



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA**

Tesis

Dislalia funcional y su relación con maloclusión dental en estudiantes de primaria
de la I.E.P La semilla de Abraham Valdelomar, Lima – 2024

**Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista**

Presentado por:

Autora: Olivera Carrera, Luz Marisela


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-7009-8743>

Asesora: Mg. Cespedes Porras, Jacqueline

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7475-8792>

Lima – Perú

2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

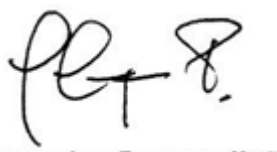
Yo, Luz Marisela Olivera Carrera, egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académico Profesional de Odontología de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “**DISLALIA FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON MALOCCLUSIÓN DENTAL EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA DE LA I.E.P LA SEMILLA DE ABRAHAM VALDELOMAR, LIMA – 2024**”, Asesorado por la docente Dra. Mg. Esp. Céspedes Porras, Jacqueline, con N.º DNI 09336072 y código ORCID 0000-0002-7475-8792, tiene un índice de similitud de 15 (QUINCE) % con código **ID: oid: 14912431526644** verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el Turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



Firma de la autora
 Nombres y apellidos de la egresada
 Luz Marisela Olivera Carrera
 DNI: 72327272



Firma de la asesora
 Nombres y apellidos de la Asesora
 Dra. Mg. Esp. Céspedes Porras, Jacqueline
 DNI: 09336072

Lima, 19 de febrero del 2025.

Dedicatoria

Agradezco a mi madre Teresa Micaela Carrera Callacna, por ser mi mayor fuente de inspiración, guía y apoyo incondicional a lo largo de esta etapa académica. Su amor y confianza me han impulsado a superar cada obstáculo de mi carrera y vida personal.

A mi padre Julio Olivera Villalobos, por su constante motivación. Sus enseñanzas han sido fundamentales para mi crecimiento profesional.

A mi abuelo, Segundo Moisés Carrera, quién me formo con carácter, habilidad y valor, le dedico mis logros en lo más alto del cielo que se encuentra ahora.

Agradecimiento

Dedico este proyecto con mucho regocijo y amor a mi Dra. Jacqueline Céspedes Porras, por su dedicación y ejemplo, que me han inspirado a buscar siempre la excelencia. Su guía ha dejado una huella imborrable en mi formación, a mis familiares más cercanos y amistades de la facultad, quienes han sido mis pilares para seguir adelante.

Índice general

Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento	v
Índice general	vi
Índice de tablas	x
Índice de figuras	xi
Resumen	xii
Abstract.....	xiii
Introducción.....	xiv
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
1.2.1 Problema General	3
1.2.2 Problemas específicos.....	3
1.3 Objetivos de la investigación	4
1.3.1 Objetivo General.....	4
1.3.2 Objetivos específicos.....	4
1.4 Justificación de la investigación	5
1.4.1 Teórica	5
1.4.2 Metodológica	5
1.4.3 Práctica	6
1.4.4 Social	6
1.5 Limitaciones de la investigación.....	7

1.5.1	Temporal.....	7
1.5.2	Espacial.....	7
1.5.3	Recursos	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....		9
2.1	Antecedentes	9
2.2	Bases teóricas.....	14
2.2.1	Trastornos del habla.....	14
2.2.2	Dislalias	15
2.2.3	Oclusión dentaria	20
2.2.4	Maloclusiones dentales.....	21
2.2.5	Maloclusión transversal.....	24
2.2.6	Maloclusión vertical	25
2.2.7	Maloclusión sagital.....	25
2.3	Formulación de hipótesis	26
2.3.1	Hipótesis general	26
2.3.2	Hipótesis específicas.....	26
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....		28
3.1	Método de la investigación	28
3.2	Enfoque de la investigación	28
3.3	Tipo de investigación.....	28
3.4	Diseño de la investigación	28
3.5	Población, muestra y muestreo	29

