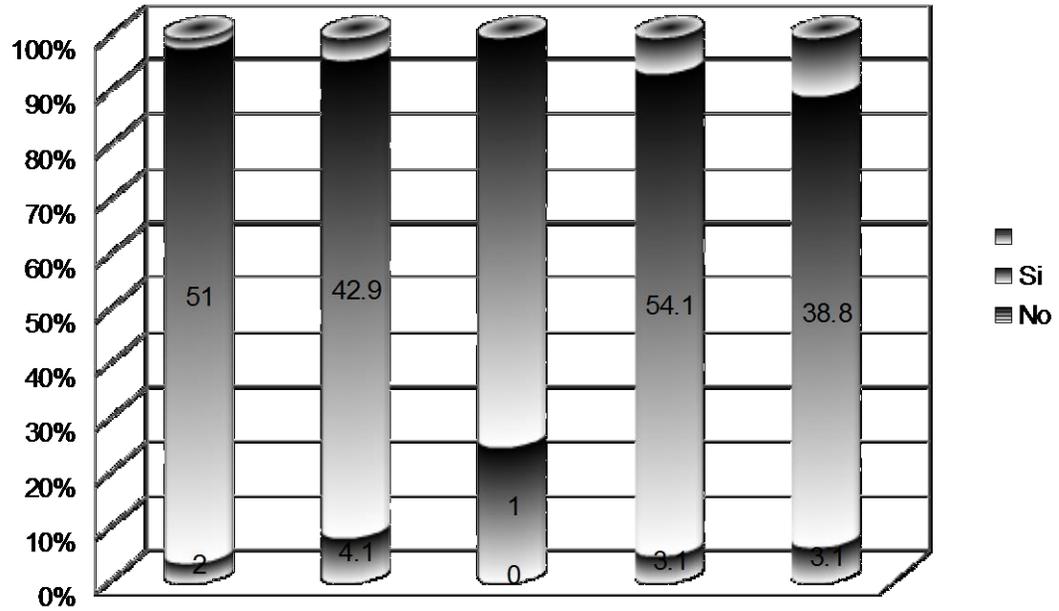
Solo se conto con la participación de un niño de 2 años de edad.

Gráfico 2. Frecuencia de Lactancia con seno materno



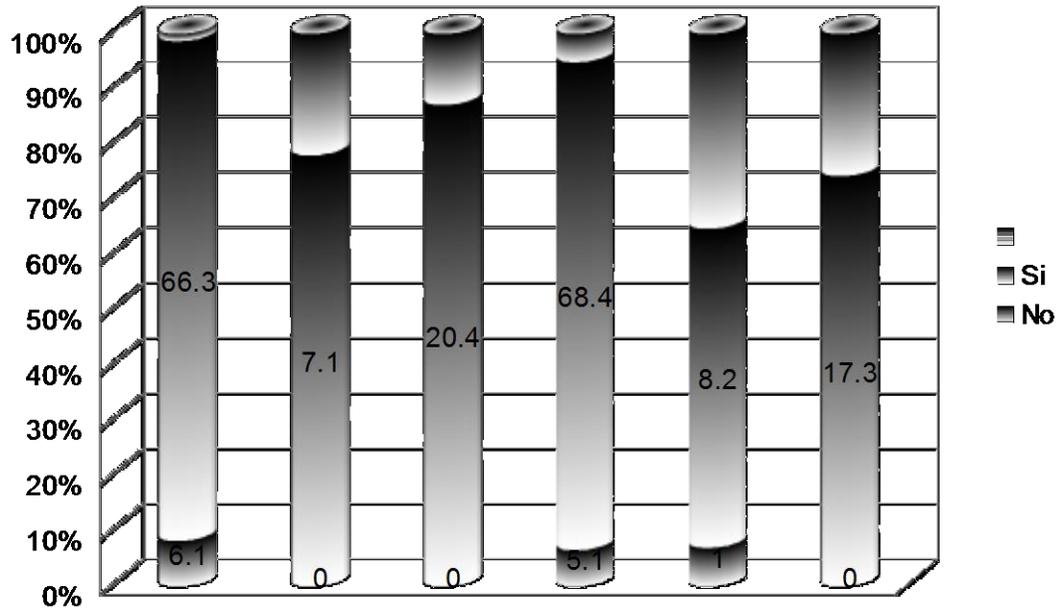
En la Gráfica 2 se muestra que de los pacientes estudiados el 93.9% fue lactado con seno materno y el 6.1% nunca fue lactado con seno materno.

