



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

**TESIS PARA OPTAR POR EL TITULO
PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
TECNOLOGIA MÉDICA, ESPECIALIDAD TERAPIA
DE AUDICIÓN, VOZ Y LENGUAJE**

TÍTULO:

**ALTERACIONES DE LA PRODUCCIÓN DEL HABLA POR
TRASTORNO FONÉTICO Y TIPO DE ALIMENTACIÓN ENTERAL
EN NIÑOS DE 5 AÑOS EN DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE
NIVEL INICIAL**

ALUMNO(S):

JANAMPA LANDEO, LISBETH EBELIN

VELIZ MORENO, PATRICIA EVANALUP

WALDE CISNEROS, TANIA KARINA

ASESOR(ES):

ROJAS VILCA, JOSÉ LUIS

JARA PINO, RENZO

2018

Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Material y Métodos.....	8
Resultados.....	10
Discusión.....	11
Referencias Bibliográficas.....	14
Tablas, gráficos y figuras.....	18

1. RESUMEN

Objetivo: Describir las alteraciones de la producción del habla según el tipo de alimentación enteral recibida en niños de 5 años durante los seis primeros meses de vida, de dos Instituciones Educativas Nacionales del Nivel Inicial.

Material y métodos: Estudio transversal observacional descriptivo, realizado mediante una encuesta a 122 padres para evaluar el tipo y tiempo de alimentación durante el primer año de vida de sus hijos. En los niños se evaluó la producción del habla utilizando la Prueba de Lenguaje Oral Navarra (PLON –R)

Resultados: El 58.4% de los niños evaluados presentaron algún trastorno fonético 52.2% por sustitución, 22.1% por omisión, 6.2% por adición y 10.6% por distorsión, presentando varios de ellos más de una alteración. El 53,2% de niños que recibieron lactancia materna exclusiva (LME) y el 61,2% que recibió biberón, presentaron trastornos de lenguaje en el habla, aunque sin diferencia estadísticamente significativa (χ^2 0.90, $p=0,34$).

Conclusión: En la población estudiada existe una alta frecuencia de alteraciones fonéticas en todos los tipos, a predominio por sustitución, sin diferencia según lactancia materna exclusiva o uso de biberón.

SUMMARY

Objective: Describe alterations of the production speech according to the type of enteral feeding received in children of 5 years during the first six months of life, of two Educational Institutions of Initial Level.

Material and methods: Descriptive observational cross-sectional study, carried out through a survey of 121 parents to evaluate the type and time of feeding during the first

year of life of their children. In children, the speech production was evaluated using the Navarra Oral Language Test (PLON -R)

Results: Fifty eight point four percent of the children evaluated had a speech language disorder, 52.2% by substitution, 22.1% by default, 6.2% by addition and 10.6% by distortion. Several of them had more than one alteration, 53.2% of children who received exclusive breastfeeding (LME) and 61.2% who received a bottle-feeding presented speech disorders, but isn't a statistically significant difference (χ^2 0.90, $p = 0.34$).

Conclusion: In the studied population there is a high frequency of phonetic alterations of all the types, predominantly by substitution, without a significant difference in the exclusive breastfeeding or use of a bottle- feeding.

Palabras claves: Sistema Estomatognático, Trastornos Fonéticos, Biberones, Lactancia Materna.

Keywords: Stomatognathic system, Phonetic Disorders, Nursing Bottles, Breast *Feeding*

INTRODUCCIÓN

El desarrollo intrauterino es una de las etapas con mayor actividad en el desarrollo de los seres vivos, en la cual surge el desarrollo del sistema estomatognático, entre las semanas 13 y 30 de gestación. Las funciones primitivas de este sistema (succión, deglución y masticación), son vitales para la sobrevivencia del bebé^{1, 2}.

La succión en la vida intrauterina, se inicia en la semana 13 de gestación y es común observarla durante el examen de ecografía (ultrasonido) en el segundo trimestre de gestación³. La succión es una función compleja que involucra a las estructuras del sistema estomatognático, siendo la primera función ortopédica del sistema² que promueve el

desarrollo neuromotor; es esencial para preparar las habilidades necesarias para el cambio de alimentación y el desarrollo del habla.

Al término de la gestación, el niño presenta funciones estomatognáticas maduras y vitales para iniciar las funciones de respiración y alimentación, las cuales deben estar coordinadas para comenzar la lactancia. Si el feto nace pre término y presenta dificultades en la alimentación, muchas veces se opta por la *alimentación parenteral* por vía intravenosa, permitiendo la ingesta de nutrientes que van a contribuir en el crecimiento y desarrollo del recién nacido⁴. Los nacidos entre la semana 38 y 40 de gestación presentarán una adecuada coordinación de las funciones estomatognáticas (succión, respiración y deglución), lo cual es esencial para la *alimentación enteral*. Esta última, se basa en la ingesta de alimento por vía oral: pezón, biberón o mixta⁵.

