



**Universidad de Valladolid**



**FACULTAD  
DE MEDICINA**

## **TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**Grado en Logopedia**

# **LA ALIMENTACIÓN EN LACTANTES Y SU RELACIÓN CON LOS HÁBITOS ORALES**

**Feeding in infants and their relationship  
with oral habits**

**Autora:** Lorena Sánchez Tabera

**Tutora:** Carolina Sánchez Gil



**Curso 2020 - 2021**

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS .....	7
RESUMEN .....	8
ABSTRACT .....	9
INTRODUCCIÓN .....	10
JUSTIFICACIÓN .....	11
PRIMERA PARTE .....	12
1. REVISIÓN TEÓRICA .....	12
1.1. BASES DE LA LACTANCIA MATERNA .....	12
1.1.1. INTRODUCCIÓN.....	12
1.1.2. CONCEPTO .....	13
1.1.3. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA.....	13
1.1.4. PREVALENCIA .....	14
1.1.5. FORMAS DE LACTANCIA .....	15
1.2. NEUROBIOLOGÍA DE LA LACTANCIA.....	16
1.2.1. IMPORTANCIA DEL APEGO .....	16
1.2.2. LA LACTOGÉNESIS Y EL PROCESO DE INTERFERENCIA DEL PARTO EN LA LACTANCIA.....	16
1.3. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA LACTANCIA MATERNA. RELACIÓN CON LOS HÁBITOS ORALES Y EL DESARROLLO OROMOTOR DEL BEBÉ.....	17
1.3.1. LA POSICIÓN Y EL AGARRE .....	17
1.3.2. DIADA MADRE-BEBÉ .....	18
1.3.3. RELACIÓN ENTRE HÁBITOS ORALES Y HÁBITOS EN LA LACTANCIA. REPERCUSIONES .....	19
1.4. EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA. LAS PRINCIPALES CAUSAS QUE LO PRODUCEN.....	21
1.5. ESTUDIOS ACTUALES SOBRE LACTANCIA, FUNCIONES OROMOTORAS Y DESARROLLO DEL LENGUAJE.....	23
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	25
2.1. OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO .....	25

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL ESTUDIO .....	25
2.3. HIPÓTESIS .....	25
SEGUNDA PARTE.....	26
3. DISEÑO Y METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN .....	26
3.1. MÉTODO .....	26
3.1.1. PARTICIPANTES .....	26
DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS MUESTRAS .....	26
· MUESTRA DE LAS MADRES .....	26
· MUESTRA DE LOS BEBÉS E INFANTES.....	28
3.1.2. INSTRUMENTOS .....	29
3.1.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	30
3.1.4. PROCEDIMIENTO.....	30
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS .....	31
4.1. ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	31
4.2. RESULTADOS.....	31
4.2.1. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS .....	31
A) LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (muestra de 54 madres):.....	34
B) BIBERÓN (muestra de 12 madres):.....	35
C) ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (muestra de 28 madres):.....	36
D) USO DE CHUPETE, SUCCIÓN DIGITAL Y PRIMERAS PALABRAS .....	37
4.4.2. ANÁLISIS BIVARIADO .....	38
A) RELACIÓN ENTRE LOS HÁBITOS ORALES Y EL TIPO DE ALIMENTACIÓN .....	38
HÁBITOS ORALES: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	38
HÁBITOS ORALES: BIBERÓN.....	39
HÁBITOS ORALES: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA .....	39
B) RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE ALIMENTACIÓN Y EL NÚMERO DE HIJOS .....	43
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	44
5.1. Limitaciones del estudio .....	47

5.2. Líneas futuras de investigación .....	48
BIBLIOGRAFÍA .....	49
ANEXOS .....	53

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Causas del abandono de la lactancia materna</i> .....	23
Tabla 2. <i>Datos recogidos sobre la edad de las participantes</i> .....	26
Tabla 3. <i>Datos sobre el nivel educativo de las participantes</i> .....	26
Tabla 4. <i>Datos referidos a los ingresos anuales del núcleo familiar</i> .....	27
Tabla 5. <i>Datos obtenidos sobre la nacionalidad de las participantes</i> .....	27
Tabla 6. <i>Datos recogidos sobre el hábito de fumar de las participantes</i> .....	27
Tabla 7. <i>Datos referidos al número de hijos de las participantes</i> .....	27
Tabla 8. <i>Datos referidos al sexo de los bebés</i> .....	28
Tabla 9. <i>Datos sobre el tipo de parto de los bebés</i> .....	28
Tabla 10. <i>Datos en relación a las semanas de gestación de los bebés</i> .....	28
Tabla 11. <i>Datos referidos al peso al nacer de los bebés</i> .....	28
Tabla 12. <i>Datos sobre la necesidad de ingreso hospitalario de los bebés al nacer</i> .....	29
Tabla 13. <i>Datos referentes a la intención preparto de alimentación de los lactantes</i> .....	32
Tabla 14. <i>Datos recogidos en relación al conocimiento y experiencia sobre lactancia materna de las madres preparto</i> .....	32
Tabla 15. <i>Datos recogidos sobre la presencia de alteraciones orofaciales y otros problemas nocivos durante el desarrollo según el tipo de alimentación</i> .....	40
Tabla 16. <i>Datos comparativos sobre los motivos del destete</i> .....	47

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Prevalencia de la lactancia materna en España</i> .....	15
Figura 2. <i>Datos recogidos sobre el número de hijos de las madres de la muestra.</i> .....	31
Figura 3. <i>Datos recogidos sobre el tipo de alimentación llevada a cabo en los 6 primeros meses.</i> .....	32
Figura 4. <i>Datos obtenidos sobre la intención de alimentación preparto y la alimentación llevada a cabo en los 6 primeros meses.</i> .....	33
Figura 5. <i>Datos obtenidos en relación a la edad de las madres y el tipo de alimentación llevado a cabo durante los 6 primeros meses.</i> .....	33
Figura 6. <i>Datos en relación el tiempo que se proporcionó lactancia materna exclusiva.</i> ..	34
Figura 7. <i>Datos referentes a la utilización de leche de fórmula durante el período de amamantamiento.</i> .....	34
Figura 8. <i>Datos recogidos sobre los motivos de abandono de la lactancia materna.</i> .....	35
Figura 9. <i>Datos recogidos sobre el tiempo que se prolongó el uso de biberón.</i> .....	35
Figura 10. <i>Datos obtenidos sobre el tiempo que se prolongó la lactancia materna</i> .....	36
Figura 11. <i>Datos obtenidos sobre los motivos por los que dejaron de dar el pecho</i> .....	36
Figura 12. <i>Datos sobre al tiempo que se prolongó el uso de biberón</i> .....	37
Figura 13. <i>Datos referentes al tipo de leche utilizada con el biberón</i> .....	37
Figura 14. <i>Datos referentes al uso del chupete.</i> .....	37
Figura 15. <i>Información recogida sobre la presencia de succión digital en los lactantes.</i> ..	38
Figura 16. <i>Datos recogidos referentes a la edad de aparición de las primeras palabras.</i> ..	38
Figura 17. <i>Datos recogidos sobre la presencia de alteraciones orofaciales y otros problemas nocivos durante el desarrollo</i> .....	39
Figura 18. <i>Datos recogidos sobre la presencia de alteraciones orofaciales y otros problemas nocivos durante el desarrollo</i> .....	39
Figura 19. <i>Datos recogidos sobre la presencia de alteraciones orofaciales y otros problemas nocivos durante el desarrollo</i> .....	39
Figura 20. <i>Información recogida sobre la edad de aparición de las primeras palabras en relación al tipo de alimentación</i> .....	41
Figura 21. <i>Datos obtenidos sobre la relación entre el tipo de parto y el tipo de alimentación.</i> .....	41

Figura 22. Datos obtenidos en relación al tipo de alimentación y al sexo del lactante.....	42
Figura 23. Datos obtenidos en relación a la aparición de las primeras palabras y el sexo del bebé.....	42
Figura 24. Datos obtenidos en relación a la utilización del chupete y la aparición de las primeras palabras.....	43
Figura 25. Datos obtenidos de la frecuencia de cada tipo de alimentación en el primer, segundo y tercer hijo.....	43

## AGRADECIMIENTOS

Tengo que agradecer a todas las personas que han formado parte de mi formación durante estos cuatro años. Profesores y profesoras, profesionales de los diferentes ámbitos que han formado parte de las prácticas y compañeros de clase.

Quiero agradecer a mi tutora Carolina, por ayudarme a lo largo de la investigación, guiarme desde el primer momento, por su implicación y por mostrar siempre cercanía y profesionalidad.

También me gustaría nombrar a Mili Matarazzo, su ponencia en el congreso internacional online de la ALE me ha servido para conocer más la labor del logopeda con neonatos y lactantes y para elegir este tema para elaborar el TFG.

Por último, quiero agradecer a mi familia, mis amigos y mi novio, por apoyarme en todo momento y sacar siempre lo mejor de mí.



## RESUMEN

El tipo de alimentación que se proporcione al lactante en los 6 meses posteriores al nacimiento va a influir en el desarrollo de sus hábitos orales y en su desarrollo orofacial.

La presente investigación tiene un carácter exploratorio y descriptivo y su objetivo principal es conocer la relación existente entre instaurar una alimentación materna exclusiva en al menos los 6 primeros meses de edad y el desarrollo de los hábitos orales del lactante, y comparar si existen diferencias con el uso del biberón y la alimentación complementaria. También se ha observado, entre otras variables, la influencia de malos hábitos como el uso de chupete o la succión digital.

Para su elaboración, se han recogido datos de 94 madres a través de un cuestionario online semicerrado y transversal que recoge información sobre el tipo de alimentación que han llevado a cabo con sus hijos, y sobre el desarrollo de sus hábitos orales.

Los resultados obtenidos muestran que la lactancia materna exclusiva en al menos los 6 primeros meses previene la aparición de alteraciones orofaciales y otros problemas nocivos en el desarrollo. La lactancia materna exclusiva es la mejor opción de alimentación en los lactantes, ya que proporciona numerosos beneficios tanto para el bebé como para la madre.

**Palabras clave:** *lactancia materna exclusiva, biberón, alimentación complementaria, lactante, hábitos orales.*

## ABSTRACT

The kind of feeding provided to the nursling in the first 6 months after birth will influence his development in oral habits and orofacial development.

This research has an exploratory and descriptive character, and his main objective is to know the relationship between establishing exclusive breastfeeding in at least the 6 first months and the nursling oral habits development and compare if there are any differences between the use of the feeding bottle and the complementary feeding. Among many other variables, the influence of the bad habits such as the pacifier or finger sucking has also been observed.

94 mothers have been taken for its preparation through a semi-closed and transversal form that gathers information about the kind of feeding provided to their children and their oral habits development.

The results gathered shows that the exclusive breastfeeding in at least the first 6 months prevents the appearance of orofacial alterations and other harmful problems in the child's development. Exclusive breastfeeding is the best feeding option in infants, as it provides numerous benefits for both the baby and his mother.

**Keywords:** *Exclusive breastfeeding, feeding bottle, complementary feeding, nursling, oral habits.*

## **INTRODUCCIÓN**

El presente Trabajo Fin de Grado se estructura en dos partes principales. La primera se divide en dos subapartados. El primero corresponde con la parte teórica en la que se recogen los aspectos más relevantes de la bibliografía en relación con la lactancia materna. Primero, se exponen las bases de la lactancia materna, en este apartado se hace una breve introducción sobre la lactancia, se explica el concepto, los beneficios que esta aporta, la prevalencia y las formas de lactancia. Después, se expone la neurobiología de la lactancia en la que se explica la importancia del apego, la lactogénesis y el proceso de interferencia del parto en la lactancia. A continuación, se resumen los factores que intervienen en la lactancia materna, así como la relación que existe con los hábitos orales y el desarrollo oromotor del bebé. En este apartado se hace hincapié en la posición y agarre de madre y bebé, se habla sobre la diada de la madre-lactante y por último, se exponen las relaciones entre los hábitos orales y hábitos en la lactancia, así como las posibles repercusiones. Posteriormente, encontramos un apartado en relación al abandono de la lactancia materna y las principales causas que lo producen y por último, se exponen diversos estudios actuales en relación a la lactancia, funciones oromotoras y del desarrollo del lenguaje. En el segundo subapartado, encontramos los objetivos y las hipótesis de la investigación.

La segunda parte corresponde con el proceso empírico, en ella se detalla la investigación que se ha llevado a cabo. En esta parte encontramos los subapartados 3, 4 y 5. El subapartado 3 está dedicado al diseño y metodología llevada a cabo durante el estudio y a la descripción de los participantes de las muestras (muestra de madres y bebés). También se explican los diferentes instrumentos utilizados tanto para la recogida de datos como para el análisis de estos, y por último, se explica el procedimiento de la investigación. En el subapartado 4, se presentan los resultados obtenidos y el análisis e interpretación de los mismos. En el subapartado 5, se presenta la discusión y las conclusiones finales sobre los resultados extraídos, cuyo objetivo será el de confirmar o rechazar las hipótesis planteadas al inicio. Después, se muestran las diferentes limitaciones encontradas y futuras líneas de investigación. Para finalizar, se recogen las referencias bibliográficas utilizadas y un apartado con los anexos.

## **JUSTIFICACIÓN**

El motivo principal por el cual he realizado esta investigación surge por la ilusión de realizar un Trabajo Fin de Grado que pueda contribuir desde una perspectiva general en la investigación científica. Mi pasión e ilusión por la logopedia neonatal ha sido la principal razón de peso para llevar a cabo este estudio.

Además, tras revisar la bibliografía referente a la vinculación entre la alimentación en los lactantes, el desarrollo de sus hábitos orales y su relación con la logopedia, me he encontrado con que estas escasean, y que casi todas las referencias encontradas están realizadas por otros profesionales de medicina o enfermería. De ahí mis ganas por realizar esta investigación.

Considero que este estudio puede resultar interesante para logopedas y otros profesionales de la salud. Además, podrá ayudar a los padres a elegir la forma de alimentar a sus hijos, y a ser conscientes de las posibles repercusiones que pueden sufrir a nivel orofacial en función del tipo de alimentación que les proporcionen. Creo que existe una necesidad de hacer más visible y dar a conocer la estrecha vinculación entre el tipo de alimentación y el desarrollo orofacial, y más específicamente entre el tipo de alimentación y el desarrollo del habla. El habla tiene un gran componente motor, no es solo aprender palabras, sino que entran en juego un gran número de estructuras y músculos faciales que el niño debe ir desarrollando y ejercitando en los primeros meses de vida, en parte, mediante la alimentación (Rodríguez, 2017).

Las distintas variables incluidas en el estudio han sido seleccionadas tras la documentación de la bibliografía en relación al objetivo general perseguido. Se analizarán estas variables con el fin de que las conclusiones obtenidas sirvan para seguir profundizando e investigando en este campo.

## PRIMERA PARTE

### 1. REVISIÓN TEÓRICA

#### 1.1. BASES DE LA LACTANCIA MATERNA

##### 1.1.1. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna durante mucho tiempo ha sido el único alimento de los lactantes, por lo que los que no la recibían, no lograban sobrevivir. Desde la aparición del hombre en la tierra no se ha concebido otro tipo de alimentación para la primera etapa de la vida humana (Aguilar, 2005).

La mujer ha cumplido un papel muy importante y ha ejercido poder en muchas culturas a través de la lactancia (Hernández, 2008). Cabe destacar el papel de las nodrizas como personajes fundamentales que amamantaban a los hijos de madres de clase alta, debido a que estas no querían proporcionar a sus hijos lactancia materna por el desgaste que esta producía. Con el tiempo se fue convirtiendo en un trabajo remunerado (Aguilar, 2005).

En el antiguo Egipto, por ejemplo, poder ejercer la lactancia se consideraba todo un honor. El faraón elegía a las nodrizas y estas disfrutaban de muchos privilegios como obtener un alto rango en la corte del Rey. En Roma se asociaba la lactancia con un envejecimiento prematuro, desgaste y dilatación de los pechos, por lo que empezaron a dictar pautas sobre legislación y perfil de las mujeres que serían las encargadas de amamantar. También dictaron medidas higiénicas a tener en cuenta durante la lactancia y documentaron enfermedades que se contagian a través de ella. En Grecia se defendía realizar el destete pasados los dos o tres años de lactancia ya que, la lactancia junto con la dentición, eran dos episodios que consideraban muy importantes en la vida del niño. Aquí también surge la figura de la nodriza, la cual estaba muy solicitada por las clases altas y tenían un gran prestigio. Posteriormente, la lactancia evoluciona y pasa de ser un medio de representación social con el pago de las nodrizas a un medio de vinculación donde se fomenta que sea la madre quien amamante al hijo. El papel de las nodrizas terminará desapareciendo y la lactancia se irá abandonando, coincidiendo con la Segunda Guerra Mundial y la introducción de la leche en polvo y los suplementos de la lactancia. A partir de este momento y coincidiendo con la aparición del VIH, se empieza a tomar consciencia de la transmisión de enfermedades a través de la lactancia (Hernández, 2008).

Podríamos decir que, a lo largo de la historia, la lactancia es concebida de diferentes maneras. En un primer lugar, es concebida como un medio de supervivencia. Posteriormente pasa a ser un medio de subsistencia socioeconómica para luego convertirse en un lujo. Más tarde, se percibe como un factor de peso para la relación madre e hijo y, en la actualidad, es tomada como una opción más debido a la existencia de fórmulas de leche (Hernández, 2008). Estos cambios y modificaciones que la lactancia materna ha sufrido a lo largo de las diferentes

etapas de la historia son causa de las influencias sociales, económicas y culturales que han ido surgiendo a lo largo del tiempo.

En la actualidad, hay evidencia de todos los beneficios que aporta la lactancia para la madre como para el bebé y sabemos que es el alimento más completo que se puede aportar al recién nacido, no obstante, es necesaria una sensibilización a la población para promover en la medida de lo posible la lactancia.