Gráfico 3. Lactancia materna y relación anteroposterior



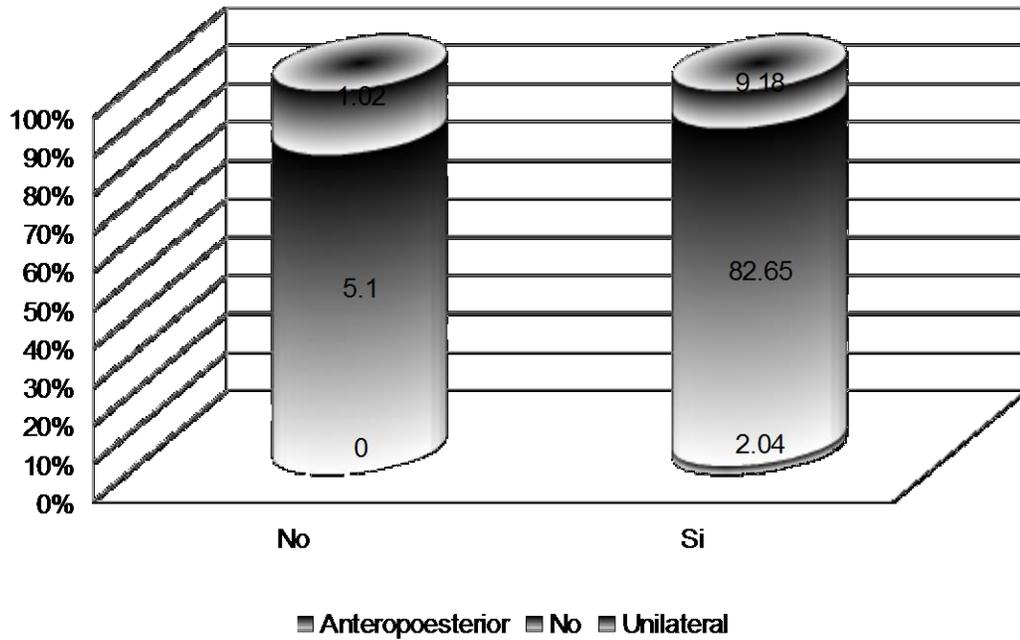
En la Gráfica 3 se muestra la relación anteroposterior izquierda y derecha con la lactancia materna en donde no se encontró asociación entre ambas variables.

Gráfico 4. Lactancia materna y guía canina



En la Gráfica 4 se muestra la relación entre la guía canina derecha e izquierda y la lactancia materna. En donde no se encontró asociación entre ambas variables.

Gráfico 5. Lactancia con seno materno y presencia de mordida cruzada



En la Gráfica 5, al hacer las observaciones de la variable de mordida cruzada con la lactancia materna, no se encontró asociación entre las variables.

Tabla 2:
Relación anteroposterior derecha* Tiempo de Lactancia

			Lactancia		Total
			Mayor a 6 meses	Menos de 6 meses	
RAD	Escalón Mesial	n	37	15	52
		%	71.2%	28.8%	100.0 %
	Plano Terminal Recto	n	35	11	46
		%	76.1%	23.9%	100.0 %
Total		n	72	26	98
		%	73.5%	26.5%	100.0 %

x²= 0.305 p=0.580

Tabla 3:
Relación anteroposterior izquierda* Tiempo de Lactancia

			Lactancia		Total
			Mayor a 6 meses	Menos de 6 meses	
RAI	Escalón distal	n	1	0	1
		%	100.0%	0.0%	100.0 %
	Escalón Mesial	n	39	17	56
		%	69.6%	30.4%	100.0 %
Plano Terminal Recto	n	32	9	41	
	%	78.0%	22.0%	100.0 %	
Total		n	72	26	98
		%	73.5%	26.5%	100.0 %

x²=1.22 p=0.542

En la tabla 2 y 3 se observan los resultados de la asociación entre el tiempo de lactancia y la relación anteroposterior derecha e izquierda, no encontrando asociación.

Tabla 4:
Relación Canina Derecha* Tiempo de Lactancia

			Lactancia		Total
			Mayor a 6 meses	Menos de 6 meses	
Relación Canina Derecha	1	n	50	21	71
		%	70.4%	29.6%	100.0%
	2	n	7	0	7
		%	100.0%	0.0%	100.0%
	3	n	15	5	20
		%	75.0%	25.0%	100.0%
Total	n	72	26	98	
	%	73.5%	26.5%	100.0%	

$\chi^2 = 2.89$ $p = 0.235$

Tabla 5:
Relación Canina Izquierda* Tiempo de Lactancia

			Lactancia		Total
			Mayor a 6 meses	Menos de 6 meses	
Relación Canina Izquierda	1	n	51	21	72
		%	70.8%	29.2%	100.0%
	2	n	8	1	9
		%	88.9%	11.1%	100.0%
	3	n	13	4	17
		%	76.5%	23.5%	100.0%
Total	n	72	26	98	
	%	73.5%	26.5%	100.0%	

$\chi^2 = 1.45$ $p = 0.488$

En la tabla 4 y 5 no se encontró asociación entre el tiempo de lactancia y la relación canina derecho e izquierda.

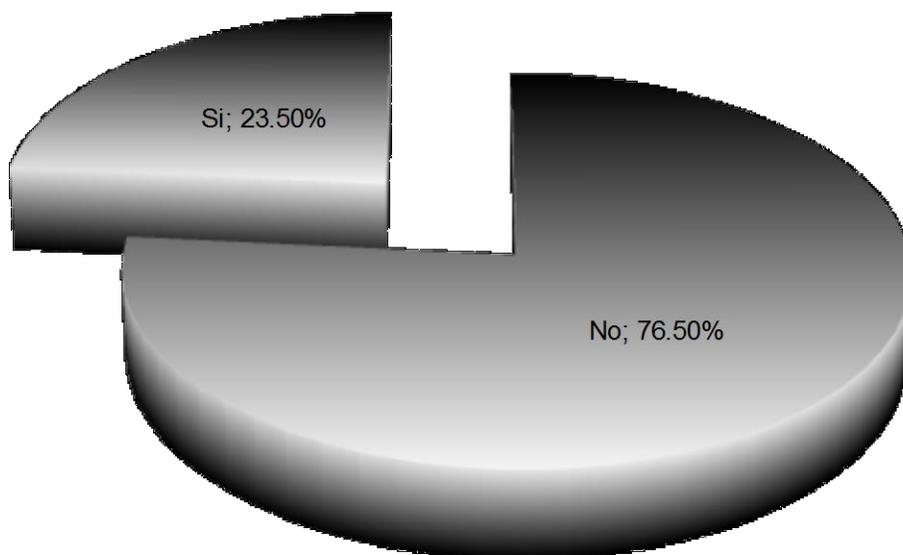
Tabla 6:
Mordida Cruzada* Tiempo de Lactancia