Si el niño no presenta ninguna dificultad neuronal o estructural y logra una adecuada alimentación por el pezón de la madre¹, teniendo una alimentación exclusiva de leche materna (LME) durante el primer año de vida establecerá un adecuado patrón de la respiración y una postura correcta de la lengua, por ende, un adecuado y equilibrado fortalecimiento de la musculatura orofacial^{1,2}.

El mecanismo de succión se realiza al cerrar los labios sobre el pezón produciéndose un cierre hermético, la mandíbula desciende y permite crear un vacío entre el paladar blando y la parte posterior de la lengua. Para extraer la leche, la mandíbula realiza movimientos antero-posteriores, lo que favorece a la morfogénesis de la articulación temporomandibular. Las articulaciones temporomandibulares realizan movimientos de protrusión y retracción y con ello se estimula la cadena muscular de la masticación. Esta acción produce un adecuado crecimiento craneofacial y mandibular, produciendo el

equilibrio entre la musculatura intra y extra oral, el cual ayuda en la movilidad de la lengua, la erupción de los dientes y evita las mal oclusiones^{6,7,8}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la ingesta de leche materna exclusiva durante los primeros seis meses⁹. El Ministerio de Salud (MINSA) recomienda evitar el uso de biberón en los primeros seis meses para evitar trastornos en el habla y alteraciones en la oclusión dentaria cuando el niño crezca¹⁰.

La Encuestas de Demografía y Salud realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el 2004-2005, encontró que el tiempo promedio de la lactancia exclusiva fue de 4,6 meses, siendo mayor en hombres (4,7 meses) que en mujeres (4,5 meses)¹¹. Estos resultados se deben a diversos motivos, entre los cuales destacan la poca información, barreras socioculturales, prácticas nocivas en los servicios de salud⁸. En dichos casos, las madres optan por la alimentación por biberón (LB).

La estimulación que se da por este tipo de alimentación, lactancia por biberón (LB), no permite una adecuada maduración del sistema estomatognático, porque al tener a la tetina entre el paladar y la lengua restringe la movilidad de esta última, dificultando los movimientos antero-posteriores, los labios no están herméticamente cerrados y no habrá una presión adecuada de las mejillas¹².

La alimentación por biberón prolongada puede producir alteraciones de mal oclusión¹³, paladar ojival y bajo tono muscular que se pueden observar en investigaciones como las de *Planas, (1987), Stefanelli (1987), Carrero (1988), Garliner (1991)*. *El amantamiento es responsable de la maduración de los músculos de la masticación. Los movimientos de estos músculos, aunque limitados en el recién nacido, van a madurar por medio de la lactancia natural o de pecho. Otro tipo de alimentación que no sea natural, tendrá el riesgo de producir una lesión de crecimiento y desarrollo en el área dento facial*⁷.

En el estudio de Blanco L y Rodríguez S., el 58% de los niños tuvieron lactancia materna por 6 meses o más. Así mismo, los niños que tuvieron lactancia materna por un periodo menor de 6 meses presentaron de 3 a 15 veces el riesgo de presentar mal oclusiones dentarias comparados con los que tuvieron lactancia materna por mayor tiempo¹⁴.

Mendoza A. y col. hallaron que la alimentación con biberón conlleva a una probabilidad de desarrollar mal oclusión del 18.2 % frente a niños que no fueron alimentados de esta manera¹⁵.

Las alteraciones orgánicas del sistema estomatognático pueden ocurrir en la etapa embrionaria, el nacimiento o la lactancia; debido a los hábitos deletéreos o parafuncionales intra orales¹⁶ o durante la adquisición del lenguaje. Estos hábitos pueden ser: succión labial, succión digital, succión de objetos o uso de chupón, produciendo alteración de la cavidad oral y afectando la producción del habla¹⁷.

Estos hábitos de succión no nutritiva representan un 24.57% más de riesgo para desarrollar mal oclusión¹⁵. Los resultados de Barbosa C. y colaboradores sugieren que el uso extendido de la succión fuera de la lactancia puede tener efectos perjudiciales sobre el desarrollo del lenguaje en los niños pequeños¹⁸.

Para lograr una adecuada emisión de palabras es necesaria la integración de los músculos estomatognáticos, pues los movimientos de la lengua, de los labios, de los músculos de la faringe y del velo del paladar están involucrados en una adecuada pronunciación¹⁸. Por ejemplo, el fonema /l/ se adquiere a los tres años y medio, su modo articulatorio es lateral y su punto articulatorio es alveolar; por ende, es necesaria la elevación del ápice lingual hacia los alveolos dentarios para la emisión de este fonema^{19,16}.