### 1.1.2. CONCEPTO

La lactancia materna (LM) es un tipo de alimentación que consiste en que el bebé se alimenta con la leche de su madre. Se lleva a cabo mediante el acto de amamantar y permite transmitir al recién nacido mecanismos de defensa además de fortalecer la relación madre-hijo. Gutiérrez et al. (2001) afirman que:

La lactancia materna es el mejor método de alimentación de los lactantes, por razones tanto económica, como higiénica y afectiva. Es un acto fisiológico, instintivo, herencia biológica natural en los mamíferos y llaman mucho la atención el hecho paradójico del abandono de esa práctica en el ser humano. (p. 42)

La lactancia materna es la forma de nutrición natural del recién nacido. Posee numerosas ventajas nutritivas, inmunitarias y psicológicas. La leche materna es el mejor alimento para el lactante y el que permite un mejor desarrollo, crecimiento y maduración durante los primeros cuatro a seis meses de vida (Peraza, 2000).

Se puede considerar al acto de amamantar como un regalo tanto para el recién nacido como para su madre. Permite crecer el amor entre ambos y el contacto piel con piel les dota de placer y tranquilidad (Gutiérrez *et al*, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) señalan que la LM es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal que favorezca un crecimiento y desarrollo óptimo para el recién nacido. Muchos autores y estudios coinciden en que este tipo de alimentación en el lactante debe ser el principal hasta al menos los dos años de edad.

### 1.1.3. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA

Son evidentes y se han demostrado científicamente la cantidad de beneficios tanto a corto como a largo plazo que aporta la lactancia materna tanto como para el bebé como para la madre.

Respecto a los beneficios que esta aporta al lactante, se puede decir que durante los primeros 6 meses de vida, los niños alimentados con lactancia materna exclusiva tienen menor riesgo de padecer diarrea, infecciones respiratorias, otitis media y síndrome de muerte súbita en comparación con los niños alimentados con lactancia artificial. A largo plazo, la lactancia materna exclusiva se asocia con una menor tendencia a la obesidad y a la diabetes,

y con mejores puntuaciones en las pruebas de desarrollo intelectual y motor. Respecto a las madres, las que amamantan tienen menores tasas de sangrado posparto, y a largo plazo se reducen el riesgo de cáncer de mama y ovario y las tasas de obesidad. (Oribe *et al*, 2015, p. 5)

Además, Vila *et al.* (2019) exponen otros beneficios de la lactancia materna:

La lactancia materna para el recién nacido se ha asociado a beneficios saludables que incluyen la inmunización pasiva que protegen al lactante contra enfermedades, la reducción de la prevalencia de diarrea, la bacteriemia, la neumonía y la meningitis durante el primer año de vida; reduce el riesgo de sufrir el síndrome de muerte súbita, las alergias, el asma, la leucemia en la infancia y reduce la incidencia de padecer obesidad y diabetes mellitus durante la etapa adulta. Los beneficios maternos incluyen la mejora del vínculo con el neonato, mejora la pérdida de peso en el posparto, reduce el riesgo de depresión posparto, la pérdida sanguínea, retrasa la fertilidad, y reduce el riesgo de padecer cáncer de mama o de ovario a lo largo de la vida. (p. 92)

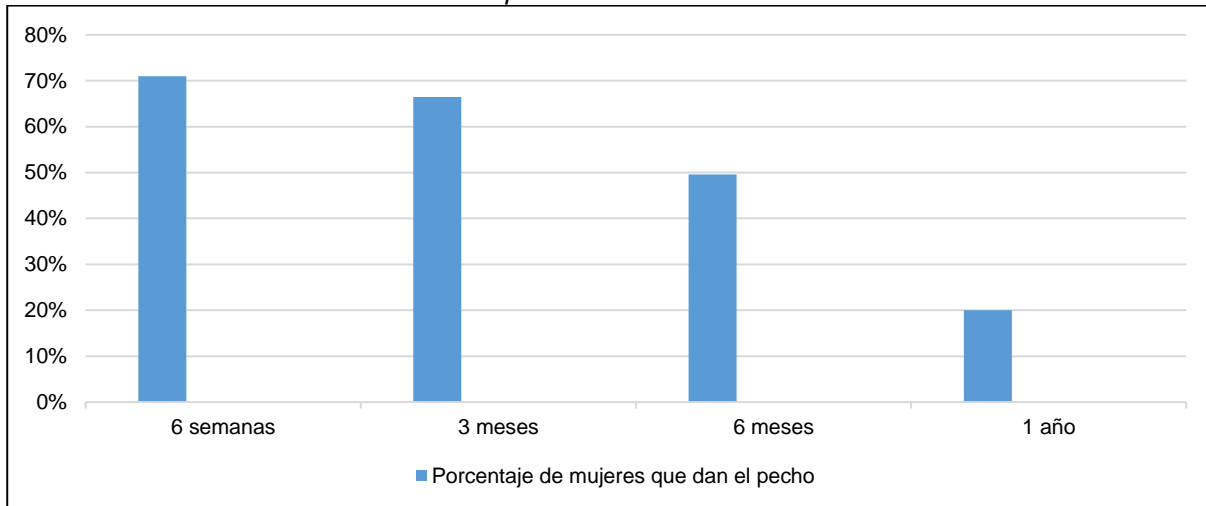
Uno de los beneficios más inmediatos que aporta la lactancia materna a las madres como indica Aguilar *et al.* (2016) tiene que ver con la reducción del riesgo de hemorragia posparto, además reduce el riesgo de hipertensión y de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad en un futuro. Otro de los beneficios es su papel protector contra el desarrollo del cáncer de mama.

#### 1.1.4. PREVALENCIA

A pesar de sus beneficios, la prevalencia de la lactancia materna exclusiva es muy baja. En todo el mundo, los niños y las niñas menores de 6 meses alimentados con lactancia materna exclusiva no llegan al 40%. En España, la prevalencia para las primeras 6 semanas de vida es del 66,2%, para los 3 meses es del 53,6% y para los 6 meses es del 28,5%. En comparación con otros países, esta prevalencia se situaría en un nivel intermedio; los países nórdicos, Japón, Canadá y Nueva Zelanda son los que muestran prevalencias más altas (71% a 81%) a los 3 meses, mientras que países como Reino Unido, Estados Unidos, Irlanda y Francia muestran prevalencias inferiores (15% a 43% a los 3 meses, 0,2% a 14% a los 6 meses) (Oribe *et al*, 2015, p. 5)

Mínguez y Rodríguez (2019) exponen que: “la prevalencia estimada en España de lactancia materna es de 71% a las 6 semanas de vida, 66,5% a los 3 meses, 49,6% a los 6 meses y 20% al año de vida” (p. 12), (ver Figura 1).

Figura 1  
Prevalencia de la lactancia materna en España.



Fuente: Adaptado de Mínguez y Rodríguez (2019).

Nota: en este gráfico se muestra la prevalencia de la lactancia materna en España a las 6 semanas, a los 3 meses, a los 6 meses y al año de edad del bebé según un estudio realizado por Mínguez y Rodríguez en 2019.

### 1.1.5. FORMAS DE LACTANCIA

Cabedo *et al.* (2019) exponen diferentes tipos de lactancia. La lactancia materna exclusiva (LME) hace referencia a cuando el lactante recibe exclusivamente leche materna, admite medicación, como vitaminas o minerales. La lactancia materna predominante se da cuando la leche materna es la fuente predominante de la alimentación. Permite ciertos líquidos a base de agua o zumos de frutas, pero no permite leche de origen humano ni alimentos licuados. La lactancia materna complementaria intercala leche materna y alimentos sólidos o semisólidos. Incluye la leche no humana, y preparados (lactancia artificial). La lactancia materna parcial o mixta incluye leche materna y permite cualquier otro preparado alimento o líquido, incluida la leche de origen no humano y la leche artificial. Por último, la lactancia artificial que se constituye de preparados de origen de leche no humana para lactantes.

Además, existen diferentes formas de alimentar al recién nacido, en función de si la alimentación la dirige el lactante o no. Se puede llevar a cabo una lactancia materna a demanda, es decir, siempre que el bebé lo pida y durante el tiempo que él quiera, sin tener en cuenta el número de tomas. También se puede realizar de forma programada, es decir, alimentar al bebé cada cierto tiempo, lo demande o no, y por último, encontraríamos la lactancia a semidemanda que combinaría las dos anteriores.

Los sucedáneos de la leche humana son productos alimenticios que se presentan como un sustituto parcial o total de la leche humana, sea o no adecuado para ese fin. Son fórmulas lácteas cuando los nutrientes proceden principalmente de la leche de vaca, y fórmulas especiales cuando el origen es múltiple. Estas fórmulas se recomiendan para cubrir la totalidad de los requerimientos nutrimentales de un lactante sano durante los primeros seis



meses de la vida y se recomienda utilizarlas como complemento de otros alimentos en un régimen dietético mixto hasta el año de edad (Vásquez, 2016).

## 1.2. NEUROBIOLOGÍA DE LA LACTANCIA

La maternidad provoca en el cerebro cambios neuroquímicos, morfológicos y funcionales. En el acto de amamantar se producen en el sistema nervioso central hormonas que van regulando este proceso, y que actúan sobre las glándulas mamarias y sobre el cerebro favoreciendo la conducta maternal.

### 1.2.1. IMPORTANCIA DEL APEGO

Según Pinto (2007), “el Apego y la Lactancia natural exclusiva, durante los 6 primeros meses de vida, han demostrado ser responsables fundamentales en la futura salud física, emocional e intelectual de los recién nacidos y sus madres” (p. 96). Ambos términos han cobrado mucha importancia en las últimas dos décadas, tanto a nivel mundial como nacional, debido a que, un buen apego favorece los lazos afectivos entre la madre y su hijo y se relaciona con mayor duración y mejor calidad de la lactancia natural, lo que a futuro, estimula un mejor desarrollo psicomotor y una salud óptima para el niño.

Existe un período sensitivo en el ser humano en el que comienza una etapa muy importante del apego. Durante este período se desarrolla un apego progresivo producido por las interacciones recíprocas entre la madre y el hijo. El recién nacido viene preparado para esa interacción. Poco a poco se irá reforzando el vínculo madre-hijo, hasta constituir el mayor lazo afectivo que existe en la humanidad, relación única que vincula a ambos de por vida (Pinto, 2007).

### 1.2.2. LA LACTOGÉNESIS Y EL PROCESO DE INTERFERENCIA DEL PARTO EN LA LACTANCIA

La producción de leche durante el embarazo y los primeros días tras el parto es controlada hormonalmente (control endocrino). Este proceso se denomina Lactogénesis I y II y se produce la leche tanto si la madre amamanta como si no lo hace. Sin embargo, el mantenimiento de la producción de leche y su regulación para dar respuesta a las necesidades cambiantes del lactante, llamada Lactogénesis III o Galactopoyesis, va a requerir del vaciado de la mama y el propio control autocrino de la mama va a tener un papel fundamental. (Gutiérrez de Terán, 2015, p. 32)

Respecto a cómo interfiere el parto en la lactancia, Gutiérrez de Terán (2015) expone que:

Las intervenciones sobre la fisiología del parto se han relacionado con mayores dificultades en la lactancia, especialmente el uso de oxitocina sintética durante el parto, que se ha señalado como responsable de dificultades con la lactancia y el cese no deseado de la misma. El uso de oxitocina sintética en el parto reduce los reflejos y

conductas del neonato relacionadas con la lactancia, lo que puede explicar esta menor prevalencia de LME y LM en los primeros momentos, ambos condicionantes del éxito de las lactancias prolongadas. (p. 110)

Además, algunos estudios relacionan el uso de analgesia/anestesia en el parto con una menor duración de la lactancia exclusiva y la aparición de problemas posteriores como la sensación de la madre de producir poca leche. Esto no sucede solo en el inicio de la lactancia, sino que meses posteriores sigue encontrándose esta relación. Estos estudios también reflejan que el tipo de parto influye significativamente en la primera ingesta del recién nacido, no se relaciona en fases más avanzadas de la lactancia ni se asocia con la duración de la misma. Esto influye sobre todo a las madres con cesárea ya que, durante la estancia en el hospital, son solo el 24% las que ofrecen lactancia materna exclusiva, el resto ofrece fórmula a sus bebés como primera ingesta. El 95% de mujeres con parto instrumental y el 97% con parto normal inician con el pecho. Otra conclusión extraída de estos estudios es que la LME se asocia con partos más cortos, aunque la duración del parto no influye en la duración de la lactancia. Los partos menos intervenidos y menos medicalizados favorecen el éxito de la lactancia materna (Gutiérrez de Terán, 2015).

Finalmente, Silva et al. (2018) confirman la idea que expuso Gutiérrez de Terán y exponen que se ha demostrado en diversos estudios:

Que el parto por cesárea puede constituir un factor de riesgo sobre la instauración de la lactancia materna, especialmente post parto por significar una lactogénesis y lactopoyesis retrasada y en consecuencia, el parto vaginal podría ser un probable efecto protector que duraría más allá del puerperio. (p. 2)

### 1.3. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA LACTANCIA MATERNA. RELACIÓN CON LOS HÁBITOS ORALES Y EL DESARROLLO OROMOTOR DEL BEBÉ

Para conseguir una lactancia materna efectiva tienen que darse una serie de factores, como son una adecuada posición de la madre y el bebé, un buen agarre al pezón, así como un vínculo adecuado entre madre y lactante. Nos vamos a centrar más detalladamente en los factores relacionados con el desarrollo oromotor y los hábitos orales del bebé, que tienen un papel fundamental en la lactancia materna.

#### 1.3.1. LA POSICIÓN Y EL AGARRE

Una posición correcta y un buen agarre, que incluya, no solo el pezón, sino también gran parte de la areola al mamar, son dos aspectos claves para garantizar el éxito en la lactancia materna. Las posiciones para amamantar son importantes, en especial en los primeros días y en el primer mes de vida; a partir de ese momento, el binomio madre-hijo se acomoda, o

mejor, se acopla, y se amamanta como ambos deseen y se sientan más cómodos. Es fundamental lograr una posición correcta y un agarre adecuado en los primeros días después del parto, ya que de estos aspectos va a depender que el bebé reciba la leche que necesita, lo que no se logra si se producen grietas o algunos otros problemas asociados a la lactancia materna. Además, los expertos aconsejan amamantar al bebé en diferentes posiciones, ya que así agarrará o apretará en diferentes sitios de la mama haciendo menos probables las grietas del pezón, obstrucción de los conductos y la mastitis, pues los diferentes segmentos de la mama se vaciarán por igual. Así, se conseguirá lactar por más tiempo y sin complicaciones (Quintero, Roque, Fe de la Mella y Fong, 2014).

Blázquez (2006) también incide en la importancia de una adecuada posición a la hora de amamantar. Expone que una buena posición, permitirá al bebé hacer un menor esfuerzo y favorecerá un estímulo adecuado del pecho que permitirá alcanzar una buena producción de leche. Si la posición es correcta, la madre no tiene sensación dolorosa, ni grietas o mastitis y ambos disfrutarán de la lactancia. Si la madre sufre dolor, puede estar causado por una mala posición, porque amamantar no duele.

La posición del cuerpo de la madre cuando va a amamantar está influida por el estado emocional. El dolor post parto de la episiotomía o la frustración de no poder vivir la experiencia del parto como ella esperaba, pueden ser causas que influyen en la posición de su cuerpo y en la colocación del bebé cuando se dispone a amamantar. Otro aspecto que influye en la lactancia y que puede dificultarla es el tamaño y forma del pezón. A veces, los pezones son muy grandes para los bebés de boquita de piñón y pueden dar algunos problemas al principio, pero se puede prevenir iniciando la lactancia dentro del período sensitivo, nada más nacer, para aprovechar el máximo estado de alerta del recién nacido, enseñándole a abrir bien la boca (Blázquez, 2006).

El agarre tiene gran importancia y está íntimamente vinculado a los senos lactíferos, bolsitas llenas de leche que deben quedar dentro de la boca del recién nacido, pues de lo contrario, no logrará obtener el alimento: entonces llora, se muestra insatisfecho, no aumenta de peso, tiene orinas escasas, y ello es manifestación de que el bebé no logra obtener la leche materna, por un deficiente agarre. Casi la totalidad de la areola debe quedar dentro de la boca del bebé, y su labio inferior, evertido. Existen otros requisitos para considerar un buen agarre: el labio de abajo cubre más areola que el de arriba; el bebé tiene las mejillas redondeadas; cuando el bebé se desprende del pecho, el pezón tiene una forma alargada y redonda, entre otras. (Quintero, Roque, Fe de la Mella y Fong, 2014, p. 157)

### 1.3.2. DIADA MADRE-BEBÉ

La interferencia en el transcurso natural del parto y del nacimiento es la principal causa que arrebatada e impide que el recién nacido y su madre aprovechen los primeros momentos después del parto en que el instinto de succión y de alerta es máximo, y de forma natural el

recién nacido sabe encontrar por sí mismo el pecho de su madre y lo consigue con una succión correcta. (Blázquez, 2006, p. 465)

Respecto a la fisiología de la lactancia, Gutiérrez de Terán (2015) nos dice que:

La fisiología de la lactancia forma parte de la fisiología de la adaptación a la vida, de la adaptación emocional y social del neonato, de la recuperación materna tras el parto y de la conservación de la especie humana. La anatomía del recién nacido, sus estructuras anatómicas del cráneo, la cara y la boca, la fisiología de la succión, su capacidad gástrica, los reflejos, así como el comportamiento innato de la madre y del recién nacido, conforman una parte fundamental de la fisiología de la lactancia. (p. 41)

Finalmente, Gutiérrez de Terán (2015) explica que el recién nacido ve el cuerpo de su madre como su hábitat natural, y la interrelación sensorial que llevan ambos a cabo permite regular la adaptación fisiológica. El contacto piel con piel provoca en la madre cambios neuronales que propician conductas maternas de cuidado y de instauración de la lactancia, además, facilita el inicio de la lactancia en la primera hora tras el parto, lo que garantiza la ingesta de calostro, cuyos beneficios para el neonato son bien conocidos. El inicio de la lactancia se da por una combinación de acontecimientos basados en la fisiología de la diada madre-bebé y de conducta aprendida apoyada por instintos biológicos.