			Lactancia		Total
			Mayor a 6 meses	Menos de 6 meses	
Mordida cruzada	Anteroposterior	n	0	2	2
		%	0.0%	100.0%	100.0%
	No	n	63	23	86
		%	73.3%	26.7%	100.0%
	Unilateral	n	9	1	10
		%	90.0%	10.0%	100.0%
Total	n	72	26	98	
	%	73.5%	26.5%	100.0%	

$\chi^2 = 6.94$ $p = 0.031$

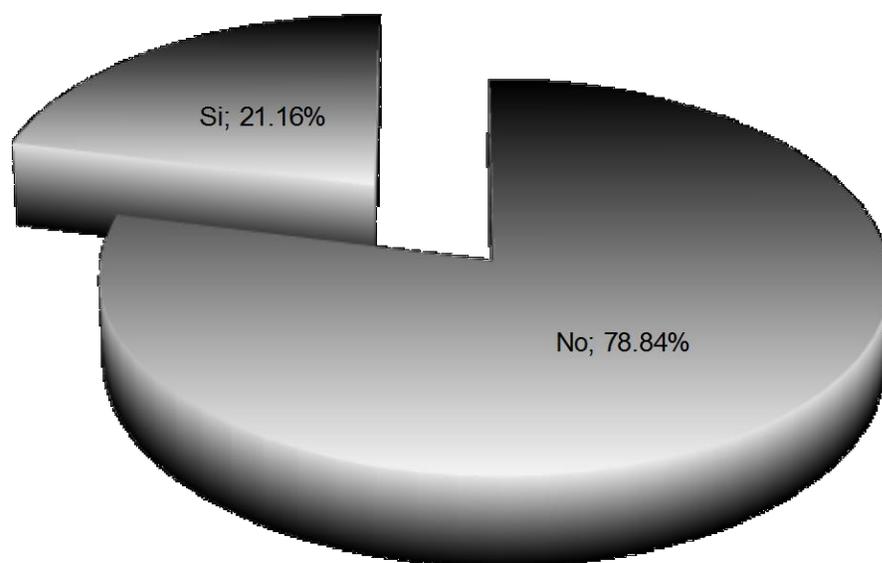
En la tabla 6 se encontró una relación significativa entre el tiempo de lactancia y la mordida cruzada con el 95% de confiabilidad.

Gráfico 6. Frecuencia de algún hábito durante la Lactancia



En la Gráfica 6 se muestra la frecuencia con la cual se presentó algún hábito en los niños observados.

Gráfico 7. Frecuencia de hábito de dedo durante la Lactancia



En la Gráfica 7 se muestra la frecuencia del hábito de dedo durante la lactancia.

Tabla 7:
*Edad * RAD*

			RAD		Total	
			Escalón Mesial	Plano Terminal Recto		
Edad	2	n	1	0	1	
		%	1,9%	0,0%	1,0%	
	3	n	8	6	14	
		%	15,4%	13,0%	14,3%	
	4	n	15	13	28	
		%	28,8%	28,3%	28,6%	
	5	n	17	14	31	
		%	32,7%	30,4%	31,6%	
	6	n	11	13	24	
		%	21,2%	28,3%	24,5%	
	Total		n	52	46	98
			%	100,0%	100,0%	100,0%

$$X^2 = 1.52 \quad p = 0.822$$

Tabla 8:
*Edad * RAI*

			RAI			Total	
			Escalón distal	Escalón Mesial	Plano Terminal Recto		
Edad	2	n	0	1	0	1	
		%	0,0%	1,8%	0,0%	1,0%	
	3	n	1	7	6	14	
		%	100,0%	12,5%	14,6%	14,3%	
	4	n	0	13	15	28	
		%	0,0%	23,2%	36,6%	28,6%	
	5	n	0	21	10	31	
		%	0,0%	37,5%	24,4%	31,6%	
	6	n	0	14	10	24	
		%	0,0%	25,0%	24,4%	24,5%	
	Total		n	1	56	41	98
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$$X^2 = 9.648 \quad p = 0.291$$

En la tabla 7 y 8 se observan los resultados de la asociación entre la edad y la relación anteroposterior derecha e izquierda, no encontrando asociación.

Tabla 9:*Edad * Guia Canina Derecha*

			Guia Canina Derecha			Total	
			1	2	3		
Edad	2	n	1	0	0	1	
		%	1,4%	0,0%	0,0%	1,0%	
	3	n	11	0	3	14	
		%	15,5%	0,0%	15,0%	14,3%	
	4	n	21	3	4	28	
		%	29,6%	42,9%	20,0%	28,6%	
	5	n	19	2	10	31	
		%	26,8%	28,6%	50,0%	31,6%	
	6	n	19	2	3	24	
		%	26,8%	28,6%	15,0%	24,5%	
	Total		n	71	7	20	98
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$$X^2 = 6.118 \quad p = 0.634$$

Tabla 10:*Edad * Guia Canina Izquierda*

			Guia Canina Izquierda			Total	
			1	2	3		
Edad	2	n	1	0	0	1	
		%	1,4%	0,0%	0,0%	1,0%	
	3	n	8	1	5	14	
		%	11,1%	11,1%	29,4%	14,3%	
	4	n	26	1	1	28	
		%	36,1%	11,1%	5,9%	28,6%	
	5	n	23	2	6	31	
		%	31,9%	22,2%	35,3%	31,6%	
	6	n	14	5	5	24	
		%	19,4%	55,6%	29,4%	24,5%	
	Total		n	72	9	17	98

	%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%
--	---	------------	------------	------------	------------

$$X^2=13.901 \quad p=0.084$$

En la tabla 9 y 10 no se encontró asociación entre la edad y la relación canina derecho e izquierda.