El objetivo del estudio fue describir las alteraciones de la producción del habla por trastorno fonético en niños de 5 años en dos instituciones educativas nacionales del nivel inicial, según el tipo de alimentación enteral recibida en los 6 primeros meses de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, cuya población estuvo conformada por estudiantes de 5 años de edad provenientes de dos instituciones educativas nacionales del nivel inicial en la Provincia Constitucional del Callao.

El tamaño de la muestra fue calculado en el programa STATA con un 95% de nivel de confianza, una precisión de 0.04, una proporción de una de las variables de estudio que en este caso tomamos el 9% de trastornos de lenguaje, y con una probable pérdida de cerca del 30%. Es así que el tamaño de muestra nos sale 160, sin embargo, tuvimos una pérdida por no aceptación de 30% llegando nuestra muestra a 113 participantes.

En los criterios de inclusión se consideró consideraron todos los niños estudiantes del nivel inicial que tengan entre 5 años y 5 años y 11 meses, a los niños que hayan recibido alimentación enteral durante el primer año de vida, se contó con los niños cuyos padres hayan entregado su ficha de encuesta, se consideró a todos los niños inscritos durante el año de evaluación. Se excluyó a los niños que recibieron alimentación parenteral durante el primer año de vida o succión nutritiva por medio de jeringa, a los niños con alteraciones del habla en los procesos cognitivos, niños de alto riesgo pre y post natal, aquellos que presentaban alteraciones orgánicas en el sistema estomatognático, aquellos que no asistieron a clases durante el año, a todos los niños cuyos padres no entregaron su ficha de encuesta.

Las variables consideradas en esta investigación fueron las alteraciones en la producción del habla, que son aquellas que afectan los patrones de pronunciación en el aspecto motor

del lenguaje; el tipo de alimentación enteral (consideramos la succión de pezón, succión por biberón y succión mixta) y el tiempo de succión durante el primer año de vida.

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y las instituciones educativas, se coordinó con cada docente de aula las reuniones con los padres de familia, en las cuales se les informó del estudio y se solicitó su consentimiento para la participación de sus hijos en esta investigación.

Una vez seleccionados a los participantes del estudio, se les entregó un cuestionario de auto aplicación a los padres explorando el tipo de succión que tuvieron sus hijos durante su primer año de vida. Luego se realizó la evaluación en un ambiente adecuado de cada institución, se aplicó la Prueba de Lenguaje Oral Navarra Revisada (PLON-R). Esta prueba fue elaborada por Aguinaga G., Armentia ML, Fraile A, Olangua P, Uriz N y col (2005). Fue adaptada en nuestro medio por Basurto A. y Dioses A. en el 2005. La prueba evalúa 33 sonidos del habla, 3 sonidos más que la evaluación de Melgar (Test del habla) además que ésta última no ha sido estandarizada para su aplicación en el Perú.

La realización de esta prueba es de forma individual con una duración de entre 10 y 12 minutos, dirigida a niños de 3 a 6 años. El instrumento permite realizar una detección rápida del desarrollo del lenguaje oral evaluando la forma, contenido y uso del lenguaje; para efectos de esta investigación sólo se evaluó la forma, el apartado de Fonología.

El componente de forma, contiene la sintaxis, la morfología, fonología, siendo los componentes que enlazan los sonidos con símbolos en un orden determinado. La prueba de Fonología consiste en averiguar si el niño imita correctamente los fonemas que corresponden a su edad, mediante imitación diferida. Para ello, se le nombran las imágenes de cada fonema ("Mira voy a enseñarte las fotos de 'tren' y 'letras' ") e inmediatamente después se le enseña la imagen de 'tren' y se le pregunta: ¿"Qué es esto?"

En el apartado de forma (Fonología), se evalúan 13 fonemas (21 estímulos) en la edad de 3 años, 12 fonemas (23 estímulos) en la edad de 4 años y 8 fonemas (12 estímulos) en la edad de 5 años todas ellas en posición inicial y media, haciendo un total de 33 fonemas (56 estímulos) o sonidos evaluados a la edad de 5 años.

Los resultados de la prueba se entregaron de manera personalizada a los padres al finalizar el estudio.

RESULTADOS

Se invitó a participar en el estudio a los 160 niños de dos instituciones educativas nacionales, de quienes 122 cumplieron con los criterios de inclusión. Se excluyeron a 9 por el antecedente de haber recibido terapia de lenguaje, siendo el tamaño final de 113 niños en el estudio. El 44.3% de los participantes fue de sexo femenino y 55.7% masculino, la edad tuvo distribución no normal, mediana en 67 meses, valor mínimo en 53 meses y máximo en 75 meses con rango intercuartílico de 61 a 73 meses.