La fisiología del neonato condiciona la forma en la que se alimenta. Realiza tomas cortas y constantes debido a la escasa capacidad de su estómago, lo que exige un contacto permanente con la madre. El contacto frecuente de la cavidad oral con el pecho es fundamental hasta los seis meses de vida para que se desarrollen adecuadamente los procesos de apego y el crecimiento cerebral del bebé. Este contacto es muy relevante tras el nacimiento y puede verse distorsionado si lo que se introduce en la boca del neonato es un chupete o una tetina.

### 1.3.3. RELACIÓN ENTRE HÁBITOS ORALES Y HÁBITOS EN LA LACTANCIA. REPERCUSIONES

El instinto de succión está presente desde el quinto mes de vida gestacional. Este instinto normalmente no se satisface únicamente con la alimentación, sino que surgen otros tipos de succión como la de dedos, manos y pies, objetos o chupetes (Fernández, 2021). Estos tipos de succión, si se prolongan en el tiempo, pueden dar lugar a alteraciones en el sistema orofacial del sujeto.

Fernández (2021) nos explica que durante la succión de biberón se usan los músculos antagonistas, aspecto que dificulta la masticación y el habla (músculos como el orbicular de los labios y los maseteros no se refuerzan con este tipo de succión). También, el uso de chupetes y la succión digital pueden dar problemas en la primera dentición del bebé, ya que puede verse alterada o retrasada, y pueden darse maloclusiones, alteraciones en el paladar

(ojival o en forma de V invertida), respiración oral, afectación del habla y problemas en la posición lingual, aspecto que influirá negativamente en la deglución. Esto también provocará problemas en la dentición permanente. Además, con el uso de biberones, se mantiene en el tiempo la protrusión lingual, lo que puede dar lugar a alteraciones como deglución atípica o maloclusiones dentales. Se realizan menos degluciones que con la lactancia materna, lo que provoca que el bebé se quede insatisfecho y necesite succionar un chupete o sus dedos. Asimismo, el flujo de leche dependerá del tipo de tetina que se utilice, por lo que el bebé intentará manejarlo protruyendo la lengua y tapando el orificio, y se dificultará la triada succión-deglución-respiración. Un último aspecto relacionado con el uso del biberón, es que la leche pasa directamente al estómago, sin realizarse una digestión previa, por lo que la digestión será más lenta y pesada, aumentando el riesgo de gases y cólicos.

Fernández (2021) también nos expone diferentes repercusiones que pueden producir estos hábitos:

- El uso del chupete no debe usarse antes de los quince días de vida por interferir con la lactancia materna.
- Si se realiza un uso prolongado del chupete y se utiliza pasados los dos años puede dar lugar a daños menores en la musculatura, estructuras óseas, dientes y paladar, posición lingual, ATM, otitis, respiración oral, caries, reflujo gastroesofágico y alteraciones en el habla y aparición tardía del lenguaje.
- La succión digital además de dañar los dedos succionados, puede producir daños mayores en las estructuras musculares, óseas y dientes. También puede provocar otros problemas como retracción mandibular, problemas en la ATM, respiración oral o infecciones.

Además, sabemos que tanto los chupetes como las tetinas pueden ser perjudiciales al interferir con la lactancia. La utilización precoz de tetinas conduce al fracaso de la lactancia, ya que contribuye a la situación conocida como “confusión de pezón” e interfiere con el aprendizaje de succión, ya que la acción de mamar es mecánicamente diferente a la de succionar la tetina del biberón. Los lactantes expuestos en las primeras semanas a tetinas o chupetes son más propensos a presentar el síndrome de confusión del pezón, lo que provoca dificultad para el agarre, daño del pezón, grietas, disminución del flujo de leche y cese de la lactancia (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Diferentes estudios muestran una fuerte asociación entre el uso del chupete y el abandono precoz de la lactancia. Existen dos posibles explicaciones de esta asociación. La primera es que el reflejo innato de succión sea satisfecho con el chupete, disminuyendo o eliminando el deseo de contacto con el pezón y el pecho. La segunda es que el uso del chupete no sea la causa de la reducción de la lactancia, sino que se trate de un marcador de dificultades en la

lactancia o de una escasa motivación para lactar más que la verdadera causa del destete (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Además, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011) expone que existe una relación entre el uso del chupete e infecciones (respiratorias, gastrointestinales y caries dental). Además, los hábitos de succión no nutritiva con la utilización de chupetes y tetinas puede favorecer la maloclusión dentaria, ya que es un factor de riesgo para el desarrollo de mordida abierta anterior y sobre todo cruzada posterior en la dentición inicial. Otros posibles riesgos del uso del chupete incluyen, el riesgo de accidentes como la sofocación con partes sueltas de goma, el uso de materiales potencialmente cancerígenos en la fabricación de estos productos y la alergia al látex.

Para resumir las relaciones existentes entre la lactancia materna y el desarrollo dento-buco-máxilo-facial del lactante, encontramos una revisión bibliográfica de 44 artículos en la que Rondón, Zambrano y Guerra (2012) exponen los múltiples beneficios que esta aporta. En primer lugar, encontramos que la lactancia materna permite un crecimiento y desarrollo adecuado del aparato bucal y favorece la acción muscular a través del acto de succionar y deglutir la leche. Esto contribuye a una adecuada posición de la mandíbula, al crecimiento de ambos maxilares, y por tanto, a un desarrollo adecuado de la oclusión dental. También exponen que proporcionar lactancia materna por un tiempo mayor de seis meses, contribuye favorablemente a la prevención de alteraciones dento-buco-máxilo-faciales. Asimismo, encontramos que la lactancia materna ejerce un efecto positivo en la sincronización de la succión, deglución, respiración, masticación y fonación. En este sentido, también se demostró que los niños amamantados por más de nueve meses, tenían menos posibilidades de desarrollar problemas fonéticos. Finalmente, se expone que un tiempo de lactancia superior a los seis meses se considera un factor preventivo en la aparición de parafunciones, por lo que un tiempo de amamantamiento reducido unido a la alimentación con biberón, favorecen la aparición de hábitos nocivos que podrán ocasionar alteraciones máxilo-faciales.

#### 1.4. EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA. LAS PRINCIPALES CAUSAS QUE LO PRODUCEN

Existen diferentes causas que pueden provocar un abandono precoz de la lactancia materna. Es muy importante que se sepan detectar para poder prevenir o poder actuar sobre los posibles problemas que puedan surgir (ver tabla 1).

Según Oribe *et al.* (2015) la razón más repetida en el abandono de la lactancia materna corresponde con la laboral (31,1%), seguida de la hipogalactia (19,4%). También expone tres motivos fundamentales por los cuales el periodo de lactancia materna exclusiva se ve acortado. Estos son, problemas de lactancia, escasa ganancia de peso e hipogalactia. Además, el no tener decidido antes del parto el tipo de lactancia que se iba a llevar a cabo, el

pertenecer a una clase social baja y que la madre sea primípara son variables asociadas con un mayor riesgo de abandono precoz de la lactancia materna. Asimismo, las madres con permisos de maternidad de entre cuatro y seis meses presentan un mayor abandono de la lactancia materna exclusiva en comparación con las mujeres que no trabajan.

También, Oribe et al. (2015) expone que:

Durante los tres primeros meses posparto, las razones más comunes de abandono son los problemas de lactancia e hipogalactia. En el periodo comprendido entre los cuatro y seis meses de edad, el factor que más influye en el abandono es la duración de la baja materna. Las madres con bajas de cuatro a seis meses de duración tienen 2,65 veces mayor riesgo de abandonar la lactancia materna exclusiva que las madres no trabajadoras. El momento de volver al trabajo es uno de los más difíciles para continuar con la lactancia materna exclusiva. (p. 5)

Otro aspecto que influye negativamente en la lactancia es el ser madre fumadora. A pesar de abandonar dicho hábito durante el embarazo, supone un mayor riesgo de abandono precoz de la lactancia materna. Asimismo, el hecho de haber usado pezoneras y chupete de forma habitual durante el primer mes, también supone un factor de riesgo para su abandono precoz. El tratarse de una gestación tras técnicas de reproducción asistida supone también un mayor riesgo de abandono, al igual que haber alimentado al hijo previo con lactancia materna. Si durante la estancia en maternidad se administran biberones de fórmula artificial al recién nacido, también aumenta el riesgo de abandono precoz. Por el contrario, el haber asistido a clases prenatales donde a las madres se les asesoró sobre la lactancia materna, supone un factor de protección para el abandono precoz, al igual que la madre tenga sensación de suficiente leche al alta. (Rius *et al*, 2014).

Una buena condición económica está relacionada con un mayor riesgo de no proveer lactancia al seno materno, quizás se deba a que se cuenta con los recursos necesarios para adquirir sucedáneos de la leche materna. También las molestias en mamas y pezones influyen en el abandono de la lactancia. La estética también juega un papel importante. Muchas mujeres no dan de mamar a sus hijos por la creencia de que esto les deteriorará el pecho. Como factor protector de la lactancia encontramos el hecho de que las madres dispongan de un nivel educativo, ya que comprenden mejor y tienen más conocimientos sobre los beneficios que esta aporta. No debemos olvidar el hecho de que la cultura influye en el amamantamiento. Las mujeres se ven influenciadas por prácticas y mitos de la cultura en la que se desenvuelven. (Calvo, 2009).

Finalmente, Navarro (2003) menciona que la educación prenatal, los aspectos hospitalarios relacionados con el parto y puerperio precoz, el acceso a la Atención Primaria y el seguimiento a través de sus consultas y por último la existencia de talleres y grupos de apoyo a la lactancia,

son aspectos importantes a tomar en cuenta para la promoción y el fomento de lactancia al seno materno.

Tabla 1

*Causas del abandono de la lactancia materna.*

<b>Motivo para dejar de lactar</b>	<b>Porcentaje</b>
No salía leche suficiente	30%
El niño rechazaba el seno	13%
La madre debía trabajar	9%
La madre consideraba que el niño no quedaba satisfecho	4%
No poseía conocimiento en la técnica de amamantar	3%
Congestión mamaria	3%
El niño ya estaba muy grande	3%
Nuevo embarazo	3%
Niño prematuro	1%
El niño no succionaba	1%
Condiciones inadecuadas en el hogar	1%
Niño estaba enfermo	1%

*Fuente:* Extraído de Campiño y Duque (2019).

*Nota:* en esta tabla se recogen en forma de porcentaje las causas más significativas de abandono de la lactancia materna exclusiva.

## 1.5. ESTUDIOS ACTUALES SOBRE LACTANCIA, FUNCIONES OROMOTORAS Y DESARROLLO DEL LENGUAJE

Numerosos estudios actuales muestran con evidencia científica los beneficios que aporta la lactancia materna. A continuación se van a exponer algunos de los más relevantes.

Uno de los grandes beneficios, como ya se ha comentado antes, está relacionado con los hábitos orales del lactante. López (2016) indica que la lactancia materna permite un crecimiento y desarrollo craneofacial óptimo, favorece una maduración en la función motora oral y previene anomalías dentomaxilofaciales. Además, previene la aparición de hábitos parafuncionales, los cuales dificultan un adecuado desarrollo orofacial del lactante.

Respecto a la aparición y desarrollo del lenguaje encontramos que Gittens (2017) tras realizar una investigación y revisar literatura de diferentes bases de datos, termina concluyendo que la lactancia materna tiene un efecto positivo en el desarrollo del lenguaje, estableciendo una relación causal entre duración de la lactancia y el lenguaje receptivo y la inteligencia verbal y no verbal. También, Novayelinda, Rahmadhani y Hasanah (2019) tras



realizar un estudio correlacional en el que examinaron a 57 bebés y vieron que la lactancia materna influía positivamente con la expresión y comprensión del lenguaje.

Para valorar el desarrollo cognitivo, Pérez *et al.* (2014) llevan a cabo un estudio utilizando el “test de los 5 dígitos” en niños amantados durante seis meses y en niños amamantados solamente durante un mes. Pudieron observar que existe una correlación lineal entre una mayor duración de la lactancia materna y mejores resultados en todas las pruebas del test. Un estudio longitudinal publicado en 2015 en la revista británica *The Lancet Global Health*, también defiende esta idea, y señala que la lactancia materna de más de doce meses tiene un gran efecto positivo en el desarrollo cognitivo, asociándose esta, a un mayor cociente intelectual.

Otra relación encontrada con la lactancia materna tiene que ver con el TEA. En un estudio realizado por Tseng *et al.* (2017) se concluyó que los niños con este trastorno tenían menos posibilidades de haber sido alimentados con lactancia materna, siendo esta un factor protector ante este trastorno. Esto es así, ya que la lactancia materna tiene gran importancia en el desarrollo del bebé. Otros autores también demuestran esta idea. Por ejemplo, Soke *et al.* (2019), exponen que existe una vinculación entre menor iniciación o menor duración de la lactancia materna y presentar TEA. Además, también encuentran una relación entre duración de la lactancia materna y presentar TDAH, siendo esta de menor duración en niños con este trastorno. Otro ejemplo lo encontramos en Shamsedine *et al.* (2020), que también exponen dicha relación, demostrando que el TEA se asociaba con la falta de lactancia materna exclusiva.

Para finalizar, Rodríguez (2021) lleva a cabo un estudio muy relacionado con la situación actual que estamos viviendo con la pandemia del Covid-19, y demuestra que las madres vacunadas contra dicha enfermedad mediante los fármacos de Pfizer y Moderna transmiten anticuerpos a sus bebés a través de la lactancia.

## 2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

### 2.1. OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO

Conocer la relación que existe entre instaurar una alimentación mediante lactancia materna exclusiva, en al menos los 6 primeros meses de edad, y el desarrollo de los hábitos orales del lactante, y comparar si existen diferencias con el uso del biberón y la alimentación complementaria.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL ESTUDIO

O1: Conocer si la lactancia materna exclusiva previene la aparición de alteraciones en el desarrollo orofacial del lactante y su relación con otros tipos de alimentación.

O2: Valorar la influencia de la utilización del chupete y la presencia de succión digital en el desarrollo orofacial y en la aparición de las primeras palabras del lactante.

O3: Determinar la relación entre el tipo de alimentación llevada a cabo en los 6 primeros meses con las variables: edad materna, edad de aparición de las primeras palabras y tipo de parto.

O4: Analizar si existe relación entre el sexo del lactante, el tipo de alimentación en los primeros 6 meses y la aparición de las primeras palabras.

O5: Observar si el número de hijos influye en el tipo de alimentación que se instaura.

### 2.3. HIPÓTESIS

H1: La lactancia materna exclusiva hasta mínimo los 6 meses previene la aparición de problemas en el desarrollo orofacial del lactante respecto a la alimentación complementaria o el uso de biberón.

H2: El uso del chupete y la succión digital contribuyen a la aparición de problemas en el desarrollo orofacial del lactante, y retrasan la aparición de las primeras palabras.

H3:

- H3.1: Madres añosas proporcionarán en menor medida lactancia materna exclusiva.
- H3.2: Los lactantes alimentados con biberón comenzarán a emitir sus primeras palabras de forma más tardía que los alimentados con lactancia materna exclusiva.
- H3.3: Los partos naturales favorecerán la instauración de lactancia materna exclusiva.

H4: No hay diferencias significativas en el tipo de alimentación respecto al sexo. El sexo femenino emite sus primeras palabras de forma más precoz que el masculino.

H5: Se instaura en menor proporción lactancia materna exclusiva con el segundo y tercer hijo que con el primero.

## SEGUNDA PARTE

### 3. DISEÑO Y METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

#### 3.1. MÉTODO

##### 3.1.1. PARTICIPANTES

A continuación, se describen las muestras que se han obtenido en este estudio, de madres y lactantes, en relación a las variables independientes recogidas y con los datos demográficos más significativos.

##### Descripción general de las muestras

En este cuestionario se ha recogido una muestra de 94 madres, obteniéndose también una muestra de 145 bebés e infantes, ya que cada madre ha respondido el cuestionario una vez por cada hijo, y hasta un máximo de tres. Las muestras utilizadas para la elaboración del estudio corresponden con las 94 madres y 94 hijos, el primero de cada una de ellas.

##### · MUESTRA DE LAS MADRES

Respecto a la edad de las participantes, como se presenta en la tabla 2, el mayor porcentaje de madres se encuentra en la categoría de 31-35 años (56,4%), mientras que las madres menores de 31 años corresponden con un 22,3 % y las madres añosas, es decir, de 36 o más años, corresponden con el 21,3% de la muestra.

Tabla 2

*Datos recogidos sobre la edad de las participantes.*

Edad	Frecuencia	Porcentaje %
20-25	3	3,2
26-30	18	19,1
31-35	53	56,4
36-40	18	19,1
41-45	1	1,1
46-50	1	1,1

Atendiendo a los valores que indican el nivel educativo de las madres, como se observa en la tabla 3, el 11,7% disponen de estudios básicos, el 10,6% de estudios medios, el 75,5% de estudios superiores, el 1,1% de doctorado y el 1,1 de Fp.

Tabla 3

*Datos sobre el nivel educativo de las participantes.*

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje %
Estudios básicos	11	11,7
Estudios medios	10	10,6
Estudios superiores	71	75,5
Doctorado	1	1,1
Fp	1	1,1

Respecto a los ingresos anuales del núcleo familiar, según se observa en la tabla 4, teniendo en cuenta que la media de ingresos anuales en España gira en torno a 25.000€ al año, el 50% de las encuestadas se encuentra en un núcleo familiar en el que sus ingresos varían menos de 10.000€ anuales respecto a la media. El 10,6% se encuentra en un umbral bajo, y el 39,3% en un umbral medio-alto, correspondiendo el 25,5% con más de 45.000€ anuales.