Tabla 11:

*Edad * Mordida cruzada*

			Mordida cruzada			Total	
			Antero Posterior	No	Unilateral		
Edad	2	n	0	1	0	1	
		%	0,0%	1,2%	0,0%	1,0%	
	3	n	0	11	3	14	
		%	0,0%	12,8 %	30,0%	14,3 %	
	4	n	0	25	3	28	
		%	0,0%	29,1 %	30,0%	28,6 %	
	5	n	2	26	3	31	
		%	100,0%	30,2 %	30,0%	31,6 %	
	6	n	0	23	1	24	
		%	0,0%	26,7 %	10,0%	24,5 %	
	Total		n	2	86	10	98
			%	100,0%	100,0 %	100,0%	100, 0%

$$X^2=7.417 \quad p=0.492$$

En la tabla 11 se observa que no se encontró asociación entre la edad y la mordida cruzada posterior.

Tabla 12:
*Genero * RAD*

			RAD		Total
			Escalón Mesial	Plano Terminal Recto	
Genero	Fem.	n	23	25	48
		%	44,2%	54,3%	49,0%
	Masc.	n	29	21	50
		%	55,8%	45,7%	51,0%
Total		n	52	46	98
		%	100,0%	100,0%	100,0%

$$X^2=1.000 \quad p=0.317$$

Tabla 13:
*Genero * RAI*

			RAI			Total
			Escalón distal	Escalón Mesial	Plano Terminal Recto	
Genero	Fem.	n	1	27	20	48
		%	100,0%	48,2%	48,8%	49,0%
	Masc	n	0	29	21	50
		%	0,0%	51,8%	51,2%	51,0%
Total		n	1	56	41	98
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$$X^2= 1.055 \quad p=0.590$$

En la tabla 12 y 13 se observan los resultados de la asociación entre el genero y la relación anteroposterior derecha e izquierda, no encontrando asociación.

Tabla 14:
*Genero * Relación Canina Derecha*

			Relación Canina Derecha			Total
			1	2	3	
Genero	Fem.	n	38	3	7	48
		%	53,5%	42,9%	35,0%	49,0%
	Masc.	n	33	4	13	50
		%	46,5%	57,1%	65,0%	51,0%
Total		n	71	7	20	98
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$$X^2 = 2.255 \quad p = 0.324$$

Tabla 15:
*Genero * Relación Canina Izquierda*

			Relación Canina Izquierda			Total
			1	2	3	
Genero	Fem.	n	32	7	9	48
		%	44,4%	77,8%	52,9%	49,0%
	Masc.	n	40	2	8	50
		%	55,6%	22,2%	47,1%	51,0%
Total		n	72	9	17	98
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$$X^2 = 3.686 \quad p = 0.158$$

En la tabla 14 y 15 no se encontró asociación entre el genero y la relación canina derecho e izquierda.

Tabla 16:
*Genero * Mordida cruzada*

			Mordida cruzada			Total
			Antero Posterior	No	Unilatera l	
Genero	Fem.	n	0	44	4	48
		%	0,0%	51,2%	40,0%	49,0%
	Masc.	n	2	42	6	50
		%	100,0%	48,8%	60,0%	51,0%
Total		n	2	86	10	98
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$$X^2 = 2.407 \quad p = 0.300$$

En la tabla 16 se observa que no se encontró asociación entre la edad y la mordida cruzada posterior.

7. DISCUSIÓN

7.1. Selección de la muestra

Al analizar los diferentes estudio que analizan la relación entre la lactancia materna y las maloclusiones en el sector posterior de la dentición primaria, se observó que la cantidad de pacientes y la edad es muy heterogénea entre los diferentes autores.

Viggiano y cols., en el 2004 estudian el efecto que tiene el tipo de alimentación en su oclusión en dientes primarios. Se estudiaron 1130 niños de preescolar de 3 a 5 años de edad. López del Valle y cols., en el 2006, realizó un estudio para evaluar la asociación entre la lactancia materna y la incidencia de alguna mal oclusión o algún hábito para funcional. Se estudiaron a 540 niños entre los 6 a 72 meses de edad.

En el 2007, Peres y cols., estudiaron la prevalencia de mal oclusiones y los efectos de lactancia materna y succión no nutritiva en pacientes de 6 años de edad. Se estudiaron 359 pacientes registrando mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior utilizando los criterios de Foster y Hamilton.

Prieto y cols. en el 2009 estudiaron la influencia de la lactancia materna sobre la presencia de maloclusiones en 60 estudiantes. En el 2010, Kobayashi y cols. realizaron un estudio epidemiológico de la duración de alimentación materna exclusiva y la prevalencia de mordida cruzada posterior en una dentición primaria. Se examinaron 1377 niños de 3 a 6 años de edad.

Finalmente en el 2012, otro estudio realizado por Capsi Pires y cols., investigaron la asociación entre la duración de la lactancia materna y la ocurrencia de distoclusión en 153 preescolares durante la dentición primaria ente 3 a 5 años de edad.

Después de este repaso de literatura científica observamos que las investigaciones se caracterizan por no tener un estudio que incluya todo lo anterior: maloclusión en el sector posterior, relación canina, tiempo de lactancia y presencia de algún hábito parafuncional.