En los primeros 6 meses de edad, los niños fueron alimentados vía enteral, el 96,5% recibió lactancia materna (68,2% LME y 28.3% Lactancia materna mixta (LMM)), 31,9% usó biberón (3,5% de manera exclusiva) (Gráfico 1); entre los 6 y 12 meses de edad, el 90.3% recibió lactancia materna (44.3% LME y 46% LMM), el 52,2% usó biberón (6,2% biberón exclusivamente) y el 3.5% no recibió ni lactancia materna ni biberón (Gráfico 2).

El 58.4% de los niños evaluados presentaron algún trastorno fonético, 52.2% por sustitución, 22.1% por omisión, 6.2% por adición y 10.6% por distorsión, presentando varios de ellos más de una alteración. El 54.6% de niños que recibió LME en los primeros 6 meses de vida y el 66.7% que no la recibió, presentaron alguna alteración fonética, diferencia que no fue estadísticamente significativa (χ^2 1.48, $p > 0,05$) (TABLA 1). En los

niños que recibieron LME hasta los 6 meses, solo hubo diferencia estadísticamente significativa en la alteración fonética por adición (Prueba exacta de Fisher 9.97, $p < 0,01$)

Entre los 6 y 12 meses de edad, la frecuencia de trastornos en el habla fue mayor en el grupo que usó biberón que en el que tuvo lactancia materna exclusiva, aunque sin diferencia estadísticamente significativa (TABLA 2); igualmente, la alteración fonética por adición fue más frecuente en el grupo que usó biberón que en el que recibió LME, aunque sin diferencia estadísticamente significativo ($\chi^2 = 3,36$, $0,05 < p = 0,06$).

El 53,2% de niños que recibieron LME y el 61,2% que recibió biberón, presentaron trastornos de lenguaje en el habla, aunque sin diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 = 0,90$, $p = 0,34$); igualmente, todos los tipos de alteraciones fonéticas fueron más frecuentes en el grupo que usó biberón que en el que recibió LME (TABLA 3). El 72,2% que usó chupón presentó problemas en el habla y el 55,8% de quienes no lo hicieron, sin diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 = 1,68$, $p = 0,195$). (TABLA 4)

El 62,0% de niños desarrolló hábitos deletéreos o parafuncionales hasta el año de edad (uso de chupón, succión digital, succión labial, de lápices y otros objetos), y no hubo diferencia significativa para el trastorno del habla; sin embargo, sí se encontró en las alteraciones fonéticas por adición (Prueba exacta de Fisher = 0.043, $p < 0,01$) y por distorsión (Prueba exacta de Fisher = 0.028, $p < 0,01$). (TABLA 5)

DISCUSIÓN

El alto porcentaje (58,4%) de niños encontrados con alteraciones en la producción del habla por trastorno fonético es mayor a lo reportado en México por Taboada²⁰ (42,0%) y Ramos¹⁹ (40,2%), así como Maldonado²¹ en Ecuador (alrededor del 22,5%) y Rodríguez²² en Cuba (40%). Nuestros resultados coinciden con los estudios previos en mostrar alteraciones en la producción del habla en niños menores de 6 años, lo cual coincide con

los problemas en lectoescritura y aprendizaje reportados en nuestro país. En nuestro país, Huasco²³ encontró en Lima 53% de niños con alteraciones en la producción del habla en niños de 5 años y medio y 6 años y medio; Huaycuch²⁴ en Cajamarca encontró 85% en niños entre 4 y 6 años; estas investigaciones no compararon estos resultados con el tipo de alimentación recibida durante el primer año de vida.

Las alteraciones en la producción del habla por sustitución fueron en 54,5% de niños, mucho mayor en comparación con el 26% de lo encontrado por Huasco²³ y 29% de Huaycuch²⁴; sin embargo, el 27,3% encontrado por omisión, está por debajo del 40% reportado por Huasco y por encima del 13% reportado por Huaycuch; el 15.2% encontrado por distorsión es inferior al 60% encontrado por Huasco; ningún estudio menciona datos previos sobre alteraciones por adición. Al comparar estos estudios realizados en nuestro país (Perù) nos permite realizar otros estudios sobre la alteración en la habla y el tipo alimentación, ya que obtuvimos mayor porcentaje de alteraciones fonéticas en estudios realizados en Lima que en provincias, siendo este contradictorio puesto que en provincias presentan diversos tipo de dialectos, que producen alteración en la producción de algunos fonemas. Viendo estas diferencias, nos permite como profesionales de esta área realizar una prueba estandarizada para nuestro tipo de dialecto, nuestras costumbres y nuestro nivel educativo, que valore el nivel de lenguaje en nuestro país.