3.6	Variables y operacionalización.....	31
3.7	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
3.7.1	Técnica.....	32
3.7.2	Descripción.....	33
3.7.3	Validación.....	35
3.7.4	Confiabilidad	36
3.8	Plan de procesamiento y análisis de datos	36
3.9	Aspectos éticos	37
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS		38
4.1	Resultados.....	38
4.1.1	Análisis descriptivo de los resultados	38
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		53
5.1	Conclusiones.....	53
5.2	Recomendaciones	54
REFERENCIAS		56
ANEXOS.....		65
Anexo 1: Matriz de consistencia.....		66
Anexo 2: Instrumentos.....		68
Anexo 3: Validez del instrumento		71
Anexo 4: Confiabilidad del instrumento.....		74
Anexo 5: Aprobación del comité de ética.....		77
Anexo 6: Formato de consentimiento informado		78

Anexo 7: Carta de presentación y aprobación	81
Anexo 8: Informe del asesor	83
Anexo 9: Reporte de Turnitin	84
Anexo 10: Evidencia fotográfica	85

Índice de tablas

Tabla 1. Prevalencia de dislalia funcional en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.....	38
Tabla 2. Prevalencia de maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.....	38
Tabla 3. Relación entre la maloclusión dental y la dislalia funcional en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.	40
Tabla 4. Relación entre dislalia funcional y maloclusión dental Clase I en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.	41
Tabla 5. Relación entre dislalia funcional y maloclusión dental Clase II en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.	43
Tabla 6. Relación entre dislalia funcional y maloclusión dental Clase III en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.	45
Tabla 7. Relación entre dislalia funcional y maloclusiones dentales según la edad en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.	46
Tabla 8. Relación entre dislalia funcional y maloclusiones dentales según el sexo en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.....	48
Tabla 9. Índice de concordancia de Kappa.....	74
Tabla 10. Concordancia entre experto y evaluador en la maloclusión dental	74
Tabla 11. Concordancia entre experto y evaluador en dislalia funcional.....	76

Índice de figuras

Figura 1. Distribución porcentual de dislalia funcional en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.	38
Figura 2. Distribución porcentual de maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.	39
Figura 3. Distribución porcentual de la maloclusión dental y la dislalia funcional en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.....	40
Figura 4. Distribución porcentual de dislalia funcional y maloclusión dental Clase I en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.	42
Figura 5. Distribución porcentual de dislalia funcional y maloclusión dental Clase II en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.	44
Figura 6. Distribución porcentual de dislalia funcional y maloclusión dental Clase III en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.	45
Figura 7. Distribución porcentual de dislalia funcional y maloclusiones dentales según la edad en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.....	47
Figura 8. Distribución porcentual de dislalia funcional y maloclusiones dentales según el sexo en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.	49

Resumen

El análisis tuvo como fin general “Determinar la relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental en niños de 6 a 11 años de la I.E. Alfonso Ugarte N° 6041, Lima – 2024”. Para ello, se utilizó el método hipotético-deductivo con un enfoque cuantitativo, desarrollándose un estudio de tipo aplicado con un diseño observacional y transversal. Se evaluó a una muestra de 132 niños mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple, donde los criterios de inclusión y exclusión permitieron seleccionar una muestra homogénea y adecuada para cumplir con los objetivos del estudio. En relación a los hallazgos, se encontró que la prevalencia de dislalia funcional fue del 9.85%, lo que reflejó que la mayoría de los niños no presentaban dificultades en la articulación del lenguaje. Por otro lado, la prevalencia de maloclusión dental fue del 17.42%, indicando que tampoco es un problema predominante en la población estudiada. A pesar de ello, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre estas dos condiciones ($p = 0.57$), lo que sugiere que no necesariamente coexisten y podrían estar influenciadas por otros factores externos no evaluados en el presente estudio. En conclusión, aunque ambas condiciones no son prevalentes en la población analizada y no mostraron una relación estadísticamente significativa, los resultados resaltan la importancia de implementar programas de prevención y detección temprana tanto de dislalias funcionales como de maloclusiones dentales en el ámbito escolar. Esto contribuiría a mitigar posibles complicaciones futuras y a mejorar la calidad de vida de los niños.