En nuestro estudio incluimos 98 pacientes distribuidos de la siguiente forma: 48 del sexo femenino y 50 del sexo masculino. Los pacientes fueron seleccionados en la recepción clínica de Esquíputas (San Cristóbal de la Casas, Chiapas). Durante las recepciones que se recibieron en el mes de Noviembre, se revisaron aproximadamente 30 pacientes diarios por 5 días, lo que aproximadamente supone 150 pacientes de edad de 6 meses a 14 años de edad.

Por esta razón se estableció como criterio de inclusión pacientes entre 2 y 6 años de edad con una dentición primaria en el sector posterior completa. De este número solamente 98 pacientes contaron con los criterios de inclusión.

7.2 Análisis de Resultados

Es importante destacar el aporte de Raymonds (2003), quien plantea amamantamiento es un papel importante para el desarrollo adecuado del lactante en cuanto a su crecimiento, desarrollo y maduración del macizo facial. El concluye que una lactancia materna fisiológica contribuye a la prevención de maloclusiones dentarias o al menos llega a disminuirlas.

Pérez y cols., en el 2008, encontraron que los niños alimentados por medio de lactancia materna desarrollan en forma adecuada su cara y cráneo. El desarrollo máxilo-mandibular se ve alterado en aquellos niños que recibieron alimentación artificial como el biberón. Ellos concluyeron que la práctica de la lactancia materna promueve el desarrollo armónico de las estructuras faciales y craneales en el infante en donde proporciona a su vez un equilibrio funcional en donde la lengua se posición

correctamente y los tejidos peri orales generan arcos dentales adecuados evitando las mal oclusiones.

En relación a nuestro estudio podemos concluir que efectivamente la lactancia materna por más de 6 meses es beneficioso para el desarrollo de los maxilares. Por otro lado se observa que las maloclusiones son menores en pacientes que lactaron por más de 6 meses.

7.2.1 Periodo de Lactancia Materna

Guerra y cols. (1995), concluyen en su estudio preliminar que existe una relación entre el periodo de amamantamiento y el adecuado desarrollo de los maxilares. Por su parte, Guerra y cols. en 1999 estudió una población de 122 niños quienes en su mayoría recibieron menos de 6 meses de lactancia materna exclusiva y se relacionó esta variable (periodo de lactancia materna) con la aparición de hábitos parafuncionales.

Campaña (2012), en su estudio concluye que la alimentación por medio de lactancia materna menor a 6 meses se asocia fuertemente con maloclusiones y hábitos de succión. Gonçalvez y cols. (2007), encontraron en su estudio que los niños que recibían lactancia materna por un periodo menor a 6 meses tenían mayor prevalencia de hábitos de succión no nutritivos. Blanco y cols. (2007), concluyen que un periodo de amamantamiento mayor a los 6 meses posee un efecto positivo sobre el desarrollo del aparato bucal y en la ausencia de hábitos.

Cristiane y cols. (2006), encontraron una relación estadística significativa entre un tiempo de lactancia materna corto (6 meses o menor) con la prevalencia de hábitos de succión no nutritivos. López y cols. (2006), encontraron en una población de 540 niños los cuales fueron alimentados por medio de lactancia materna en promedio por 3 meses (periodo corto) que el 90% presentó maloclusiones.

Guerra y cols. (2006), en su estudio realizado sobre la etnia indígena Pemón en Venezuela encontraron resultados satisfactorios en relación al periodo de amamantamiento recibido pues este en el 100% de los casos fue mayor de 6 meses. Glazer y cols. (2007), sostienen que un periodo de lactancia materna de 9 meses o mayor contribuye a la prevención de maloclusiones como la mordida cruzada posterior. Blanco y cols. (2007), concluyeron que los niños lactados por menos de 6 meses tenían de 3 a 15 veces más probabilidades de sufrir maloclusiones.

Los autores encontrados coinciden en que un periodo corto de lactancia materna es aquel que va de los 0 a 6 meses y un periodo adecuado lo constituye un tiempo mayor de 6 meses, el cual pudiera ser de hasta 24 meses.

En nuestro estudio se encontró que el 93.9% (92 niños) sí fueron lactados con seno materno. De estos pacientes el 73.5% fueron lactados por más de 6 meses. Por otro lado se demostró que el 76.5% no presentó algún hábito durante la lactancia y el 78.6% no presenta hábito de dedo en la actualidad.

7.2.2 Maloclusión

Prieto y cols. en el 2009 estudiaron la influencia de la lactancia materna sobre la presencia de maloclusiones en 60 estudiantes. El 42% recibió lactancia materna por menos de 6 meses y presentaron mal oclusiones mientras que el 38% recibió lactancia materna por 6 meses y presentaron normoclusión. Ellos concluyeron que el periodo de lactancia materna menor a 6 meses tiene una relación significativa con la presencia de mal oclusiones dentales. La mal oclusión que más predominó en aquellos niños que no fueron lactados el tiempo adecuado fue la clase II de Angle ya que se vio un desarrollo insuficiente de la mandíbula.

Campaña, V., en el 2012 tomó una muestra de 21 niños entre 1 a 6 años de edad en donde se encontró que el crecimiento y desarrollo de las estructuras orofaciales posee una influencia ambiental importante en donde se ve estimulada el tercio inferior de la

cara. Se encontró que el 19.05% de la población estudiada obtuvo alimentación materna por menos de 6 meses y el 85.71% presentó algún tipo de maloclusión.