Tabla 4  
Datos referidos a los ingresos anuales del núcleo familiar.

Ingresos anuales del núcleo familiar	Frecuencia	Porcentaje %
0-15.000€	10	10,6
15.000-25.000€	23	24,5
25.000-35.000€	24	25,5
35.000-45.000€	13	13,8
Más de 45.000€	24	25,5

En cuanto a la nacionalidad de las madres, en la tabla 5 se recogen los porcentajes de madres españolas y extranjeras. Las primeras corresponden con un 96,8% y las segundas con un 3,2%.

Tabla 5  
Datos obtenidos sobre la nacionalidad de las participantes.

Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje %
Española	91	96,8
Extranjera	3	3,2

En la tabla 6 se reflejan los datos obtenidos con respecto al hábito tabáquico de las madres, siendo estas no fumadoras en un 67%, fumadoras en un 13,8% y exfumadoras en un 19,1%.

Tabla 6  
Datos recogidos sobre el hábito de fumar de las participantes.

Fumadora	Frecuencia	Porcentaje %
No	63	67
Si	13	13,8
Exfumadora	18	19,1

Por último, en la tabla 7, se recoge el número de hijos que tiene cada madre de la muestra. El 53,2% de las encuestadas tiene un único hijo, el 39,4% dos, y el 7,4% tres o más.

Tabla 7  
Datos referidos al número de hijos de las participantes.

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje %
Uno	50	53,2
Dos	37	39,4
Tres o más	7	7,4

### MUESTRA DE LOS BEBÉS E INFANTES

Respecto a la muestra obtenida de bebés e infantes, y si nos centramos en el sexo, como se muestra en la tabla 8, se observa que un 54,3% corresponde con el sexo femenino y un 45,7% con el masculino.

Tabla 8

Datos referidos al sexo de los bebés.

Sexo del bebé	Frecuencia	Porcentaje %
Femenino	51	54,3
Masculino	43	45,7

En relación al tipo de alimentación, como se observa en la tabla 9, el mayor porcentaje corresponde con un parto vaginal natural, siendo este un 52,1%. Mediante cesárea natural nacieron el 11,7 % de bebés, mediante parto vaginal en inducción el 18,1% y mediante cesárea en inducción el 18,1%.

Tabla 9

Datos sobre el tipo de parto de los bebés.

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje %
Vaginal natural	49	52,1
Cesárea natural	11	11,7
Vaginal en inducción	17	18,1
Cesárea en inducción	17	18,1

Respecto a las semanas de gestación y clasificándolas según la OMS, se observa, como se muestra en la tabla 10, que el 88,3% de bebés e infantes de la muestra son nacidos a término, el 7,4% prematuros y el 4,3% postérmino.

Tabla 10

Datos en relación a las semanas de gestación de los bebés.

Semanas de gestación	Frecuencia	Porcentaje %
Prematuro (28+0-36+6)	7	7,4
A término (37+0-41+6)	83	88,3
Postérmino (Mayor a 42)	4	4,3

Con relación al peso al nacimiento de los bebés, y siguiendo también la clasificación de la OMS (ver en tabla 11), encontramos que el 88,3% presentaban normopeso, el 2,1% un peso macrosómico y un 9,6% un bajo peso al nacer.

Tabla 11

Datos referidos al peso al nacer de los bebés.

Peso al nacer	Frecuencia	Porcentaje %
Macrosómico (Mayor de 4001gr)	2	2,1
Normopeso (2501gr-4000gr)	83	88,3
Bajo peso al nacer (1501gr-2500gr)	9	9,6

Respecto a la necesidad de ingreso hospitalario, como se muestra en la tabla 12, un 88,3% de los bebés no lo necesitaron, mientras que un 11,7% sí. De los 11 bebés que lo necesitaron, solo 2 de ellos estuvieron ingresados alrededor de un mes, el resto solo durante unos días. De estos 11 bebés, 9 necesitaron ser ingresados en una UCI neonatal y 2 no.

Tabla 12

Datos sobre la necesidad de ingreso hospitalario de los bebés al nacer.

Necesidad de ingreso hospitalario al nacer	Frecuencia	Porcentaje %
NO	83	88,3
SI	11	11,7

Los motivos de ingreso que expusieron y que se han recogido corresponden con aspiración de líquido durante el parto, prematuridad y bajo peso, bilirrubina alta, cardiopatía congénita o malformación cardíaca, inmadurez pulmonar a causa de diabetes de la madre, insuficiencia respiratoria, problemas respiratorios, proteína C reactiva alta e infecciones.

### 3.1.2. INSTRUMENTOS

Para la recogida de datos se ha elaborado un cuestionario semicerrado a partir de la adaptación de los estudios de Campiño y Duque (2019); Ramiro et al. (2018); Vila et al (2017) y Oribe et. al (2014).

Este cuestionario se ha dividido en varias secciones o apartados. En primer lugar, nos encontramos con una sección en la que se recogen los datos sociodemográficos más significativos de la madre. A continuación, el cuestionario toma tres vías, en función del número de hijos que tenga la madre (un hijo, dos hijos o tres o más hijos), teniendo que responder una vez por cada hijo y hasta un máximo de tres a las diferentes preguntas.

Por cada hijo se plantean diferentes cuestiones en relación a la edad a la que fueron madres, tipo de parto, sexo del bebé, semanas y peso al nacimiento y necesidad de ingreso hospitalario. Posteriormente, encontramos la sección sobre la alimentación, en la que se plantean preguntas sobre el conocimiento y experiencia de las madres antes del parto. Después, encontramos una sección relacionada con el desarrollo y los hábitos del lactante. En ella se plantean preguntas sobre la aparición de las primeras palabras, uso de chupete, presencia o ausencia de succión digital, así como el tipo de alimentación que se llevó a cabo durante los 6 primeros meses de edad. En este punto, el cuestionario toma tres vías diferentes en función del tipo de alimentación que se haya llevado a cabo: lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria o biberón.

En la sección que corresponde con lactancia materna exclusiva, se realizan preguntas en relación al tiempo que se ha dado el pecho, su combinación o no con el biberón y motivos por los que se abandonó esta práctica. En la sección correspondiente al uso de biberón, se han introducido preguntas sobre el motivo de su uso, tiempo de aplicación y tipo de leche utilizada.

Por último, en la sección que corresponde con la alimentación complementaria, se han combinado las preguntas de las dos secciones anteriores. Al final de todas ellas, se ha introducido una pregunta en relación con los hábitos orales, para ver si ha surgido algún problema a lo largo del desarrollo de los lactantes.

El cuestionario se ha organizado de tal forma que, en función de las respuestas que fueran introduciendo, seguía una vía u otra. Es decir, se ha adaptado a todas las posibles respuestas, de forma que cada madre ha respondido las que correspondían con su situación y características.

Todas las preguntas realizadas se han indicado como obligatorias, para así obtener el mismo número de respuestas en todas ellas y que ninguna pregunta quedara escasa, sin datos suficientes.

### **3.1.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Se ha realizado un estudio de tipo descriptivo y un análisis bivariado para conocer la relación y/o asociación entre las variables.

Este estudio tiene un enfoque cuantitativo, ya que los datos obtenidos han servido para probar las hipótesis planteadas, utilizando para ello datos numéricos y estadísticos mediante la distribución de porcentajes. Es retrospectivo, puesto que se centra en acciones pasadas, y transversal, ya que la recogida de datos se ha efectuado en un momento determinado.

### **3.1.4. PROCEDIMIENTO**

Para la elaboración de este estudio se ha utilizado un cuestionario de Google Forms. Este se ha difundido a través de la aplicación de mensajería instantánea WhatsApp, aspecto que ha facilitado la recogida de datos, al poderlo rellenar cómodamente desde cualquier lugar. Se ha difundido a familiares, amigos y conocidos. Ha estado disponible durante 15 días, del 12 de abril hasta el 26 de abril de 2021.

La forma de aplicación ha sido autoadministrada, respondiéndose de forma individual y sin condiciones previas.

Este cuestionario se ha dirigido a madres de cualquier edad y se ha proporcionado confidencialidad en el tratamiento de los datos.

Una vez cerrado el cuestionario, se ha descargado la hoja de cálculo Microsoft Excel en la que aparecen los datos obtenidos con él.

## 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

### 4.1. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para realizar el análisis de los datos se ha utilizado el software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), en su versión 24. En esta base de datos se han introducido los datos procedentes del archivo Microsoft Excel generado con las respuestas del cuestionario.

Las variables dependientes que se han seleccionado para la elaboración del estudio han sido: edad de inicio de las primeras palabras, utilización de chupete, succión digital, tipo de alimentación durante los 6 primeros meses (lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria y biberón), duración de cada tipo de alimentación, motivo de inicio y abandono de cada tipo de alimentación y presencia de alteraciones en los hábitos orales durante el desarrollo según el tipo de alimentación.

Como variables independientes, se tomaron la edad de las madres, el sexo de los bebés, tipo de parto y número de hijos.

Un aspecto a tener en cuenta, es que en algunas preguntas, la muestra válida es inferior, ya que hay algún dato perdido debido a que la madre no ha respondido adecuadamente a la pregunta planteada. Estos casos han sido muy puntuales, por lo que no han perjudicado negativamente a los resultados.

A continuación, se exponen los resultados obtenidos con este estudio, primero los obtenidos del análisis descriptivo y después un análisis bivariado en el que se muestran diferentes relaciones entre 2 variables.

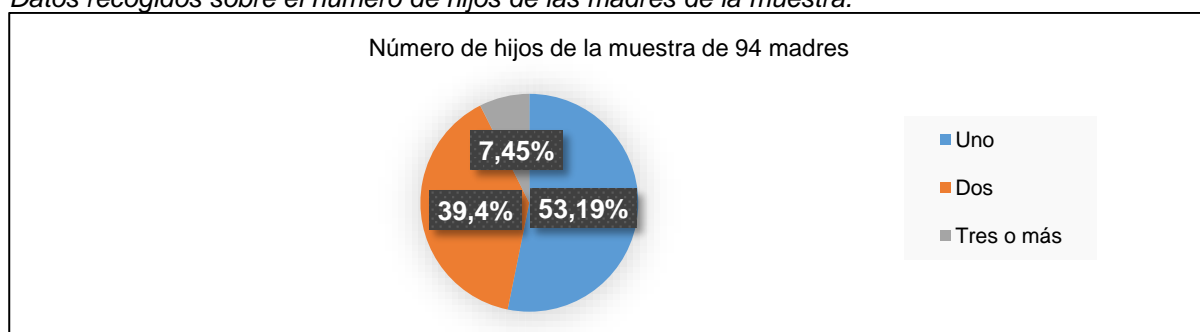
### 4.2. RESULTADOS

#### 4.2.1. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

En relación al número de hijos de las 94 madres de la muestra, 50 indicaron tener un hijo, 37 tener dos y 7 tener tres hijos o más (ver en figura 2).

Figura 2

*Datos recogidos sobre el número de hijos de las madres de la muestra.*



Para comenzar el análisis, mostramos los datos obtenidos sobre la *intención que tenían las madres antes del parto de alimentar a sus hijos* (ver en tabla 13). El 89,4 % expuso tener



clara la intención de alimentar a sus hijos con leche materna, el 3,2% no quería alimentar a sus hijos mediante leche materna y el 7,4% no tenía claro como quería hacerlo.

Tabla 13

*Datos referentes a la intención preparto de alimentación de los lactantes.*

	Frecuencia	Porcentaje %
NO	7	7,4
SI, tenía claro que le quería dar el pecho	84	89,4
SI, tenía claro que no le quería dar el pecho	3	3,2

*En relación a acudir a clases prenatales o talleres de lactancia tras el parto, el 55,3% indicó haber acudido. Respecto a la pregunta planteada de si habían recibido información de algún especialista sobre lactancia materna, el 62,8% indicó que sí. El 98,9% de las madres expuso tener constancia sobre los beneficios que aporta la leche materna. Ver en tabla 14.*

Tabla 14

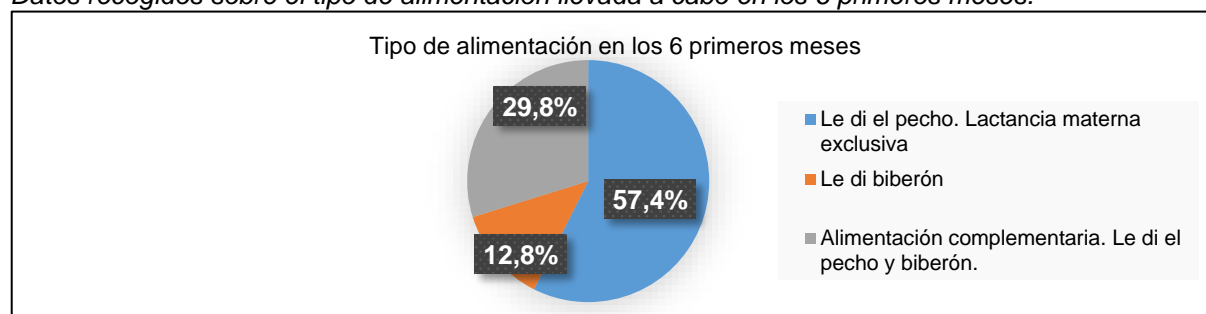
*Datos recogidos en relación al conocimiento y experiencia sobre lactancia materna de las madres preparto.*

	Frecuencia	Porcentaje %
Clases prenatales o talleres de lactancia tras el parto	52	55,3
Recibir información de especialista sobre lactancia materna	59	62,8
Conocimiento de los beneficios de la lactancia materna	93	98,9

*En cuanto al tipo de alimentación llevado a cabo con los lactantes en los 6 primeros meses, como se observa en la figura 3, el 57,4% indicó haber proporcionado lactancia materna exclusiva, el 12,8% biberón, y el 29,8% alimentación complementaria.*

Figura 3

*Datos recogidos sobre el tipo de alimentación llevada a cabo en los 6 primeros meses.*

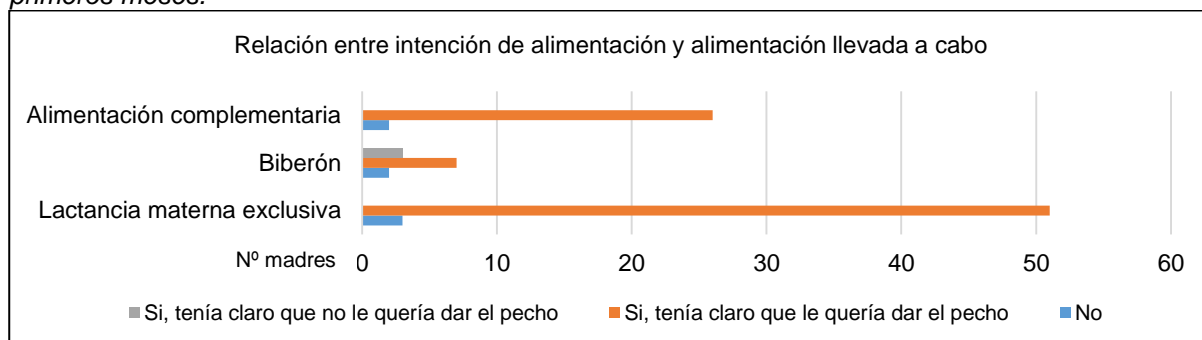


A continuación, se recoge la intención de alimentación que tenían las madres preparto, con el tipo de alimentación que realmente se ha llevado a cabo durante los 6 primeros meses (ver figura 4). De las 7 madres que no tenían claro cómo alimentarlos, 3 dieron lactancia materna exclusiva, 2 biberón, y 2 alimentación complementaria. De las 84 madres que tenían claro que los querían alimentar con lactancia materna exclusiva, solo 51 pudieron alimentarlos de esta forma, mientras que 7 decidieron optar por el uso del biberón y 26 por alimentación

complementaria. De las 3 madres que tenían claro que no les querían dar el pecho, todas ellas optaron por el uso de biberón.

Figura 4

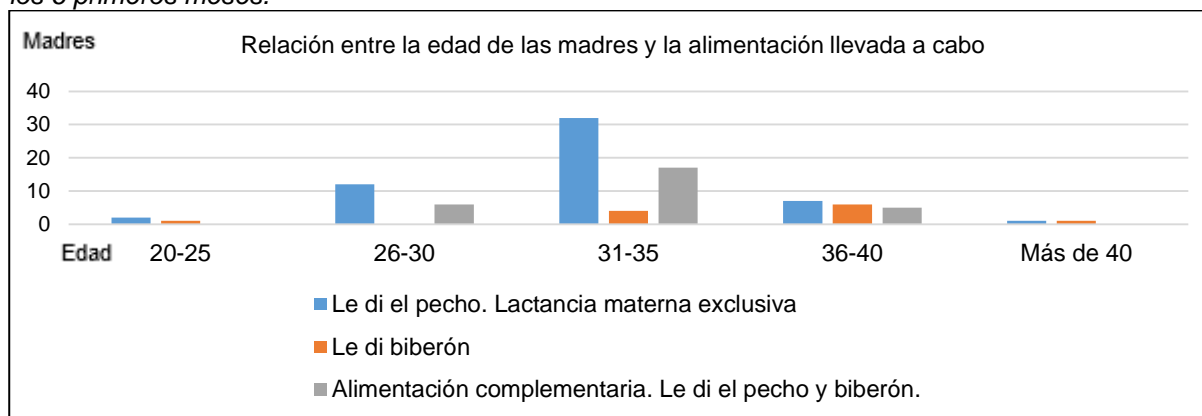
Datos obtenidos sobre la intención de alimentación preparto y la alimentación llevada a cabo en los 6 primeros meses.