Palabras clave: Dislalia funcional, maloclusión dental, población escolar.

Abstract

The general purpose of the analysis was “To determine the relationship between functional dyslalia and dental malocclusion in children aged 6 to 11 years at the I.E. Alfonso Ugarte N° 6041, Lima – 2024”. To do so, the hypothetical-deductive method was used with a quantitative approach, developing an applied study with an observational and cross-sectional design. A sample of 132 children was evaluated using simple random probabilistic sampling, where the inclusion and exclusion criteria allowed the selection of a homogeneous and adequate sample to meet the objectives of the study. In relation to the findings, it was found that the prevalence of functional dyslalia was 9.85%, which reflected that most of the children did not have difficulties in language articulation. On the other hand, the prevalence of dental malocclusion was 17.42%, indicating that it is also not a predominant problem in the studied population. Despite this, no statistically significant relationship was found between these two conditions ($p = 0.57$), suggesting that they do not necessarily coexist and could be influenced by other external factors not evaluated in the present study. In conclusion, although both conditions are not prevalent in the analyzed population and did not show a statistically significant relationship, the results highlight the importance of implementing prevention and early detection programs for both functional dyslalias and dental malocclusions in the school setting. This would help mitigate possible future complications and improve the quality of life for children.

Keywords: Functional dyslalia, dental malocclusion, school population.

Introducción

Las alteraciones del habla y las maloclusiones dentales representan problemas significativos en la salud infantil que pueden afectar tanto el desarrollo funcional como social de los niños. La dislalia funcional, definida como la dificultad para articular correctamente los fonemas sin una causa orgánica aparente, constituye una de las alteraciones del lenguaje más frecuentes en la etapa escolar. Por otro lado, las maloclusiones dentales, caracterizadas por discrepancias en la alineación oclusal de los dientes, no solo impactan la estética, sino que también pueden influir en la masticación, la fonación y la respiración. Ambas condiciones pueden coexistir, afectando el sistema estomatognático, aunque su relación no siempre es evidente.

En este contexto, la identificación temprana de estas alteraciones es fundamental para prevenir complicaciones a largo plazo. Sin embargo, son limitados los estudios que abordan de manera integral la relación entre la dislalia funcional y las maloclusiones dentales en niños en edad escolar. Por ello, este estudio se centró en analizar esta relación en estudiantes de la I.E. Alfonso Ugarte N° 6041, Lima – 2024, una población representativa de escolares de 6 a 11 años. Este enfoque busca no solo generar evidencia científica relevante, sino también contribuir al desarrollo de estrategias preventivas y de intervención en el ámbito escolar y odontológico.

En conclusión, la presente investigación busca aportar al conocimiento de las interrelaciones entre las alteraciones del habla y las condiciones odontológicas, enfatizando la importancia de la detección temprana y la atención integral en la infancia.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La maloclusión se define como una condición en la que hay irregularidades tanto en la forma como en la función de los componentes óseos, musculares y dentales del sistema estomatognático (1). En términos simples, se trata de una disposición anormal de los dientes en relación con las piezas dentales vecinas del maxilar (2). Esta afección se considera un importante desafío de salud pública, especialmente en niños, ya que puede afectar negativamente la estética, la función y el bienestar de los individuos afectados (3). La maloclusión puede ser causada por factores genéticos y ambientales, manifestándose de manera variable durante el desarrollo infantil. Es la tercera afección más común según la “Organización Mundial de la Salud (OMS)”, después de la “caries dental” y la “enfermedad periodontal” (4). Además de que, pueden desencadenar o agravar problemas respiratorios, dolores de cabeza, de oído, de espalda y de mandíbula (5).

Por otro lado, el lenguaje es fundamental para la comunicación humana y facilita las relaciones sociales y el desarrollo emocional. Asimismo, el habla implica la expresión mediante procesos físicos y fisiológicos, como el flujo de aire y los movimientos de los órganos vocales, que generan resonancia en la cavidad oral y nasal (6).