En el 2012, otro estudio realizado por Capsi Pires y cols., investigaron la asociación entre la duración de la lactancia materna y la ocurrencia de distoclusión en 153 preescolares durante la dentición primaria ente 3 a 5 años de edad. Se encontró que la prevalencia de una distoclusión fue de 47.7% en aquellos pacientes que fueron alimentados por seno materno menos de 12 meses. Se concluyó que la lactancia materna durante 12 meses o más, reduce significativamente la prevalencia de distoclusión en la dentición temporal.

Blanco y cols. (1999), aportan en su investigación que un periodo de lactancia materna menor a los 6 meses se asocia con relación molar distal o distoclusión. Cristiane y cols. (2006), encontraron en su investigación una relación estadística entre la duración de la lactancia materna y la ocurrencia de maloclusiones clase II. Blanco y cols. (2007), afirman que un periodo de lactancia menor de 6 meses se asocia con distoclusión.

Prieto y cols. (2009), concluyen en su investigación que la maloclusión predominante en aquellos niños que no fueron lactados el tiempo adecuado fue la clase II de Angle, por desarrollo insuficiente de la mandíbula. Guerra y cols. (2010), afirman que de acuerdo a los resultados obtenidos en su estudio los niños que son amamantados 6 meses o menos tienen un riesgo 13 veces mayor de desarrollar distoclusión. Thomaz y cols. (2012), encontró una asociación entre una corta duración de la lactancia materna (menos de 6 meses) y clase II de Angle.

En el 2011 un estudio realizado por Jabbar y cols., evaluaron la relación la alimentación por medio del biberón como factor predisponente de tener un incremento en el overjet y una relación clase II de caninos primarios. Está investigación concluyó que no existe ningún efecto significativo.

Después de esta revisión bibliográfica se observa que no hay suficientes datos sobre los efectos en la relación canina en pacientes que fueron lactados con seno materno. En la relación canina derecha en los pacientes que fueron lactados por más de 6 meses el 51% presentó clase I, el 7% presentó clase II y el 15.3% presentó clase III. En los pacientes que fueron lactados por menos de 6 meses el 21.4% presentó clase I, no hubo presencia de clase II y el 5% presentó clase III. En la relación canina izquierda en los pacientes que fueron lactados por más de 6 meses el 52% presentó clase I, el 8.1% presentó clase II y el 13.2% presentó clase III. En los pacientes que fueron lactados por menos de 6 meses el 21.4% presentó clase I, el 1% presentó clase II y el 4% presentó clase III.

En este estudio se encontró que en la relación molar derecha se encontró el 71.2% en escalón mesial en aquellos pacientes que fueron lactados por más de 6 meses y en los pacientes que fueron lactados por menos de 6 meses se encontró en un 28.8% de los pacientes. El plano terminal recto se encontró en un 76.1% en pacientes que fueron lactados por más de 6 meses y en un 23.9% en pacientes que fueron lactados por menos de 6 meses. Por otro lado en la relación molar izquierda se observa que hubo más prevalencia en los pacientes que fueron lactados por más de 6 meses el escalón mesial en un 69.6% en comparación con los que fueron lactados por menos de 6 meses en un 30.4%. En los pacientes que fueron lactados por menos de 6 meses el plano terminal recto se presentó en un 22% y en los pacientes que fueron lactados por más de 6 meses el plano terminal recto se presentó en un 78%.

7.2.3 Mordida Cruzada Posterior

Viggiano y cols., en el 2004 estudian el efecto que tiene el tipo de alimentación en su oclusión en dientes primarios. Como resultado se encontró que las mordidas cruzadas posteriores era mas frecuente en niños alimentados con biberón y en aquellos que tenían hábitos de succión no nutritivos. Se concluye que la lactancia materna tiene un efecto de prevención en el desarrollo de mordidas cruzadas posteriores en la dentición primaria.

López y cols. (2006), encontraron que la mordida cruzada posterior era comúnmente encontrada en aquellos niños amamantados por un periodo de +/- 3 meses. Ferrer y cols. (2006), concluyen en su investigación que la mordida cruzada posterior prevaleció en los niños alimentados de manera exclusiva por medio del biberón.

Ferras y cols. (2010), en su investigación encontraron que existe relación entre el tiempo de lactancia materna recibida, los hábitos de succión no nutritivos y mordida cruzada posterior uni o bilateral.

En el 2007, Peres y cols., estudiaron la prevalencia de maloclusiones y los efectos de lactancia materna y succión no nutritiva en pacientes de 6 años de edad. Se estudiaron 359 pacientes y se obtuvo una prevalencia de mordida cruzada posterior en un 18.2%. La lactancia materna por menos de 9 meses y el uso regular del chupón entre los 12 meses y los 4 años de edad fueron factores de riesgo para las mordidas cruzadas posteriores.

Kobayachi y cols. (2010), plantean que existe una relación estadística significativa entre la duración de la lactancia materna y la prevalencia de mordida cruzada posterior. Y concluyen que los niños que son lactados por más de 12 meses tienen 20 veces más posibilidades de desarrollar mordida cruzada posterior.

Después de una revisión bibliográfica se puede ver que en otros estudios relacionaron la mordida cruzada posterior con hábitos parafuncionales. Sin embargo en este estudio solamente se relaciono la mordida cruzada con referencia al tiempo de lactancia, en donde se encontró una relación significativa alta entre la mordida cruzada posterior y el tiempo de lactancia con una confiabilidad de 95%. Se observo que los pacientes que fueron lactados por más de 6 meses no presentaron mordida cruzada posterior en un 73.3% de los casos. Por otro lado se presentó mordida cruzada posterior en aquellos pacientes que lactaron por menos de 6 meses en un 3% de los casos estudiados.