En la población hay alta frecuencia de alteraciones fonéticas, con mayor frecuencia en el grupo que usa biberón o tuvieron hábitos deletéreos y menor frecuencia en el grupo que tuvo LME. Si bien en nuestro estudio solo hemos encontrado asociación estadísticamente significativa en LME y menor frecuencia de alteraciones fonéticas por adición, existe una tendencia similar en los demás tipos de alteraciones fonéticas; asimismo, mayor frecuencia en el grupo que usa biberón o tuvo hábitos deletéreos y menor frecuencia en el grupo que tuvo LME. Esto guarda relación con los estudios que señalan que la succión de

la LME contribuye a la maduración normotónica del sistema estomatognático^{1,2}, que al ser 8 veces mayor que en la LMB⁶, es ideal para evitar maloclusiones^{8,25,26,27}. Aunque en nuestros resultados no hay diferencia para los trastornos de la articulación del habla entre el recibir LME o el uso de biberón, Dee y col²⁸ señalan que ocurre menos alteraciones de la producción del habla en quienes recibieron una LME y Barbosa y col¹⁸ reportaron mayor frecuencia de dislalias en niños que usaban biberón; así esto estaría asociado a que si la integridad anatómica funcional del sistema estomatognático se altera, puede haber una maloclusión dental (frenillo corto, mordidas cruzadas, resalte aumentado)^{29,30, 31}, produciendo inadecuada articulación probablemente asociado a compensaciones fisiológicas. La lactancia materna exclusiva es funcional y dinámica, siendo esencial para la maduración de las estructuras orofaciales en la iniciación del proceso lingüístico articulado.

Entre las limitaciones del estudio tenemos no haber evaluado cada estructura del sistema estomatognático; el tipo de alimentación después del 1 año de vida influye en el reforzamiento del sistema estomatognático; tampoco tenemos medidas del nivel socioeconómico, donde el nivel alto puede tener mayor vocabulario que el bajo. Un posible sesgo a considerar es que las alteraciones encontradas pueden corresponder a alteraciones fonológicas, como lo plantea Pavez³², ante una significativa eliminación de procesos de simplificación fonológica en la emisión de palabras. Finalmente, es preciso tener en cuenta si el niño presenta algún problema de audición ya que puede afectar en la prueba.

En conclusión, en la población estudiada existe una alta frecuencia de alteraciones fonéticas en todos los tipos, a predominio por sustitución, sin diferencia según lactancia materna exclusiva o uso de biberón. Se recomienda realizar nuevos estudios de seguimiento, que permitan evaluar el riesgo de alteraciones del habla según el tipo de

alimentación oral en los primeros 6 meses de vida, en una población más grande y según uso de biberón o hábitos deletéreos.

Referencias Bibliográficas

1. Paz M. Lactancia materna y su contribución al adecuado desarrollo del sistema estomatognático y sus funciones. *Revista Signos Fónicos*. 2015. Vol.1, pp.1-2. Disponible en: http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/CDH/article/view/1698
2. Villanueva P, Palomino H. Motricidad orofacial fundamentos anatomofisiológicos y evolutivos para la evolución clínica. Santiago de Chile. 2011. Vol. 1. Pp.54-65.
3. Durán A, Rodríguez M, De la Teja A, Zebadúa M. Succión, deglución, masticación y sentido del gusto prenatales. Desarrollo sensorial temprano de la boca. *Acta Pediátrica de México*. 2012 Vol.33 (3), pp.137-141. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2012/apm123g.pdf>
4. Llanos A, Mena P. Tendencias actuales en la nutrición del recién nacido prematuro. *Revista chilena pediátrica*. 2004. Vol.75, n.2, pp.107-121. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062004000200002>
5. Costas M, Santos S, Godoy C, Martell M. Patrones de succión en el recién nacido de término y pretérmino. *Revista chilena pediátrica*. 2006. Vol.77, n.2, pp.198-212. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062006000200014>.
6. Moral A, Bolívar I, Seguranyes G, Ustrell, J, Sebastián G, Martínez C, Ríos, J. Mecánica de la succión: comparación entre la lactancia artificial y la lactancia materna. *Matronas Profesión*. 2011. Vol.12 (1), pp.9-17. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/15846/173/mecanica-de-la-succion-comparacion-entre-la-lactancia-artificial-y-la-lactancia-materna>
7. Sardina M, Casas J. Anomalías de la oclusión dentaria asociadas a la disfunción temporomandibular. *Revista Médica Electrónica*. 2010 Vol.32 (3), pp. 1-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000300006
8. Carrillo C. Influencia de la lactancia materna y artificial en el crecimiento mandibular en neonatos. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología., 2008.
9. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Lactancia materna. [Consultado 10 Feb. 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