En relación a la edad de la madre y el tipo de alimentación que han llevado a cabo con sus hijos durante los 6 primeros meses, como se observa en la figura 5, vemos que las madres entre 20 y 25 años dan lactancia materna exclusiva y biberón, sin diferencias significativas entre ambas. Las madres entre 26 y 30 años la mayoría proporciona lactancia materna exclusiva aunque también biberón. Desde los 31 a los 35 años vemos como la gran parte de madres proporcionó lactancia materna exclusiva, aunque también hubo madres que alimentaron a su bebé con alimentación complementaria, y en mucha menor medida, que utilizaron biberón. Por último, se observa que las madres de más de 36 años aumentan el uso del biberón de forma significativa.

Figura 5

Datos obtenidos en relación a la edad de las madres y el tipo de alimentación llevada a cabo durante los 6 primeros meses.



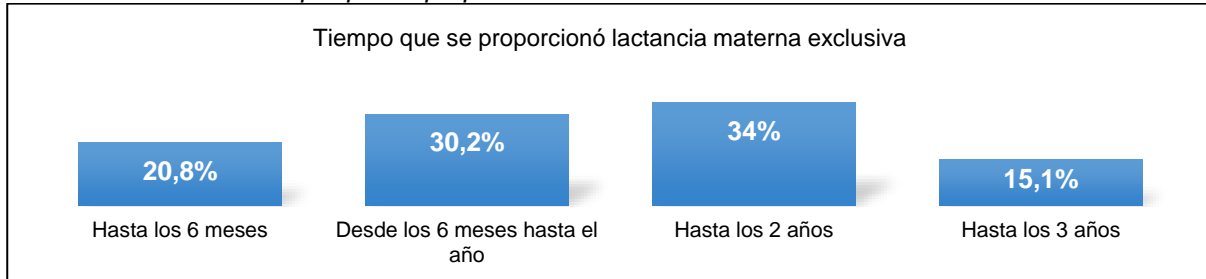
A continuación, se muestran los resultados más característicos en relación con los tres tipos de alimentación (lactancia materna exclusiva, biberón y alimentación complementaria).

**A) Lactancia materna exclusiva (muestra de 54 madres):**

Respecto al tiempo que proporcionaron el pecho, se obtuvo, como se puede ver en la figura 6, que 11 madres proporcionaron lactancia materna exclusiva como mucho hasta los 6 meses (20,8%), 16 hasta el año (30,2%), 18 hasta los 2 años (34%) y 8 hasta los 3 años (15,1%).

Figura 6

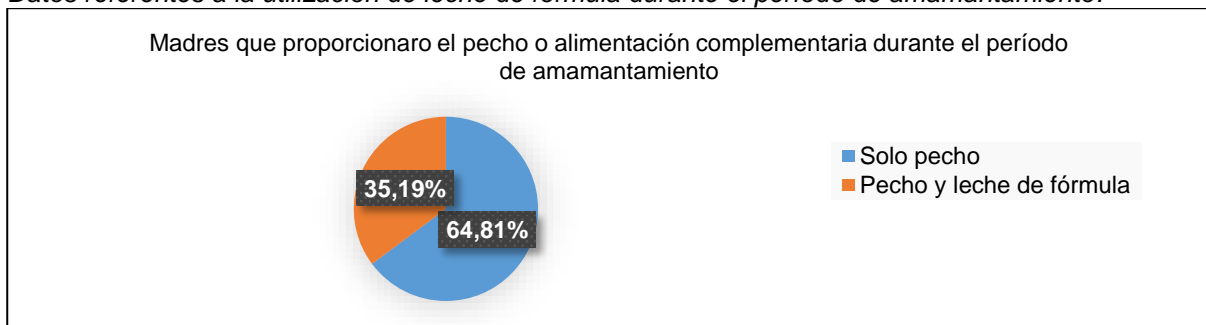
Datos en relación el tiempo que se proporcionó lactancia materna exclusiva.



Durante los meses en los que dieron el pecho a sus bebés, el 64,81% solo les dio el pecho, mientras que el 35,19% también incluyó leche de fórmula en su alimentación (ver en figura 7).

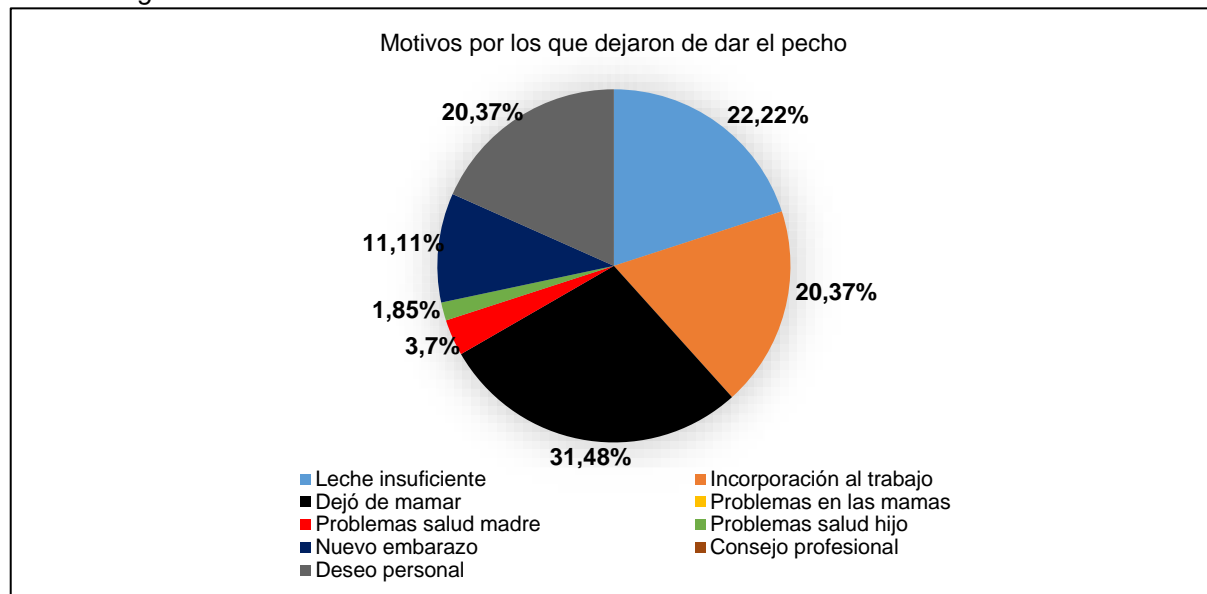
Figura 7

Datos referentes a la utilización de leche de fórmula durante el período de amamantamiento.



Respecto a los motivos por los que dejaron de dar el pecho a sus hijos, se obtuvo, como se puede observar en la figura 8, que el motivo principal de abandono fue atribuido a que el bebé dejó de mamar, seguido de la falta de leche, la incorporación al trabajo, por deseo personal y a causa de un nuevo embarazo. Otros motivos han sido problemas de salud de la madre o del bebé.

Figura 8  
Datos recogidos sobre los motivos de abandono de la lactancia materna.

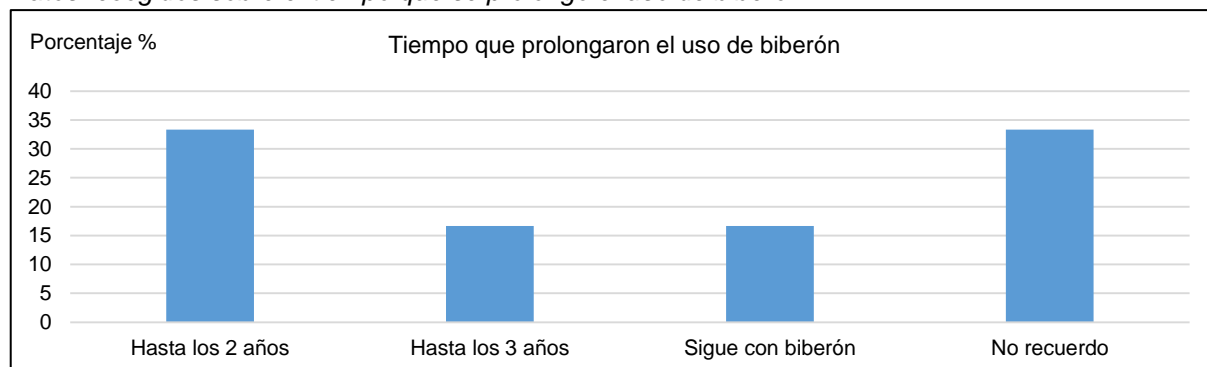


### **B) Biberón (muestra de 12 madres):**

En relación a los motivos por los que decidieron usar biberón fueron, por no tener suficiente leche (33,33%); medicación incompatible con dar el pecho (16,67%); consejo del pediatra (8,33%); por introducción de biberón en neonatos, escasa leche y no agarre al pecho (8,33%); no suficiente llenado del bebé (8,33%); comodidad de la madre (8,33%); patología de la madres (8,33%) y por problemas en las mamas (8,33%).

Respecto a la edad hasta la que se prolongó el uso del biberón (ver figura 9), el 33,33% indicó no acordarse de la edad exacta hasta la que lo usaron, el 33,33% indicó haberle dado biberón hasta los 2 años, el 16,67% hasta los 3 años, el 16,67% expuso seguir utilizando el biberón con sus hijos.

Figura 9  
Datos recogidos sobre el tiempo que se prolongó el uso de biberón.



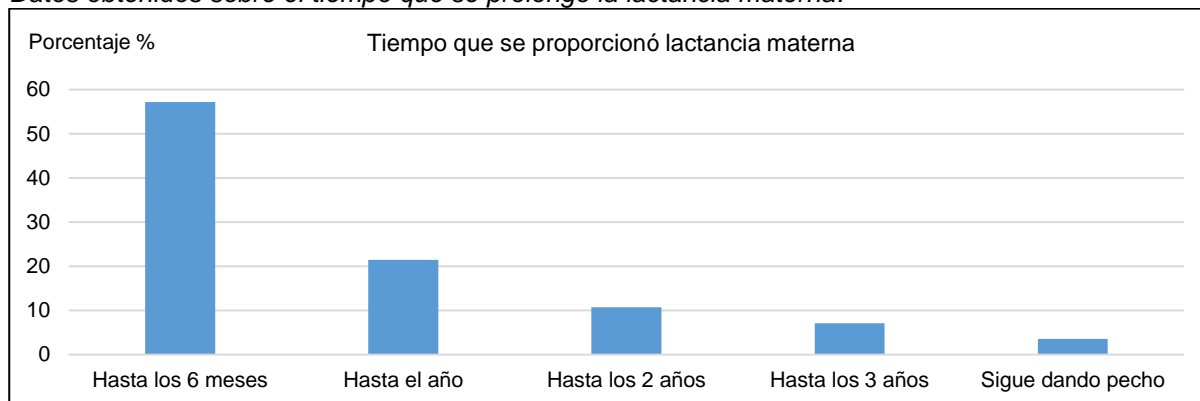
Respecto a la leche utilizada con el biberón, el 100% de las madres expuso haber utilizado leche de fórmula.

### **C) Alimentación complementaria (muestra de 28 madres):**

En relación al tiempo que se proporcionó lactancia materna, como se observa en la figura 10, el 57,14% dio el pecho hasta los 6 meses, el 21,43% hasta el año, el 10,71% hasta los 2 años, el 7,14% hasta los 3 años y el 3,57% expuso seguir dando el pecho.

Figura 10

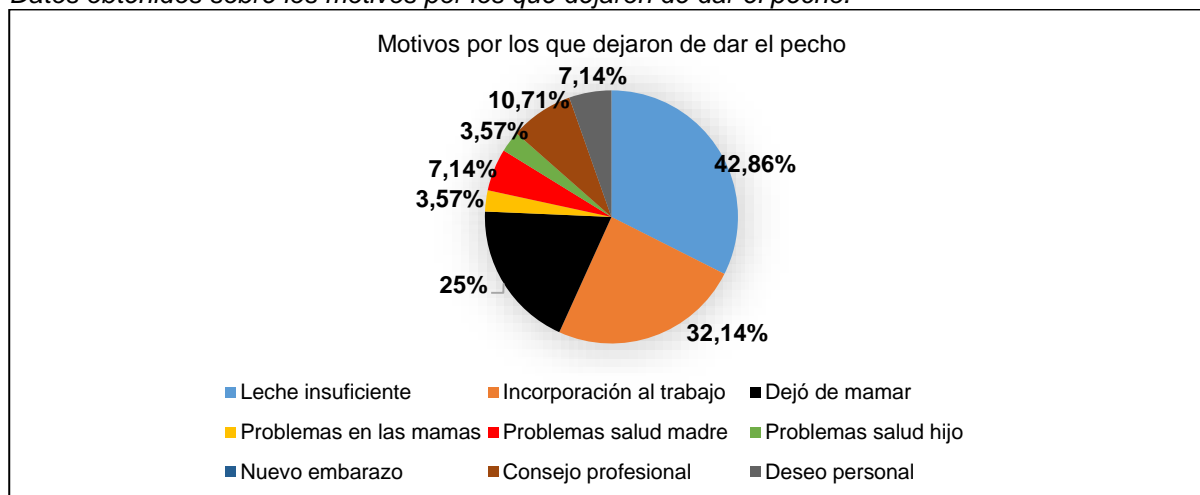
Datos obtenidos sobre el tiempo que se prolongó la lactancia materna.



Respecto a los motivos por los que dejaron de dar el pecho, la mayoría indicó como motivo principal del abandono la falta de leche, seguido de la incorporación al trabajo, el bebé dejó de mamar, por consejo de un profesional sanitario, problemas de salud de la madre y por deseo personal. Otros motivos aunque menos significativos, fueron debidos a problemas en las mamas y a problemas de salud del bebé. Ver figura 11.

Figura 11

Datos obtenidos sobre los motivos por los que dejaron de dar el pecho.

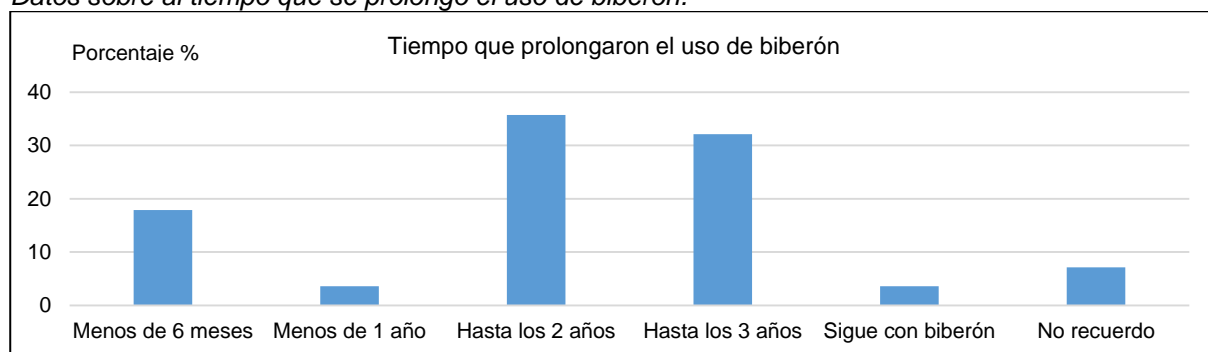


En relación a los motivos por los que decidieron usar biberón, se obtuvo que el 32,14% indicó usarlo por no obtener suficiente alimento con lactancia materna, el 17,86% por recomendación de profesional sanitario, el 14,29% por tener leche insuficiente, el 10,71% por conciliación por trabajo, y el 7,14% por problemas de salud de la madre. Otros motivos fueron, para facilitar la alimentación por parte de otros familiares (3,57%), por comodidad (3,57%),

por acudir a guardería (3,57%), por intolerancia a proteína de la leche (3,57%), por salir del hospital ya con alimentación complementaria (3,57%).

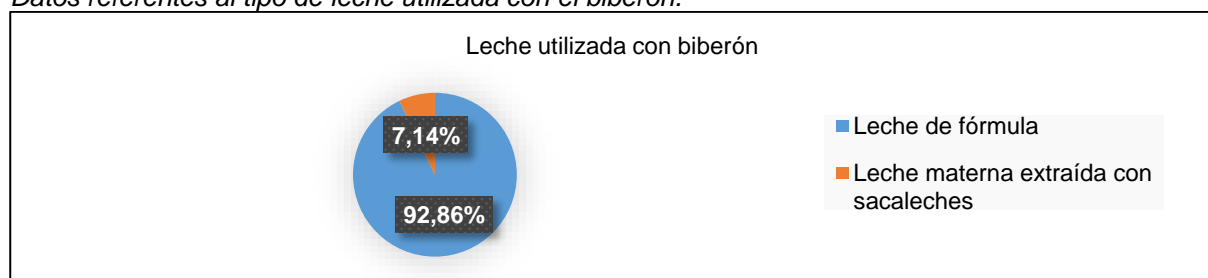
En cuanto al tiempo que proporcionaron biberón, como se observa en la figura 12, el 17,86% refirió dar biberón menos de 6 meses, el 3,57% menos de un año, el 35,71% hasta los 2 años, el 32,14% hasta los 3 años, el 7,14% expuso no acordarse y el 3,57% indicó seguir utilizando biberón.

Figura 12  
Datos sobre al tiempo que se prolongó el uso de biberón.



La leche que utilizaron con el biberón, como se observa en la figura 13, corresponde en un 92,86% con leche de fórmula y en un 7,14% con leche materna extraída con sacaleches.

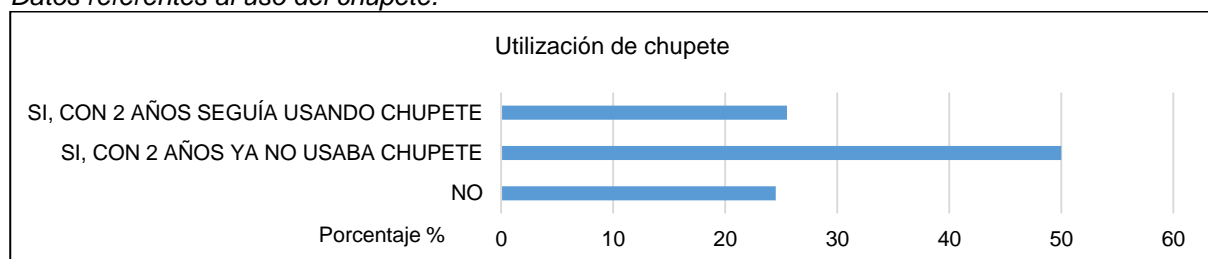
Figura 13  
Datos referentes al tipo de leche utilizada con el biberón.