8. CONCLUSIONES

1. Se acepta la hipótesis que decía “Los niños de 2 a 6 años de edad de la Clínica Esquípulas en Chiapas que recibieron lactancia materna presentan una oclusión de plano terminal recto y clase canina I.”
2. La mayoría de los pacientes en Chiapas lactados con leche materna durante más de seis meses presentan clase I canina en segundo lugar clase II y en tercer lugar clase III. Por otro lado se presenta con mayor frecuencia el plano terminal recto seguido por el escalón mesial y por ultimo escalón distal.
3. Se encontró una relación significativa alta entre la mordida cruzada posterior y el tiempo de lactancia con una confiabilidad de 95%. La presencia de mordida cruzada posterior fue menor en los pacientes que fueron lactados durante más de 6 meses.
4. La edad o el genero no son un factor determinante en la presencia de maloclusiones en lactantes.

9. LITERATURA CITADA

Artículos en revistas:

1. Agarwal M, Ghousia S, Konde S, Raj S. (2012). **Breastfeeding: nature's safety net.** *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 5(1):49-53.
2. Agarwal, S. S., Nehra, K., Sharma, M., Jayan, B., Poonia, A., Bhattal, H. (2014) **Association between breastfeeding duration, non-nutritive sucking habits and dental arch dimensions in deciduous dentition: a cross-sectional study.** *Progress in Orthodontics*, 15(1):59.
3. Amoroz I. (2011). **El derecho a la salud en comunidades indígenas del estado de Chiapas. México: Pueblos y fronteras digitales.** *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 6 (11):8-37.
4. Andrews, L. F. (1972). **The six keys lo normal occlusion.** *Am J Orthod*, 63:296-309.
5. Binder R. E. (2004). **Correction of posterior crossbites: diagnosis and treatment.** *Pediatric Dentistry*, 26(3):266-272.
6. Blanco, L., Guerra, M. E., Rodríguez, S. (2007). **Lactancia materna y maloclusiones dentales en preescolares de la Gran Caracas.** *Acta Odontológica Venezolana*, 45(2).
7. Blanco, L., Guerra, M. E., Rodríguez, S. (2007). **Lactancia materna en la prevención de hábitos orales viciosos de succión y deglución.** *Acta Odontol. Venez.*, 45(1):71-73.
8. Blanco, L., Guerra, M.E., Mujica, C. (1999). **Relación entre el amamantamiento: el tipo del perfil: oclusión y hábitos viciosos en preescolares.** *Arch. Venez. Pueric. Pediatr*, 62(3):138-143.

9. Campaña, V. (2012). **La lactancia y su relación con la presencia de maloclusiones en niños de 0 a 6 años con discapacidad.** *Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.*
10. Capsi Pires S., Justo Giugliani E. R., Carames da Silva F. (2012). **Influence of the duration of breastfeeding on quality of muscle function during mastication in preschoolers: a cohort study.** *BMC Public Health*, 12: 934.
11. Carvajal, M. (2009). **Desarrollo de la dentición. La dentición primaria.** *Rev. Latinoamericana De Ortodoncia Y Odontopediatría*, 1-23.
12. Charchut, S., Allred, E., Needleman, H. (2003). **The Effects of Infant Feeding Patterns on the Occlusion of the Primary Dentition.** *J Dent Child*, 70, 197-203.
13. Cristiane, L., Garib, D., Arouca, R. (2006). **Association between breastfeeding duration and mandibular retrusion; A cross sectional study of children in the mixed dentition.** *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 130(4): 531-534.
14. Ferras, I., Pereira, E., Pereira, A., De Castro, M., Nóbilo, K., Bovi, G. (2010). **Breastfeeding, deleterious oral habits and malocclusion in 5-year-old children in São Pedro, SP, Brazil.** *Dental Press J. Orthod*, 15(2):71-81.
15. Ferrer, A., Villalba, V. (2006). **Effect of the suction-swallowing action on orofacial development and growth.** *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*, 63(2):33-37.
16. Glazer, K., Barros, A., Peres, M., Victora, C. (2007). **Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study.** *Rev. Saúde Pública*, 41(3).
17. Gonçalves, P., Saliba, C., Ispert, A. (2007). **Amamantamiento versus hábitos bucales deletéreos: ¿Existe una relación causal?.** *Acta Odontológica Venezolana*, 45(2).
18. Guerra, M. E., Blanco, L., Mujica, C. (2006). **Relación entre período de amamantamiento y desarrollo maxilar en niños indígenas pemones venezolanos.** *Bol. Asoc. Argent. Odontol. Niños*, 35(1):11-14.
19. Guerra, M. E., Mujica, C. (1995). **Influencia del Amamantamiento en el Desarrollo de los Maxilares.** *Anales Venezolanos de Nutrición*, 8:21-25.