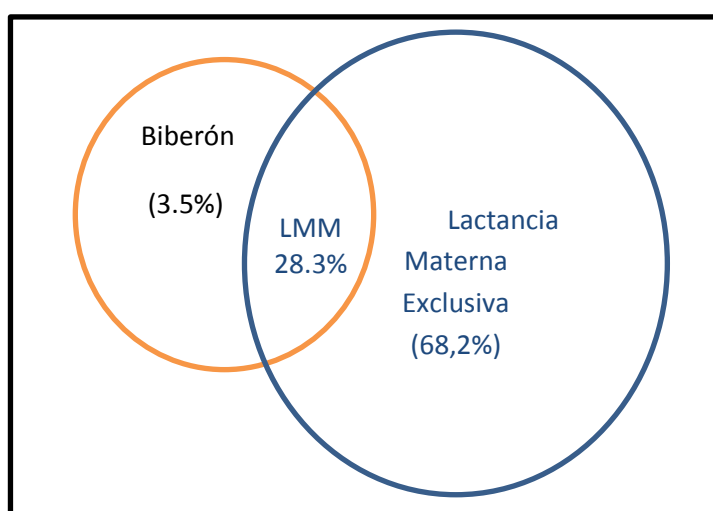
10. Ministerio de Salud [Internet]. Somos lecheros. [Consultado 10 Feb. 2014] Disponible en : <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/lactancia/index.asp>
11. Céspedes R. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continua 2004-2005. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). 2016 Disponible en: http://proyectos.inei.gob.pe/endes/recursos/endes2004-05_informe.pdf
12. Rutz A, Cerecedo A. Síndrome del respirador bucal. Aproximación teórica y observación experimental. 2002 Cuadernos de Audición y Lenguaje, nº3, sección A. pp.13-56 Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/sindrome_de_respirador_bucal.pdf
13. Karjalainen S, Rönning O, Lapinleimu H, Simell O. Association between early weaning, non-nutritive sucking habits and occlusal anomalies in 3-year-old Finnish children. International Journal of Paediatric Dentistry. 1999. Vol. 9(3), pp.169-173. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/12501531_Association_between_early_weaning_non-nutritive_sucking_habits_and_occlusal_anomalies_in_3-year-old_Finnish_Children.
14. Blanco L, Guerra E, Rodríguez S. Lactancia materna y maloclusiones dentales en preescolares de la gran Caracas. Acta odontológica venezolana. 2007. Vol.45, n.2, pp. 221-224. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652007000200017
15. Mendoza A, Asbún P, Crespo A, Gonzales S, Patiño S. Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental. Rev. bol. ped. v.47 n.1 La paz ene. 2008. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1024-06752008000100002&script=sci_arttext&tlng=es
16. Zambrana N, Dalva L. Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacial. Tratamiento precoz y preventivo. Terapia Miofuncional. Barcelona: Masson 1998. Cap. 6 y Cap 7, pp.37-96.
17. Henríquez M, Palma C, Ahumada D. Lactancia materna y salud oral. Revisión de la literatura. Odontológica Pediátrica (Madrid). 2010. Vol. 18. (2), pp. 140-152. Disponible en: <http://clincasden.es/wp-content/uploads/2010/12/Lactancia-y-salud-oral.pdf>
18. Barbosa C, Vásquez S, Parada M, González J, Jackson C, Yáñez N, Gelaye B, Fitzpatrick A. The relationship of bottle feeding and other sucking behaviors with speech disorder in Patagonian preschoolers. BMC Pediatrics. 2009. Vol.9 (1), pp.1-8.
19. Ramos R, García Z, Hernández J, Ramírez J, Ruiz E. Alteraciones de habla y lenguaje en preescolares. España: VI Congreso Internacional de Psicología y Educación. 2011.