#### **D) Uso de chupete, succión digital y primeras palabras**

Respecto a la utilización de chupete, como se muestra en la figura 14, encontramos que el 24,5% no lo utilizaron, el 50% lo utilizaron como mucho hasta los dos años, y el 25,5% prolongaron su utilización a más de los dos años. Cabe destacar que, no se han encontrado diferencias significativas en la relación entre el uso de chupete y el tipo de alimentación de los lactantes.

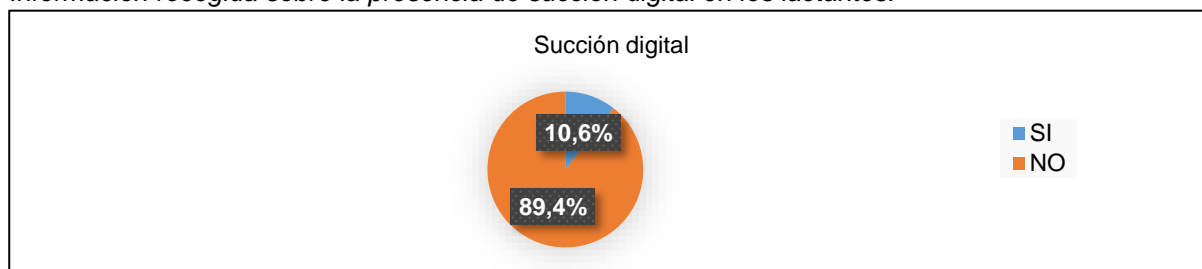
Figura 14  
Datos referentes al uso del chupete.



Si nos centramos en la succión digital, se muestra que, una gran parte (89,4%) no realizaba este mal hábito, mientras que el 10,6% sí (ver figura 15).

Figura 15

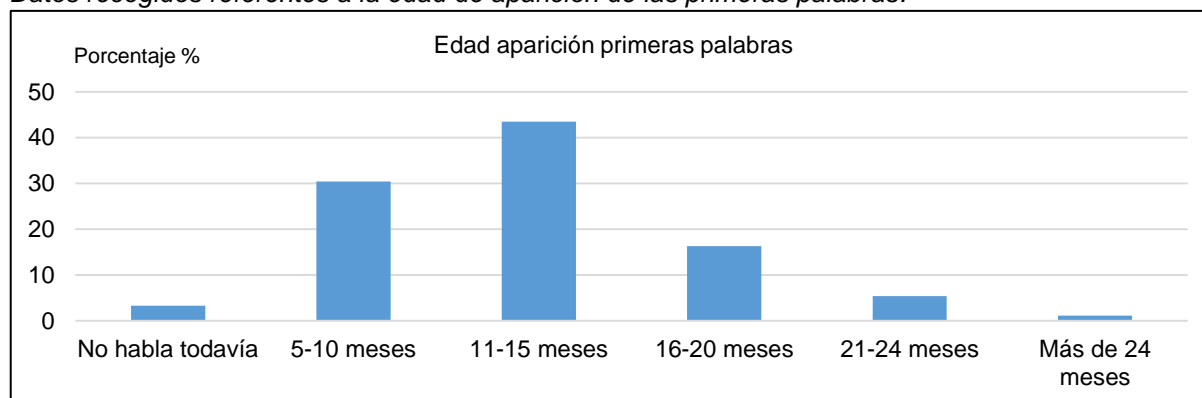
Información recogida sobre la presencia de succión digital en los lactantes.



Como se observa la figura 16, y en relación a la aparición de las primeras palabras, se obtuvo que la gran parte de la muestra, las emitió entre los 11 y 15 meses (43,5%). El 30,4% las emitió entre los 5 y 10 meses, el 16,3% entre los 16 y 20 meses, el 5,4% entre los 21 y 24 meses, el 3,3% todavía no hablaba por ser demasiado pequeños, y el 1,1% con más de 24 meses.

Figura 16

Datos recogidos referentes a la edad de aparición de las primeras palabras.



#### 4.4.2. ANÁLISIS BIVARIADO

##### **A) Relación entre los hábitos orales y el tipo de alimentación**

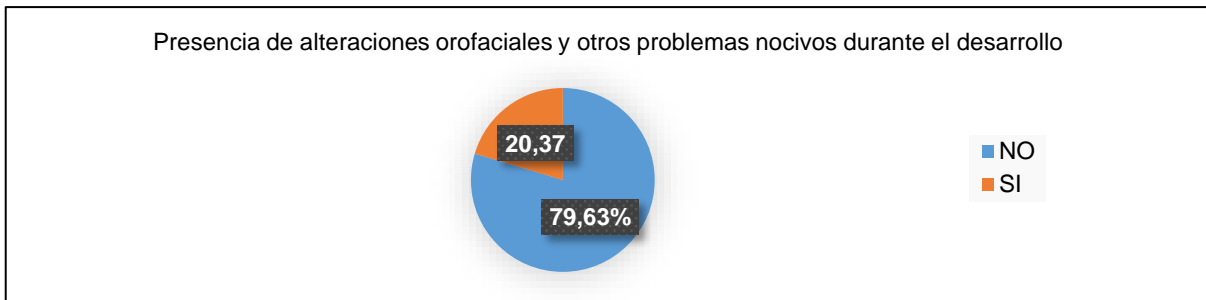
Seguidamente, se muestran los datos obtenidos en relación a los 3 tipos de alimentación durante al menos los 6 primeros meses con la presencia de alteraciones orofaciales y otros problemas nocivos durante el desarrollo.

##### **HÁBITOS ORALES: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA**

Respecto a la presencia de alteraciones a nivel orofacial y otros problemas nocivos durante el desarrollo en los sujetos alimentados al menos 6 meses con lactancia materna exclusiva, como se muestra en la figura 17, encontramos que de la muestra de 54 madres, el 79,63% de sus hijos no mostró ninguna alteración (43 bebés o infantes), frente al 20,37% que sí (11 bebés o infantes).

Figura 17

Datos recogidos sobre la presencia de alteraciones orofaciales y otros problemas nocivos durante el desarrollo.



### HÁBITOS ORALES: BIBERÓN

Respecto a la presencia de alteraciones a nivel orofacial y otros problemas nocivos durante el desarrollo en los sujetos alimentados al menos 6 meses con biberón, encontramos que de la muestra de 12 madres, 7 indicaron que sus hijos no mostraron ninguna alteración, frente a 5 que sí (ver figura 18).

Figura 18

Datos recogidos sobre la presencia de alteraciones orofaciales y otros problemas nocivos durante el desarrollo.

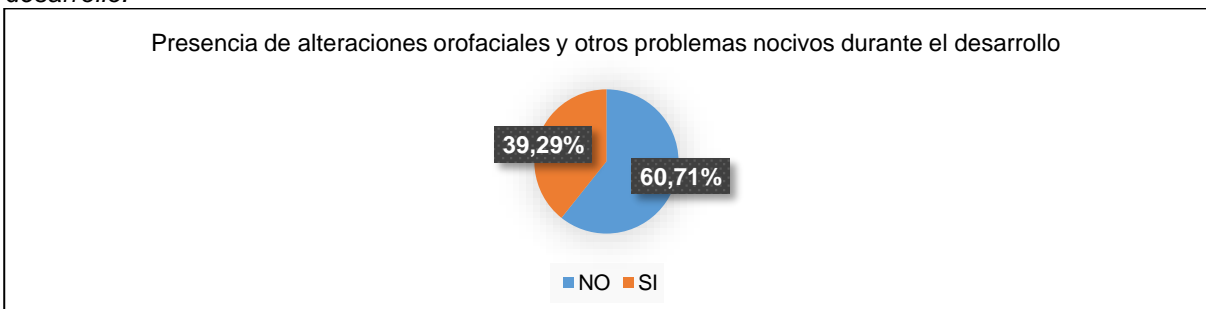


### HÁBITOS ORALES: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Respecto a la presencia de alteraciones a nivel orofacial y otros problemas nocivos durante el desarrollo en los sujetos alimentados al menos 6 meses con alimentación complementaria, y como se observa en la figura 19, de las 28 madres que proporcionaron alimentación complementaria, 17 refirieron que sus hijos no presentaron alteraciones orofaciales durante el desarrollo, frente a 11 que sí.

Figura 19

Datos recogidos sobre la presencia de alteraciones orofaciales y otros problemas nocivos durante el desarrollo.





A continuación, se muestra una *tabla comparativa de los 3 tipos de alimentación con la presencia de alteraciones orofaciales y otros problemas nocivos durante el desarrollo* (ver tabla 15). Vemos que estos problemas son más significativos en la alimentación con biberón. Además, los problemas son más evidentes en la alimentación complementaria que en la lactancia materna exclusiva. Encontramos diferencias en la presencia de caries (8,33%) en biberón, frente a un 3,57% en complementaria y un 5,55% en lactancia materna exclusiva; alteraciones de la mordida (8,33%) en biberón, frente a un 7,14% en alimentación complementaria y un 3,7% en lactancia materna exclusiva. Los datos más significativos, corresponden con problemas en la respiración nasal, 16,67% en biberón, frente a un 7,14% en alimentación complementaria y un 1,85% en lactancia materna exclusiva; infecciones u otitis de oído 33,33% en biberón, frente a un 25% en alimentación complementaria y un 7,4% en lactancia materna exclusiva; y problemas en la pronunciación de sonidos (16,67%) en biberón, frente a un 7,14% en alimentación complementaria y un 7,4% en lactancia materna exclusiva.

Tabla 15

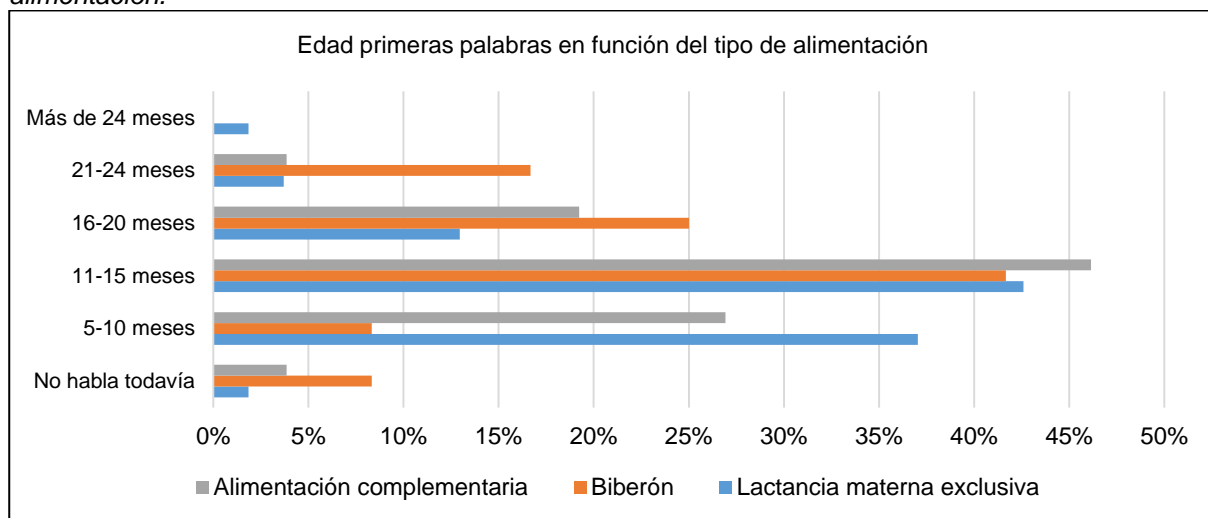
*Datos recogidos sobre la presencia de alteraciones orofaciales y otros problemas nocivos durante el desarrollo según el tipo de alimentación.*

	Lactancia materna exclusiva	Biberón	Alimentación complementaria
<b>Apiñamiento de dientes</b>	1,85%	0%	3,57%
<b>Caries</b>	5,55%	8,33%	3,57%
<b>Alteraciones en la mordida</b>	3,7%	8,33%	7,14
<b>Problemas mandibulares</b>	1,85%	0%	3,57%
<b>Problemas para tragar</b>	0%	0%	3,57%
<b>Problemas en la respiración nasal</b>	1,85%	16,67%	7,14%
<b>Infecciones u otitis de oído</b>	7,4%	33,33%	25%
<b>Problemas para pronunciar algún sonido</b>	7,4%	16,67%	7,14%
<b>Paladar ojival</b>	1,85%	0%	0%

*Si analizamos la relación entre la edad de aparición de las primeras palabras y el tipo de alimentación*, como se observa en la figura 20, vemos que de los lactantes que no hablan todavía, el mayor porcentaje coincidió con lactantes alimentados con biberón (8,33%). La mayoría de los que empezaron a emitir sus primeras palabras entre los 5 y 10 meses coinciden con infantes alimentados con lactancia materna exclusiva (37,04), frente a un 26,92% en los alimentados con alimentación complementaria y en un 8,33% en los alimentados con biberón. En la edad comprendida entre los 11 y 15 meses no hay diferencias significativas. Se observa que en la franja comprendida entre los 16 y los 24 meses, predomina el uso de biberón frente

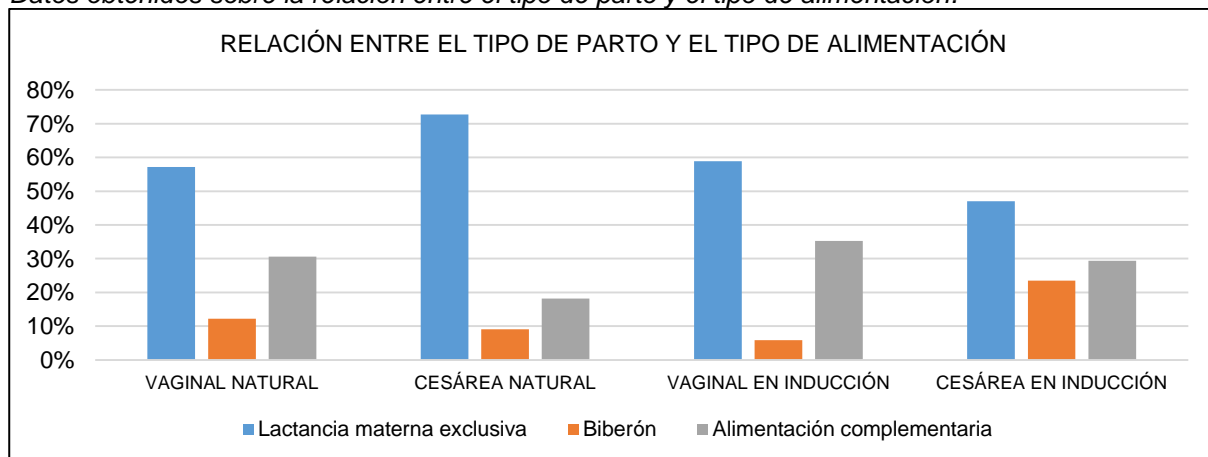
a la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria, haciéndose la relación más significativa en la etapa de 21-24 meses.

Figura 20  
 Información recogida sobre la edad de aparición de las primeras palabras en relación al tipo de alimentación.



Como se observa en la figura 21, en cuanto a la relación entre el tipo de parto y el tipo de alimentación llevada a cabo en los 6 primeros meses, vemos que se ha instaurado en mayor proporción la lactancia materna exclusiva en los nacidos mediante cesárea natural (72,73%). El uso de biberón se hace más evidente en los nacidos mediante cesárea en inducción (23,53%). No se encuentran diferencias significativas entre la lactancia materna exclusiva y el parto vaginal natural o vaginal en inducción, pero sí que disminuye cuando el parto es mediante cesárea en inducción. Respecto a la alimentación complementaria, no se muestran muchas diferencias significativas, aunque esta disminuye ligeramente cuando se trata de un parto mediante cesárea.

Figura 21  
 Datos obtenidos sobre la relación entre el tipo de parto y el tipo de alimentación.

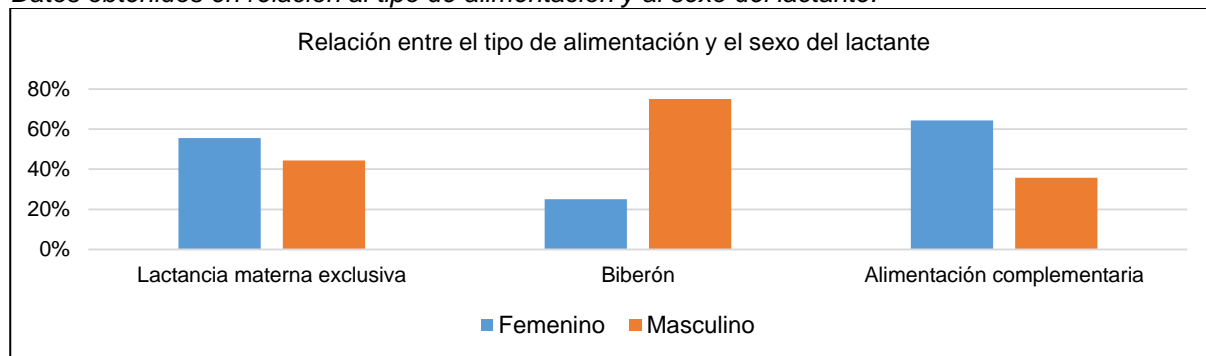


En relación al tipo de alimentación y el sexo del lactante, según se muestra en la figura 22, el 55,56% de los bebés alimentados con lactancia materna exclusiva durante al menos los 6

primeros meses, corresponden con el sexo femenino y el 44,44% con el sexo masculino. El 64,29% de los alimentados mediante alimentación complementaria corresponden con el sexo femenino y el 35,71% con el masculino. De los alimentados con biberón, el 75% corresponde con el sexo masculino y el 25% con el femenino.