20. Guerra, M. E., Mujica, C. (1999). **Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares.** *Acta Odontológica Venezolana*, 37(2).
21. Guerra, M. E., Rodríguez, S., Blanco, L. (2010). **Relationship Between Breastfeeding Period and Dentobuccomaxillofacial Characteristics in Venezuelan Children.** *IADR*, 14-17.
22. Hauck F. R., Thompson J. M., Tanabe K. O., Moon R. Y., Vennemann M. M. (2011). **Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a metaanalysis.** *Pediatrics*, 128:103–110.
23. Hegde, S., Panwar, S., Bolar, D. R., Sanghavi, M. B. (2012). **Characteristics of occlusion in primary dentition of preschool children of Udaipur, India.** *European Journal of Dentistry*, 6(1):51–55.
24. Jabbar, N., Miguel, A., Da Silva, P., Scavone, H., Ferreira, I. (2011). **Bottle feeding, increased overjet and class 2 primary canine relationship: is there any association?.** *Braz. Oral Res.*, 25(4).
25. Kobayashi, H., Scavone, H., Ferreira, R., Garib, D. (2010). **Relationship between breastfeeding duration and prevalence of posterior crossbite in the deciduous dentition.** *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 137(1):54-58.
26. Kramer M. S., Vanilovich I., Matush L., et al. (2007). **The effect of prolonged and exclusive breast-feeding on dental caries in early school-age children. New evidence from a large randomized trial.** *Caries Res.*, 41:484–488.
27. López del Valle L. M., Singh D. G., Feliciano N., Machuca, M. C. (2006). **Associations between a history of breast feeding, maloclusión and parafunctional habits in Puerto Rican Children.** *PRHSJ* , 25 (1):31-34.
28. López Méndez Y., Arias Araluce M. M., Del Valle Zelenenko O. (1999) **Lactancia materna en la prevención de anomalías dentomaxilofaciales.** *Rev Cubana Ortod.* 14(1):32-8.
29. Luz C., Garib D., Arouca R. (2006). **Association between breastfeeding duration and mandibular retrusion: a cross-sectional study of children in the mixed dentition.** *Am J Orthod Dentofacial Orthop.*, 130:531–534.

30. Murrieta Pruneda, J. (2007). **Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con la edad y el genero.** *Acta Odontologica Venezuela, Caracas*, 45(1).
31. Nowak A. J., Warren J. J. (2000). **Infant oral health and oral habits.** *Pediatr Clin North Am.* 47:1043–1066.
32. Ortega V. G. (1998). **Ventajas de la lactancia materna para la salud bucodental.** *Rev Cubana Ortod*,13(1):53-4.
33. Palaskar, J., Murali, R., & Bansal, S. (2013). **Centric Relation Definition: A Historical and Contemporary Prosthodontic Perspective.** *J Indian Prosthodont Soc.*, 13(3):149–154.
34. Peres K. G., Barros A. J., Peres M. A., Victora C. G. (2007). **Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study.** *Rev. Saúde Pública* 2007, 41(3):343-350.
35. Perez, M., Quiroga, M. (2008). **Prevención de maloclusiones a partir de la promoción de la lactancia materna y la educación para el control de hábitos.** *Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá.*
36. Pires, S., Giugliani, E., Carames da Silva, F. (2012). **Influence of the duration of breastfeeding on quality of muscle function during mastication in preschoolers: a cohort study.** *BMC Public Health*, 12:934.
37. Prieto, Y., Alfaro, E., Malavé, C. (2009). **Influencia del Periodo de Lactancia en la Presencia de Maloclusiones.** Universidad Nacional Experimental "Rómulo Gallegos", San Juan de los Morros, Venezuela.
38. Raymonds, J. (2003). **La lactancia y la buena mordida.** *Revista Colombiana de Pediatría.*
39. Serna M. C., Silva Meza R. (2005). **Características de la oclusión en niños con dentición primaria de la Ciudad de México.** *Revista ADM*, 62(2):45-51.
40. Sousa Vieira de Sousa, R., Ribeiro Lima Arrais, G., Firmino Targino, R., Martins Castro, C., Granville-Garcia, A. F., Paiva Martins S. (2014). **Prevalence and Associated Factors for the Development of Anterior Open Bite and Posterior Crossbite in the Primary Dentition.** *Braz. Dent. J.*, 25(4):336-342.

41. Tang, E. L., Wei, S. H. (1993). **Recording And Measuring Malocclusion: A Review Of The Literature.** *Am J Orthod Dentofacial Orthop.*, 103(4):344-51
42. Thomas, E., Cangussu, M., Assis, A. (2012). **Maternal breastfeeding, parafunctional oral habits and malocclusion in adolescents: A multivariate analysis.** *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.*
43. UNICEF. (1992). Secretaría de Salud. **Lactancia materna.** Materiales para capacitación. México, DF.
44. Valaitis, R., Hesch, R., Passarelli, C., Sheehan, D., Sinton, J. (2000). **A systematic review of the relationship between breastfeeding and early childhood caries.** *Can J Public Health*, 91:411–417.
45. Viggiano, D., Fasano, D., Monaco, G., Strohmenger, L. (2004). **Breast Feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition.** *Arch Dis Child.* 89:1121-1123.
46. World Health Organization. (1991). **Indicators For Assessing Breast-Feeding Practices.** Geneva: WHO.
47. World Health Organization. **Ten facts on breastfeeding.** Obtenido de: www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en.
48. Zhang M. (2006). **The Impact Of Malocclusion And Its Treatment On Quality Of Life: A Literature Review.** *International Journal Of Paediatric Dentistry*, 16:381–387.
49. Zulliger, H. (1984). **Evolución psicológica del niño.** Barcelona, Herder. 4ta ed.

10. RESUMEN BIOGRÁFICO

Maribel Jovita Lozano Longoria
Candidato para el Grado de
Maestro en Ciencias Odontológicas en el Área de Odontopediatría

Tesis: “Prevalencia de maloclusiones en dentición primaria en relación a la lactancia materna en pacientes indígenas de la Clínica Esquípuilas en Chiapas, México”.

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Datos Personales: Nacido en McAllen, Texas el 11 de Julio de 1990, hija de Ruben Lozano Quiroga y Maribel Longoria García

Educación: Egresado de la Universidad de Monterrey, grado obtenido Médico Cirujano Dentista en 2012 con mención honorífica, segundo lugar en la generación.