La cavidad oral desempeña funciones importantes como la digestión, deglución, masticación, articulación y fonación. Alteraciones en esta estructura pueden tener repercusiones significativas (7). En edades tempranas suele presentarse la dislalia, un trastorno común en la articulación de fonemas, especialmente en niños (8), afectando al 25-30% de ellos, y en alumnos de primaria, con una incidencia del 17-20%. En la

población mayor, su prevalencia es del 1-3% (9); dificultando la expresión verbal al implicar la sustitución, distorsión u omisión de sonidos del habla, a menudo debido a problemas en la articulación o lesiones en el sistema nervioso central (10).

La mayoría de la población sufre de maloclusiones, en Colombia se encontró que el 53.1% de los niños de 5 años tiene una oclusión normal, mientras que el 46.9% presenta maloclusiones; además, en adolescentes, el apiñamiento dental es común, superando el 50%. La falta de reconocimiento por parte de los padres de las alteraciones en el habla, que pueden estar vinculadas a maloclusiones, conlleva a que estas anomalías no sean identificadas. Esta falta de detección precoz puede tener consecuencias en la edad adulta e interferir con los tratamientos dentales (11).

En el año 2023, un estudio llevado a cabo en Villa El Salvador, reveló que las alteraciones del habla eran más comunes en niños que en niñas, donde se observó una alta asistencia a terapias del lenguaje por parte de niños, con un 78.49% de participación masculina en comparación con un 21.51% de participación femenina. Además, las edades más frecuentes entre los asistentes fueron preescolares, y la asistencia fue similar en el grupo de edad escolar (12).

Como se ha señalado previamente, una considerable cantidad de niños experimentan maloclusiones, las cuales frecuentemente pasan desapercibidas y no se tratan de manera oportuna, lo que puede ocasionar problemas en la salud oral (13); por ende, este estudio buscó investigar si hay relación entre la dislalia funcional y las maloclusiones dentales en niños de un colegio de Lima.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la relación entre la maloclusión dental y la dislalia funcional en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es la prevalencia de dislalia funcional en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024?
- ¿Cuáles la prevalencia de maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024?
- ¿Cuál es la relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase I en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024?
- ¿Cuál es la relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase II en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024?
- ¿Cuál es la relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase III en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024?
- ¿Cuál es la relación entre la dislalia funcional y maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024, según la edad?
- ¿Cuál es la relación entre la dislalia funcional y maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024, según el sexo?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación entre la maloclusión dental y la dislalia funcional en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia de dislalia funcional en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.
- Identificar la prevalencia de maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.
- Identificar la relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase I en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.
- Identificar la relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase II en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.
- Identificar la relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase III en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.
- Determinar la relación entre la dislalia funcional y maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024, según la edad.
- Determinar la relación entre la dislalia funcional y maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024, según el sexo.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Aunque diversos estudios han abordado la relación entre la dislalia y la maloclusión dental, persisten interrogantes y vacíos que requieren mayor exploración. La maloclusión, como desviación en la disposición dental y la mordida, ha sido identificada como un factor que puede influir en la función articulatoria y, en consecuencia, en el desarrollo del habla en niños en edad escolar. No obstante, los mecanismos exactos mediante los cuales estas condiciones interactúan siguen siendo poco comprendidos, lo que dificulta el diseño de estrategias de intervención efectivas.

Por lo tanto, este estudio buscó enriquecer el conocimiento teórico existente mediante una evaluación integral de la relación entre la dislalia y la maloclusión dental en niños de 6 a 11 años. Este enfoque permitió no solo identificar posibles patrones o asociaciones, sino también aportar información clave que pueda fundamentar futuras investigaciones y guiar la práctica clínica en áreas como la odontología pediátrica, la terapia del lenguaje y la ortodoncia. Con ello, se pretende avanzar en la comprensión de las implicancias clínicas de esta relación, promoviendo intervenciones más precisas y basadas en evidencia.