Figura 22

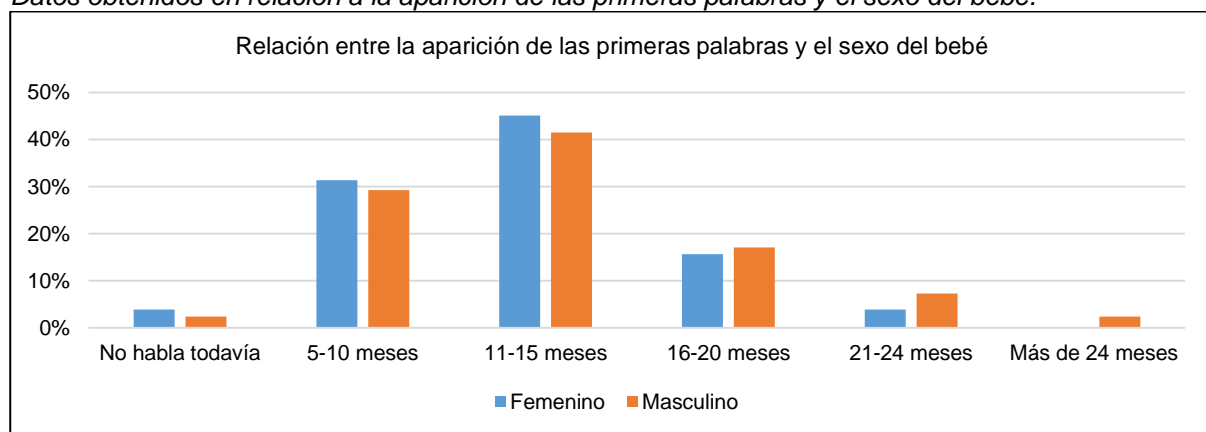
Datos obtenidos en relación al tipo de alimentación y al sexo del lactante.



Respecto a la aparición de las primeras palabras, (ver figura 23), si nos centramos en el sexo femenino, el 45,1% dijo sus primeras palabras entre los 11 y 15 meses, el 31,37% entre los 5 y 10 meses, el 15,69% entre los 16 y 20 meses, el 3,92% de los 21 a 24 meses. Ninguna lactante emitió sus primeras palabras más tarde de los 2 años. El 3,92% indicó que su hija no hablaba todavía. Respecto al sexo masculino, el 41,46% emitió sus primeras palabras entre los 11 y 15 meses, el 29,27% entre los 5 y 10 meses, el 17,1% entre los 16 y 20 meses, el 7,32% entre los 21 y 24 meses, el 2,44% más tarde de los dos años y el 2,44% indicó que todavía no hablaba.

Figura 23

Datos obtenidos en relación a la aparición de las primeras palabras y el sexo del bebé.

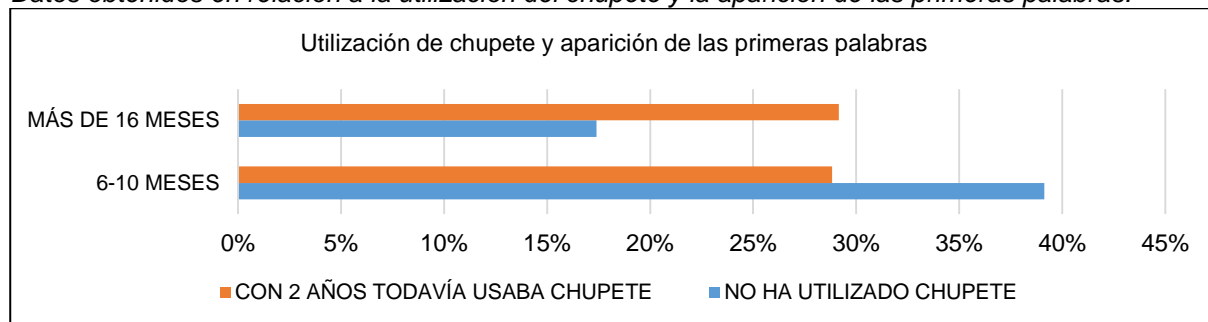


En relación al sexo del bebé y la presencia de alteraciones orofaciales y otros problemas nocivos durante el desarrollo, se obtuvo que de los infantes alimentados con lactancia materna exclusiva, 25 niñas no presentaron problemas, frente a 18 niños. En la alimentación con biberón, de los 5 lactantes que han tenido problemas, todos ellos correspondían con el sexo masculino, y en la alimentación complementaria, encontramos que no han desarrollado problemas 11 niñas frente a 6 niños.

En relación a la utilización de chupete y la aparición de las primeras palabras, como se observa en la figura 24, vemos que de los que no lo utilizaron, a los 6/10 meses, ya emitían palabras el 39,13%, y de los que sí lo usaban, el 28,83%, una diferencia del 10% entre los que lo usaban y los que no. Si nos fijamos en los bebés que empezaron a emitir las primeras palabras con más de 16 meses, corresponden en un 17,39% cuando no utilizaron chupete, y en un 29,16% cuando si lo usaron. Una diferencia de más del 10% también.

Figura 24

Datos obtenidos en relación a la utilización del chupete y la aparición de las primeras palabras.



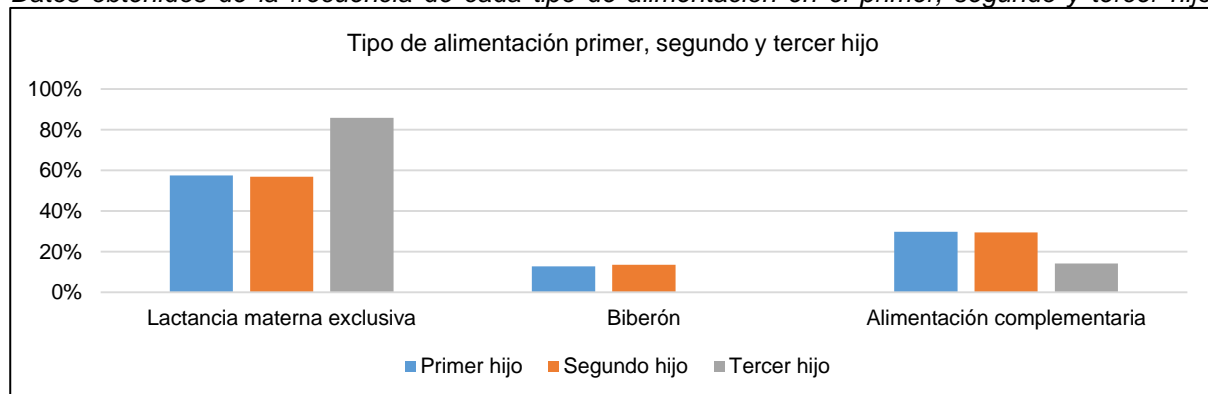
En cuanto a la relación entre el uso del chupete y la presencia de alteraciones orofaciales y otros problemas nocivos durante el desarrollo, se ha obtenido que el uso del chupete por más de 2 años incrementa en un 8% la posibilidad de sufrir estos problemas cuando la alimentación que se da es lactancia materna exclusiva, y en un 4% cuando la alimentación se lleva a cabo con biberón o con alimentación complementaria.

## **B) Relación entre el tipo de alimentación y el número de hijos**

Por último, respecto a la frecuencia del tipo de alimentación en el primer, segundo y tercer hijo, se obtuvo, como se muestra en la figura 25, que la lactancia materna exclusiva aumenta en un 30% en el tercer hijo respecto al primer y segundo hijo. El uso del biberón en el tercer hijo disminuye hasta el 0%, frente a un 13% aproximadamente en el primer y segundo hijo. Respecto a la alimentación complementaria vemos que esta disminuye a la mitad en el tercer hijo (entorno al 30% en primer y segundo hijo, y entorno al 15% en el tercer hijo).

Figura 25

Datos obtenidos de la frecuencia de cada tipo de alimentación en el primer, segundo y tercer hijo.



## 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo al marco teórico realizado y en base a los resultados obtenidos tras el análisis estadístico, se procede a revisar los objetivos propuestos y a verificar las hipótesis planteadas.

Comenzamos haciendo referencia al objetivo general del estudio, *buscando la relación existente entre la alimentación mediante lactancia materna exclusiva en al menos los 6 primeros meses y el desarrollo de hábitos orales del lactante y viendo si existen diferencias con el uso del biberón y la alimentación complementaria*. Este objetivo se ha conseguido a través de la elaboración de objetivos más específicos y mediante el análisis e interpretación de las variables elegidas para elaborar el estudio. Respecto a este objetivo, en el estudio se muestra que el 79,63% de los lactantes alimentados mediante lactancia materna exclusiva no presentaron ninguna alteración en el desarrollo de los hábitos orales, frente al 58,33% en biberón y al 60,71% en alimentación complementaria. Estos datos muestran que la lactancia materna exclusiva previene la aparición de problemas en el desarrollo de los hábitos orales del lactante. Por lo que se cumple el primer objetivo específico, *conocer si la lactancia materna exclusiva previene la aparición de problemas en el desarrollo de los hábitos orales del lactante y su relación con otros tipos de alimentación*, y verificamos la primera hipótesis del estudio. Los datos obtenidos coinciden con lo que expusieron Rondón, Zambrano y Guerra (2012) sobre los beneficios que la lactancia materna aporta en el crecimiento dento-buco-máxilo-facial y en la sincronización de la succión, deglución, respiración, masticación y fonación. Esta idea también la defiende López (2016) quien indica que la lactancia materna permite un crecimiento y desarrollo craneofacial óptimo, favorece una maduración en la función motora oral y previene anomalías dentomaxilofaciales.

En relación al segundo objetivo específico, si nos centramos en la *influencia de la utilización del chupete y la presencia de succión digital en el desarrollo de los hábitos orales y en la aparición de las primeras palabras del lactante*, los resultados del estudio muestran que la utilización del chupete por más de 2 años incrementa en un 8% la probabilidad de sufrir problemas en el desarrollo de los hábitos orales cuando la alimentación que se lleva a cabo es lactancia materna exclusiva, y en un 4% cuando la alimentación es mediante biberón o alimentación complementaria. En relación a la utilización de chupete y la aparición de las primeras palabras, se muestra que hay una vinculación entre ambas variables, siendo el uso del chupete un factor que retrasa la aparición de las primeras palabras, en el estudio se observó una diferencia del 10% entre los que lo utilizaron y los que no. Estos datos coinciden con lo expuesto por Fernández (2021), quien explicó que el uso del chupete podría dar problemas en la dentición y musculatura del bebé, alteraciones en el paladar, respiración oral, afectación del habla y aparición tardía del lenguaje y de la deglución. Como ya se ha indicado en el estudio, no se ha encontrado ninguna relación significativa entre el uso del chupete y el

tipo de alimentación llevado a cabo, aspecto que no coincide con lo expuesto por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en el 2011, quien expuso la fuerte asociación entre el uso del chupete y el abandono precoz de la lactancia.

En cuanto a la presencia de succión digital, solo el 10,6% de los lactantes llevo a cabo este mal hábito, por lo que al ser una muestra tan pequeña no podemos corroborar su relación con el desarrollo de los hábitos orales y la aparición de las primeras palabras. Lo que si se concluye, es que como la mayoría de los lactantes han llevado a cabo una alimentación mediante lactancia materna exclusiva (57,4%), complementaria el 29,8% y biberón solo el 12,8%, los lactantes no han necesitado este mal hábito para satisfacer sus necesidades, ya que se han satisfecho con el pezón. Con esto, confirmamos la segunda hipótesis del estudio en lo que atañe al uso del chupete.

Atendiendo al tercer objetivo específico, que busca *determinar la relación entre el tipo de alimentación llevada a cabo en los 6 primeros meses y las variables: edad materna, edad de aparición de las primeras palabras y el tipo de parto*, los datos obtenidos con el estudio muestran que efectivamente, las madres añosas proporcionan en menor medida lactancia materna exclusiva que las madres más jóvenes, por lo que se verifica la hipótesis 3.1. Algunas de las causas pueden ser, como indicó Zegarra (2014), disminución de la glándula mamaria y aumento del porcentaje de grasa en el pecho. Un estudio realizado por Villanes (2015) también lo constató y expuso que el ser madre añosa era un factor de riesgo de la lactancia materna exclusiva, lo atribuyó a causas como la hiposecreción láctea, trabajo o lesiones en las mamas. En relación a la edad de aparición de las primeras palabras, los datos obtenidos nos permiten verificar la hipótesis 3.2, afirmando que el uso del biberón durante al menos los 6 primeros meses, ha provocado en los lactantes de este estudio, una aparición de las primeras palabras más tardía que los alimentados con lactancia materna exclusiva. Coincide con lo concluye Gittens (2017), quien tras revisar una investigación y revisar la literatura de diversas bases de datos, expone que la lactancia materna tiene un efecto positivo en el desarrollo del lenguaje, estableciendo una relación causal entre duración de la lactancia y el lenguaje receptivo y la inteligencia verbal y no verbal. Novayelinda, Rahmadhani y Hasanah (2019) también defienden esta postura quienes vieron que lactancia materna influía positivamente con la expresión y comprensión del lenguaje.

En relación al tipo de parto, los datos muestran que en el tipo de parto que mayor proporción de lactancia materna exclusiva se ha establecido es en cesárea natural, y en el que menos cesárea en inducción, por lo que probablemente los partos naturales incrementen aunque no sea de forma significativa, la instauración de lactancia materna exclusiva. No podemos verificar la hipótesis 3.3 (los partos naturales favorecerán la instauración de lactancia materna exclusiva), ya que no se han encontrado diferencias significativas en los

partos vaginal natural y vaginal en inducción. Silva et al. (2018) exponen que el parto por cesárea puede constituir un factor de riesgo sobre la instauración de la lactancia materna y que el parto vaginal, podría ser un probable efecto protector. Si lo comparamos con los datos obtenidos en el estudio, no coincide con lo que indican estos autores, ya que en el tipo de parto en el que se ha instaurado mayor proporción de lactancia materna ha sido en cesárea natural, aunque sí disminuyó en el parto mediante cesárea en inducción.

En base al cuarto objetivo específico que consiste en *analizar si existe relación entre el sexo del lactante, el tipo de alimentación en los 6 primeros meses y la aparición de las primeras palabras*, respecto a la alimentación, sí encontramos diferencias respecto al sexo, por lo que rechazamos la hipótesis 4 que expone que no hay diferencias significativas en el tipo de alimentación respecto al sexo, ya que en los resultados se observa que el sexo femenino recibe más lactancia materna exclusiva que el masculino. Esto se hace notable en la alimentación mediante biberón, ya que el 75% corresponde con el sexo masculino. Respecto a la aparición de las primeras palabras, vemos que en el período de 5 a 15 meses hay más niñas que niños que han comenzado a emitir sus primeras palabras, en cambio en el período comprendido entre los 16 meses hasta los 24 meses o más, hay más niños que niñas que comienzan a emitir sus primeras palabras. Por este motivo, aunque se ha rechazado la hipótesis 4 porque la primera parte no se ha cumplido, la segunda parte sí se cumple, el sexo femenino emite sus primeras palabras de forma más precoz que el masculino. Estudios como el de Barbu et al. (2011), muestran estos hallazgos, corroborando que existen diferencias entre ambos sexos en la adquisición del lenguaje. Indican que las diferencias sexuales son el resultado de desarrollos evolutivos y procesos biológicos. La plasticidad cerebral, la naturaleza y la estimulación, juegan también un papel muy importante.

Si nos centramos en el último objetivo específico planteado que pretende *observar si el número de hijos influye en el tipo de alimentación que se instaura*, rechazamos la hipótesis 5 que decía que se instaura en menor proporción lactancia materna exclusiva con el segundo y tercer hijo que con el primero. Los datos obtenidos muestran que no hay diferencias entre el primer y segundo hijo, pero sí con el tercero, ya que esta aumenta en un 30% en el tercero respecto al primer y segundo hijo. En este aspecto pueden interferir múltiples causas sin un patrón característico destacable.

Según Mínguez y Rodríguez (2019), la prevalencia estimada en España de lactancia materna a los 6 meses es de un 49,6%. Si lo comparamos con los resultados del estudio, vemos que a los 6 meses, el 57,4% de las madres proporcionaron lactancia materna exclusiva, y el 29,8% alimentación complementaria, por lo que el 87,2% de las madres que han formado parte del estudio daban el pecho durante los 6 primeros meses, muchas más proporción que la que indicaron estos autores.

Si comparamos las causas de abandono de la lactancia materna obtenidas de las madres de la muestra que han llevado a cabo alimentación complementaria en los 6 primeros meses, con las expuestas por Campiño y Duque (2019), si se observa la tabla 16, vemos como hay diferencias significativas. Las diferencias más notables se dan en los motivos de leche insuficiente, el niño dejó de mamar, incorporación al trabajo, problemas de salud de la madre y por consejo de un profesional sanitario.

Tabla 16

*Datos comparativos sobre los motivos del destete.*

	<b>Campiño y Duque (2019)</b>	<b>Resultados estudio</b>
<b>Leche insuficiente</b>	30%	42,86%
<b>Dejó de mamar</b>	14%	25%
<b>Problemas mamas</b>	3%	3,57%
<b>Nuevo embarazo</b>	3%	0%
<b>Deseo personal</b>	11%	7,14%
<b>Incorporación trabajo</b>	9%	32,14%
<b>Problemas salud bebé</b>	2%	3,57%
<b>Problemas salud madre</b>	0%	7,14%
<b>Consejo profesional sanitario</b>	0%	10,71%

## 5.1. Limitaciones del estudio

Tras concluir esta investigación, se van a presentar las limitaciones que se han encontrado a lo largo de la realización del estudio.