20. Taboada A, Torres Z, Cazares M, Orozco C, Prevalencia de maloclusiones y trastornos del habla en una población preescolar del oriente de la ciudad de Mexico. Bol Med Hosp Infant Mex. 2011; 68(6): pp. 425-430.
21. Maldonado S, Ochoa L, Vanegas S. Evaluación e intervención logopedia en niños y niñas de primero a tercer año de educación básica, unidades educativas “MANUELA CAÑIZARES”, “IGNACIO ESCANDON” Y “FE Y ALEGRIA”, Cuenca; Noviembre del 2009 – Mayo 2010. Ecuador Tesis para optar el grado de licenciada en fonoaudiología. Universidad de Cuenca, 2010. 20
22. Rodríguez N, Regal N, Correa B, Suárez R. Anomalías de la oclusión y trastornos en la articulación de la palabra. Revista Cubana Ortodoncia. 2000. Vol. 15(2), pp.86-93. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15_2_00/ord08200.pdf
23. Huasco L, Ramirez M, Virto J. Características en la producción del habla en niños y niñas de 5 años y 6 meses a 6 años y 6 meses pertenecientes a la institución educativa Fe y Alegría N°2 – Condevilla SMP- Ugel 02 [tesis magister]. Lima; Pontificia Universidad Católica del Perú; 2015.
24. Huaycuch E. Estilos de crianza y desarrollo de dislalia funcional en niños de 4 a 6 años de la institución educativa Arco Iris. [tesis bachiller]. Cajamarca; Universidad Alas Peruanas; 2016.
25. Carrasco M, Villena R. Lactancia materna y hábitos de succión nutritivos y no nutritivos en niños de 0-71 meses de comunidades urbano marginales del cono norte de Lima. Revista Estomatológica Herediana. 2014. Vol. 19(2), pp.1-8
26. Susanibar F, Marchesan I, Parra D, Dioses A. Tratado de evaluación de motricidad orofacial. Madrid: Editorial EOS. 2014. pp.456-457.
27. Mora C, López R. Aparatología ortodóncica y trastornos del lenguaje. Rev Cubana de Ortod. 2001. Vol.16 (1), pp.38-46. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16_1_01/ord06101.pdf
28. Dee D, Li R, Lee L, Grummer-Strawn L. Associations Between Breastfeeding Practices and Young Children's Language and Motor Skill Development. PEDIATRICS. 2007. Vol.119 (Supplement), pp.S92-S98. Disponible en: http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/119/Supplement_1/S92.full.pdf.
29. Vázquez A, Reyes A, Moyaho A, Moreno A, Montiel A, Hernández A, Bejarano R, López A. Dislalias asociadas a maloclusión dental en escolares. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2014. Vol. 52(5), pp.538-542. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im145o.pdf>

30. Cab A, Campechano E, Flores Y, López C, Zamora R, Reyes A, Vaillard E. Dislalia asociada a hábitos orales. *Oral*. 2012 Vol. 12(13), pp.865-869. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2012/ora1241g.pdf>
31. Vergara R, Barrueco L, Díaz del Mazo L, Pérez E, Sánchez T. Influencia de la lactancia materna sobre la aparición de maloclusiones en escolares de 5 a 6 años. *MEDISAN*. 2014. Vol.18 (8), pp.1-8. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_8_14/san05188.htm
32. Pavez M, Maggiolo M, Peñaloza C, Coloma C. Desarrollo fonológico en niños de 3 a 6 años: incidencia de la edad, el género y el nivel socioeconómico. *RLA v.47 n2* Concepción 2009, pp 89-109.

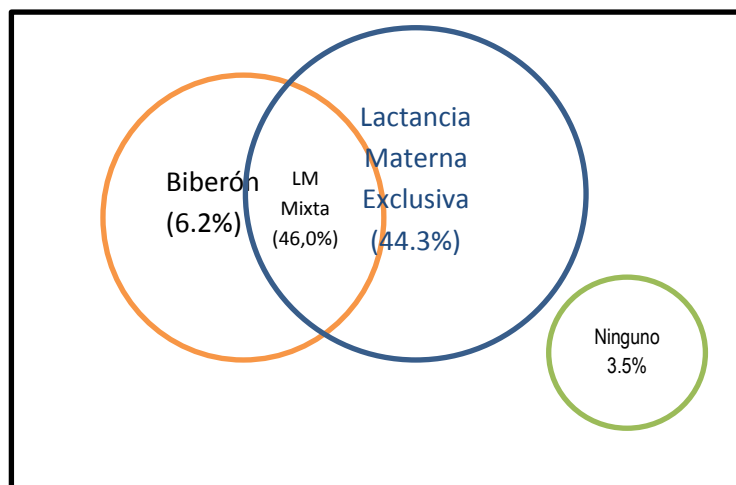
ANEXOS

Gráfico 1. Tipo de alimentación en niños hasta los 6 meses.