Primeramente, cabe destacar que al ser un cuestionario dirigido a madres de cualquier edad, algunas de las respuestas han podido estar sesgadas por no tener un recuerdo claro. Referente a esto, el programa estadístico elimina y no cuenta como respuestas válidas las respuestas que no se ajustan con la pregunta, así que no ha sido un problema pero si un aspecto a puntualizar.

En segundo lugar, a pesar de tener una muestra de 94 madres, para realizar el análisis de cada tipo de alimentación, hemos tenido una muestra diferente. En lactancia materna exclusiva hemos tenido una muestra de 54 madres, por lo que será la más representativa y la que se ajusta más a la realidad. En alimentación complementaria se ha obtenido una muestra de 28 madres, y en biberón de 12. Por todo esto, los datos obtenidos con la presente investigación no se pueden extrapolar a nivel global. Habría que realizar una investigación con una muestra más representativa.

A pesar de estos aspectos, se considera que los datos obtenidos con la presente investigación son de interés científico.



## 5.2. Líneas futuras de investigación

En relación a lo indicado en el apartado anterior, se indican a continuación algunas de las posibles líneas de investigación sobre las que sería interesante profundizar.

Este estudio corresponde con un primer cribado que muestra que lactancia materna previene problemas en los hábitos orales de los lactantes. El siguiente paso podría ser profundizar más en estos problemas que se dan en los hábitos orales en función del tipo de alimentación, y ver como esto influye de una forma más detallada en patologías del lenguaje y la comunicación. Sería conveniente utilizar pruebas de recogida de datos para conseguir valores que se ajusten más fielmente a la realidad.

También sería de gran interés llevar a cabo una comparación en profundidad de las variables recogidas con el segundo y tercer hijo, y así ver si estas varían y en qué medida respecto al primer hijo. Esto no se ha podido llevar a cabo en este estudio, ya que se ha contado con limitaciones de tiempo y espacio en el trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, M.J., Baena, L., Sánchez, A.M., Guisado, R., Hermoso, E. y Mur, N. (2016). Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño. Revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 33 (2), 482-493. [http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v33n2/46\\_revision3.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v33n2/46_revision3.pdf)
- Barbu, S., Cabanes, G. y Le Maner-Idrissi, G. (2011). Boys and Girls on the Playground: Sex Differences in Social Development Are Not Stable across Early Childhood. *PLOS ONE*, 6 (1), 1-7. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0016407>
- Blázquez, M.J. (2006). Posición, colocación y succión del bebé al pecho. *Revista medicina Naturalista*, (9), 464-470. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1960008.pdf>
- Cabedo, R., Manresa, J.M., Cambredó, M.V., Montero, L., Reyes, A., Gol, R. y Falguera, G. (2019). Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Estudio LACTEM. *Matronas Prof*, 20 (2), 54-61. <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2019/05/54-ORIGINAL-TIPOS-LACTANCIA.pdf>
- Calvo, C. (2009). Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, (15), 1-8. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2745766.pdf>
- Campiño, S.M. y Duque, P.A. (2019). Lactancia materna: factores que propician su abandono. *Arch Med (Manizales)*, 19 (2), 331-341. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273860963013/html/index.html>
- Gittens, K. V. (2017). Lactancia prolongada y desarrollo del lenguaje: una revisión de la literatura. *Revenf*, (32), 1-18. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n32/1409-4568-enfermeria-32-00137.pdf>
- Gutiérrez, A., Barbosa, D., González, R. y Martínez, O. (2001). Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna. *Rev Cubana Enfermer*, 17 (1), 42-46. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v17n1/enf07101.pdf>
- Gutiérrez de Terán, G. (2015). *Factores fisiológicos y sociales que influyen en el éxito de la lactancia materna* [tesis doctoral, Universidad del país Vasco]. [https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/19879/tesis\\_gutierrez%20de%20teran\\_moreno\\_gloria.pdf?sequence=1](https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/19879/tesis_gutierrez%20de%20teran_moreno_gloria.pdf?sequence=1)

- Hernández, E. (2008). Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, (15), 1-6.  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2745761.pdf>
- López, Y.N. (2016). Función motora oral del lactante como estímulo de crecimiento craneofacial. *Revista Javeriana*, 33 (74), 127-139.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5693278#:~:text=Resultados%3A%20una%20adecuada%20funci%C3%B3n%20motora,la%20prevenci%C3%B3n%20de%20anomal%C3%ADas%20dentomaxilofaciales.>
- Menni, R. (2017). *Relación entre el desarrollo de la alimentación y del habla | Red Menni*. Dañocerebral.es. <https://xn--daocerebral-2db.es/publicacion/articulo-relacion-entre-el-desarrollo-de-la-alimentacion-y-del-habla/>
- Mínguez, M.J., Rodríguez, M.B. (2019). Prevalencia de lactancia materna en España. *Revista Enfermería CyL*, 11 (1), 12-15.  
<http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/226>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia.  
<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf>
- Novayellinda, R., Rahmadhani, N. y Hasanah, O. (2019). Does exclusive breastfeeding correlate with infant's early language milestone?. *Enfermería clínica*, 29 (1), 49-51.  
[https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862119300178?casa\\_tok=en=qQAbxwwljYAAAAA:Epk8Em0aMmnf\\_8d4mbPIOmjVMJwQm391wxVisq\\_fO3bk\\_o267oxMHBTZuZWg\\_dwRtePRpCFAixcU](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862119300178?casa_tok=en=qQAbxwwljYAAAAA:Epk8Em0aMmnf_8d4mbPIOmjVMJwQm391wxVisq_fO3bk_o267oxMHBTZuZWg_dwRtePRpCFAixcU)
- Oribe, M., Lertxundi, A., Basterrechea, M., Begiristain, H., Santa Marina, L., Villar, M., Dorronsoro, M., Amiano, P. y Ibarluzea, J. (2015). Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gaceta Sanitaria*, 29 (1), 4-9.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114002143?via%3Dihub>
- Peraza, G. (2000). Lactancia materna; desarrollo infantil; destreza motora; desarrollo de la personalidad. *Rev Cubana Gen Integr*, 16 (4), 402-405.  
<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v16n4/mgi18400.pdf>

- Pérez, J.M., Iribar, M.C., Peinado, J.M., Miranda, M.T. y Campoy, C. (2014). Lactancia materna y desarrollo cognitivo; valoración de la respuesta a la interferencia mediante el “test de los 5 dígitos”. *Nutr Hosp*, 29 (4), 852-857. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v29n4/18originalpediatria05.pdf>
- Pinto, L.F. (2007). Apego y lactancia natural. *Rev Chil Pediatr*, 78 (1), 96-102. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v78s1/art08.pdf>
- Quintero, E.J., Roque, P., Fe de la Mella, S. y Fong, G. (2014). Posiciones correctas y un buen agarre al amamantar: clave del éxito en la lactancia materna. *Revista científica Villa Clara*, 18 (4), 156-162. <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v18n4/mdc03414.pdf>
- Ramiro, M., Ortiz, H., Cañedo-Argüelles, C.A., Esparza, M.J., Cortés, O., Terol, M. y Ordobás, M. (2018). Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *Anales de Pediatría*, 89 (1), 32-43. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403317303144>
- Rius, J.M., Ortuño, J., Rivas, C., Maravall, M., Calzado, M.A., López, A., Aguar, M. y Vento, M. (2014). Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *Anales de Pediatría*, 80 (1), 6-15. [https://www.researchgate.net/publication/260013435\\_Factores\\_asociados\\_al\\_abandono\\_precoz\\_de\\_la\\_lactancia\\_materna\\_en\\_una\\_region\\_del\\_este\\_de\\_Espana](https://www.researchgate.net/publication/260013435_Factores_asociados_al_abandono_precoz_de_la_lactancia_materna_en_una_region_del_este_de_Espana)
- Rodríguez, B. (2021, 29 marzo). Un estudio confirma que las madres vacunadas con Pfizer y Moderna transmiten anticuerpos a sus bebés a través. EL MUNDO. <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2021/03/29/6061c544fc6c832f2b8b466a.html>
- Rondón, R., Zambrano, G. y Guerra, M.E. (2012). Relación de la lactancia materna y el desarrollo Dento-Buco-Máxilo-Facial: Revisión de la literatura latinoamericana. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 1-27. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-19/>
- Shamsedine, L., Mailhac, A., Badaoui, A., El Hakim, R., Kibbi, R., Oueidat, H., Youssef, Y., Boustany, R.M. y Nabulsi, M. (2020). Breastfeeding association with autism spectrum disorders: A case-control study from Lebanon. *Elsevier*, 78, 1-7. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1750946720301410>

- Silva, P., Vargas, N., León, N., Duran, S., Araya, M., Rudman, J. y Muñoz, G. (2018). El tipo de parto, ¿podría condicionar el éxito en la lactancia materna exclusiva?. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 24 (2), 1-8. [https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC\\_2018\\_2\\_1\\_S\\_Duran-Aguero\\_Tipo\\_de\\_parto\\_y\\_lactancia.pdf](https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2018_2_1_S_Duran-Aguero_Tipo_de_parto_y_lactancia.pdf)
- Soke, G.N., Maenner, M., Windham, G., Moody, E., Kaczaniuk, J., DiGuseppi, C. y Schieve, L.A. (2019). Association Between Breastfeeding Initiation and Duration and Autism Spectrum Disorder in Preschool Children Enrolled in the Study to Explore Early Development. *Autism Research*, 1-14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30852853/>
- Tseng, P.T., Chen, Y.W., Stubbs, B., Carvalho, A.F., Whiteley, P., Tang, C.H., Yang, W.C., Chen, T.Y., Li, D.J., Chu, C.S., Yang, W.C., Liang, H.Y., Wu, C.K., Yen, C.F. y Lin, P.Y. (2017). Maternal breastfeeding and autism spectrum disorder in children: A systematic review and meta-analysis. *Nutritional Neuroscience*, 22 (5), 354-362. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1028415X.2017.1388598>
- Vásquez, E.M. (2016). Primer año de vida. Leche humana y sucedáneos de la leche humana. *Gac Med Mex*, 152 (1), 13-21. [https://anmm.org.mx/GMM/2016/s1/GMM\\_152\\_2016\\_S1\\_013-021.pdf](https://anmm.org.mx/GMM/2016/s1/GMM_152_2016_S1_013-021.pdf)
- Vila, R., Soriano, F., Murillo, M., Pérez, M. y Castro, E. (2019). Mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los 3 meses posparto: experiencia en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana. *Atención Primaria*, 51 (2), 91-98. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717304730?via%3Dihub>
- Villanes, K. (2015). *Abandono de la lactancia materna exclusiva en madres jóvenes* [tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/1194/Villanes\\_k.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/1194/Villanes_k.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Zegarra, N.R. (2014). *Madre joven y su repercusión en el abandono de la lactancia materna exclusiva en el Hospital Arzobispo Loayza de abril a junio 2012* [trabajo de investigación post-grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. [http://ateneo.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4446/Zegarra\\_Espinoza\\_N\\_eide\\_Rosario\\_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://ateneo.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4446/Zegarra_Espinoza_N_eide_Rosario_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## ANEXOS

### Anexo 1: Cuestionario alimentación en lactantes y su relación con los hábitos orales.

# La alimentación en lactantes y su relación con los hábitos orales

El siguiente cuestionario forma parte de un Trabajo Fin de Grado de Logopedia sobre la relación de la alimentación y las habilidades orales en bebés e infantes lactantes. Si eres mamá, tu información nos será de gran ayuda para conocer cómo influyen o han influido las formas de alimentación con el desarrollo oromotor de tu hijo o hija. Esta encuesta es totalmente anónima y sólo te llevará unos pocos minutos.

Muchas gracias de antemano por concedernos este tiempo y contribuir al avance del conocimiento.

**\*Obligatorio**

#### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MADRE

1. Nivel educativo \*

- Estudios básicos.
  - Estudios medios.
  - Estudios superiores.
  - Sin estudios.
  - Otro:
- 

2. Profesión \*

---

3. Ingresos anuales del núcleo familiar \*

- 0-15.000€.
- 15.000-25.000€.
- 25.000-35.000€.
- 35.000-45.000€.
- Más de 45.000€.

4. Nacionalidad \*

Española.

Extranjera.

5. ¿Eres fumadora? \*

No.

Si.

Exfumadora.

6. Número de hijos \*

Uno.

Dos.

Tres o más.

### UN HIJO

7. Edad a la que fuiste madre \*

---

8. Tipo de parto \*

Vaginal natural.

Cesárea natural.

Vaginal en inducción.

Cesárea en inducción.

9. Sexo del bebé \*

Femenino.

Masculino.

10. ¿Con cuántas semanas nació tu hijo/a? \*

---

11. Peso del bebé al nacimiento \*

---

12. ¿El pequeño necesitó ingreso hospitalario al nacer? \*

NO.

SI.

### INFORMACIÓN INGRESO HOSPITALARIO

13. ¿Cuánto tiempo estuvo ingresado/a? \*

---

14. ¿Estuvo en una UCI neonatal? \*

SI.

NO.

15. ¿Por qué razón necesitó ser ingresado/a? \*

---



INFORMACIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN

16. Antes de dar a luz, ¿tenías claro la forma en la que ibas a alimentar a tu hijo/a? \*

- NO.
- SI, tenía claro que le quería dar el pecho.
- SI, tenía claro que no le quería dar el pecho.

17. ¿Acudiste a clases prenatales o talleres de lactancia tras el parto? \*

- SI.
- NO.

18. ¿Recibiste información de algún especialista sobre lactancia materna? \*

- SI.
- NO.

19. ¿Conocías los beneficios que tiene la lactancia materna? \*

- SI.
- NO.

20. A los 2 años, ¿seguiste dando el pecho? \*

- SI.
- NO.

DESARROLLO Y HÁBITOS

21. ¿A que edad empezó a decir sus primeras palabras? \*

---

22. ¿Utilizó chupete? \*

- NO.
- SI, con 2 años ya no usaba chupete.
- SI, con 2 años seguía usando chupete.

23. ¿Su hijo/a se succionaba el dedo? \*

- SI.
- NO.

24. ¿Qué tipo de alimentación tuvo durante los 6 primeros meses? \*

- Le di el pecho. Lactancia materna exclusiva.
- Le di biberón.
- Alimentación complementaria. Le di el pecho y biberón.

ALIMENTACIÓN-LACTANCIA MATERNA

25. ¿Cuántos meses le diste el pecho? \*

---

26. Durante esos meses en los que le diste el pecho, ¿únicamente le diste el pecho, o también recibió leche de fórmula? \*

- Solo le di el pecho.
- Le di el pecho y también biberón con leche de fórmula.

27. ¿Por qué le dejaste de dar el pecho? \*

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Leche insuficiente.
- Incorporación al trabajo.
- El niño dejó de mamar.
- Problemas en las mamas.
- Tuve problemas de salud.
- Mi hijo/a tuvo problemas de salud.
- Nuevo embarazo.
- Por consejo/indicación de un profesional sanitario.
- Otro: \_\_\_\_\_

28. HÁBITOS ORALES: ¿Ha manifestado o manifestó su hijo/a alguno de estos problemas durante su desarrollo? \*

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Apiñamiento de dientes.
- Caries.
- Alteraciones en la mordida (mordida abierta, mordida cruzada...).
- Problemas mandibulares.
- Problemas para tragar.
- Problemas para respirar por la nariz. Respiraba por la boca.
- Infecciones u otitis de oído.
- Paladar ojival (estrecho y abovedado en el centro).
- Problemas para pronunciar algún sonido.
- No ha tenido ningún problema.

## BIBERÓN

29. ¿Por qué decidiste usar biberón? \*

---

30. ¿Hasta que edad le diste biberón? \*

---

31. La leche utilizada con el biberón... \*

- Era leche materna, extraída con sacaleches.
- Era leche de fórmula.

32. HÁBITOS ORALES: ¿Ha manifestado o manifestó su hijo/a alguno de estos problemas durante su desarrollo? \*

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Apiñamiento de dientes.
- Caries.
- Alteraciones en la mordida (mordida abierta, mordida cruzada...).
- Problemas mandibulares.
- Problemas para tragar.
- Problemas para respirar por la nariz. Respiraba por la boca.
- Infecciones u otitis de oído.
- Paladar ojival (estrecho y abovedado en el centro).
- Problemas para pronunciar algún sonido.
- No ha tenido ningún problema.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

33. ¿Cuántos meses le diste el pecho? \*

---

34. ¿Por qué le dejaste de dar el pecho? \*

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Leche insuficiente.
- Incorporación al trabajo.
- El niño dejó de mamar.
- Problemas en las mamas.
- Tuve problemas de salud.
- Mi hijo/a tuvo problemas de salud.
- Nuevo embarazo.
- Por consejo/indicación de un profesional sanitario.
- Otro: \_\_\_\_\_

35. ¿Por qué decidiste usar biberón? \*

---

36. ¿Hasta que edad le diste biberón? \*

---

37. La leche utilizada con el biberón... \*

- Era leche materna, extraída con sacaleches.
- Era leche de fórmula.

38. HÁBITOS ORALES: ¿Ha manifestado o manifestó su hijo/a alguno de estos problemas durante su desarrollo? \*

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Apiñamiento de dientes.
- Caries.
- Alteraciones en la mordida (mordida abierta, mordida cruzada...).
- Problemas mandibulares.
- Problemas para tragar.
- Problemas para respirar por la nariz. Respiraba por la boca.
- Infecciones u otitis de oído.
- Paladar ojival (estrecho y abovedado en el centro).
- Problemas para pronunciar algún sonido.
- No ha tenido ningún problema.

Ver cuestionario completo en:

[https://drive.google.com/file/d/1IcU53H8XFAIPxjJOoB1\\_i4TesT2tsr0r/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1IcU53H8XFAIPxjJOoB1_i4TesT2tsr0r/view?usp=sharing)