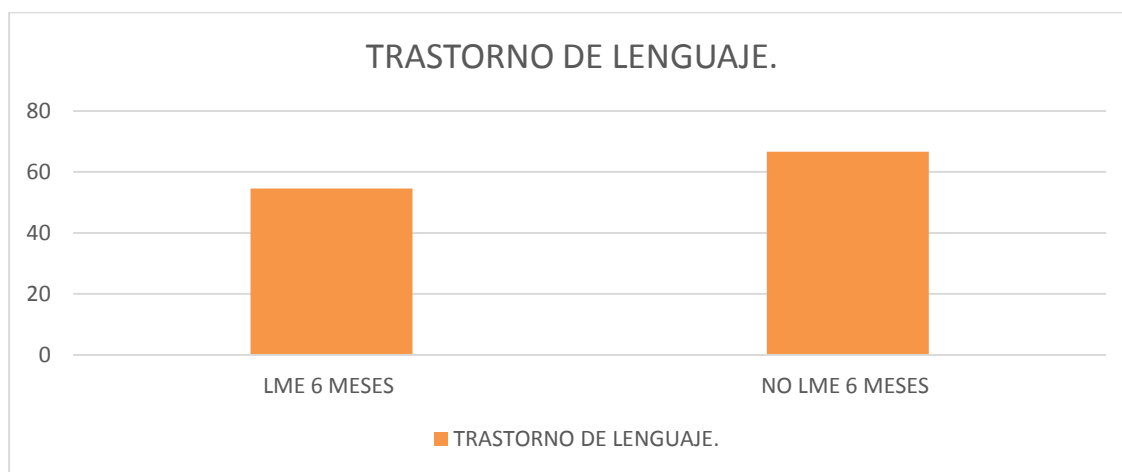
LMM: Lactancia materna mixta

Gráfico 2. Tipo de alimentación en niños entre los 6 y 12 meses.



LMM: Lactancia materna mixta

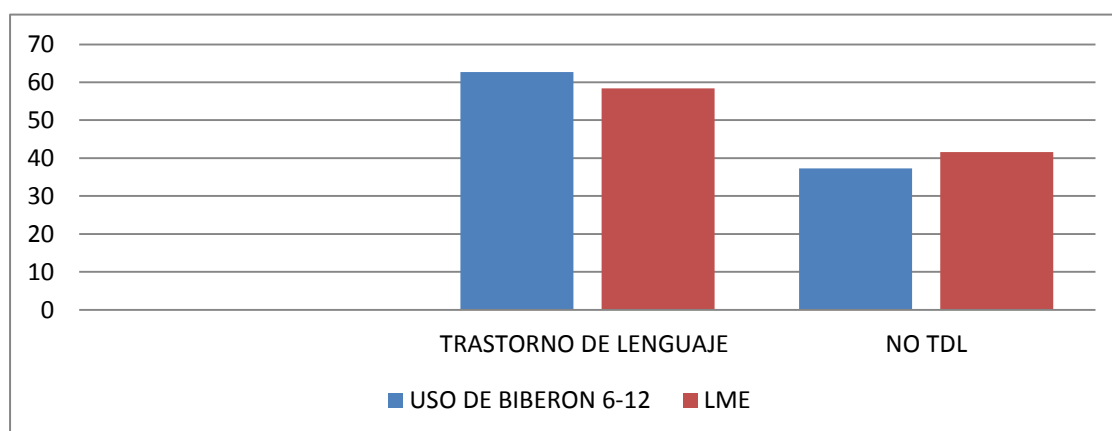
TABLA 1. Trastorno de lenguaje en el habla según lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses



NO LME: no tuvo lactancia materna exclusiva

LME: lactancia materna exclusiva

TABLA 2. Trastorno de lenguaje en el habla según el tipo de alimentación



LME: lactancia materna exclusiva

NO TDL: no presento trastorno de lenguaje

TABLA 3. Lactancia materna exclusiva y uso de biberón según tipos de alteraciones fonéticas.

Alteración fonética	LME n (%)	LMB n (%)	Prueba exacta de Fischer	<P
AFA	2,1	9,1	2,3	<0,01
AFO	14,9	27,3	0,16	<0,01
AFS	48,9	54,5	0,57	<0,01
AFD	4,3	15,2	0,11	<0,01

LMB: lactancia materna por biberón LME: lactancia materna exclusiva

TABLA 4. Alteraciones fonéticas según el uso de chupón

½	Uso de Chupón n (%)	No uso de chupón n (%)	Prueba exacta Chi ²	<P
AFA	66,7	49,5	1,79	<0,181
AFO	22,2	22,1		<0,001
AFS	22,2	3,16	9,46	<0,002
AFD	27,8	7,4	6,64	<0,0010

Tabla 5. Hábitos de deletéreo según alteraciones fonéticas

	Hábitos de deletéreo n (%)	Sin Hábitos de deletéreo n (%)	Prueba exacta PEF	P
AFA	10	0	0,04	<0,01
AFO	27,1	13,9	0,11	<0,01
AFS	54,3	48,8	0,7	<0,01
AFD	15,7	2,3	0,02	<0,01