1.4.2 Metodológica

El estudio empleó un enfoque cuantitativo, utilizando una ficha de recolección de datos validada y confiable para evaluar la relación entre dislalia y maloclusión dental en niños de 6 a 11 años. Se realizó un análisis estadístico exhaustivo para identificar patrones significativos y determinar la relación entre ambas variables.

El diseño metodológico incluyó medidas para minimizar sesgos y garantizar la validez interna y externa, lo que refuerza la aplicabilidad de los hallazgos en contextos clínicos y educativos. Estos resultados constituyen una base sólida para futuras investigaciones e intervenciones integradas dirigidas a esta población.

1.4.3 Práctica

Aunque no se haya encontrado una relación directa entre las variables, los resultados del estudio brindan un marco de referencia para que odontólogos y terapeutas del lenguaje trabajen de manera coordinada. Esta colaboración interdisciplinaria permitirá desarrollar estrategias más integrales para el diagnóstico y tratamiento de niños que presenten estas condiciones, beneficiando su salud bucal y el desarrollo del lenguaje. Además, los hallazgos podrán orientar futuras intervenciones y programas enfocados en mejorar la calidad de vida de esta población.

1.4.4 Social

La relevancia social de esta investigación radica en su contribución al ámbito de la odontopediatría, donde es fundamental diferenciar entre las características normales de la estructura oral y las anomalías patológicas. Esta distinción resulta clave para un diagnóstico y tratamiento oportunos de las irregularidades orales en los niños. Abordar estas afecciones en etapas tempranas es crucial, ya que su desatención puede derivar en complicaciones progresivas que afecten tanto la salud bucal como el desarrollo general.

1.5 Limitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

El estudio enfrentó algunos desafíos temporales relacionados con la autorización parental para la participación de sus hijos. Para mitigar este obstáculo, se diseñaron estrategias proactivas, como la realización de reuniones informativas y el envío de material explicativo, lo que facilitó el proceso de autorización y aseguró la participación necesaria.

Además, se presentaron retrasos ocasionales en la programación y ejecución de las actividades debido a conflictos con otros compromisos académicos o escolares de los participantes. Sin embargo, estas situaciones fueron gestionadas mediante ajustes flexibles en el cronograma y la coordinación constante con los tutores legales y el personal de la institución educativa, lo que permitió cumplir con los plazos establecidos sin comprometer la calidad del estudio.

1.5.2 Espacial

No se identificaron limitaciones significativas en el ámbito espacial, ya que se contó con el respaldo de la I.E. Alfonso Ugarte 6041, que proporcionó un entorno adecuado y seguro para la realización de la investigación. El acceso a espacios funcionales y equipados, junto con el cumplimiento de estrictos protocolos de bioseguridad, garantizó que todas las actividades se desarrollaran de manera eficiente y sin interrupciones. Este apoyo institucional fue clave para crear un ambiente propicio que favoreció el desarrollo exitoso del estudio.

1.5.3 Recursos

En cuanto a los recursos, la investigación fue autofinanciada, lo que permitió eliminar posibles barreras financieras. Además, la institución educativa proporcionó apoyo logístico y acceso a los implementos requeridos. La obtención de datos se desarrolló a través de una ficha específica diseñada para el estudio, requiriendo únicamente la colaboración de los pacientes y sus tutores legales. Gracias a una planificación cuidadosa y la optimización de los recursos disponibles, el estudio pudo completarse de manera eficiente y sin contratiempos significativos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Tran et al. (14) el 2024, en Estados Unidos, tuvieron como propósito “Investigar las diferencias en las consonantes del inglés americano producidas por pacientes con diversos tipos de desarmonías dento faciales (DFD), como maloclusiones Clase II y Clase III y mordidas abiertas anteriores”. Para investigar la base articulatoria de las diferencias en las consonantes del inglés americano producidas por pacientes con DFD, se aplicaron medidas espectrales interpretativas derivadas de espectros multicónicos. Se observó que todos los grupos de pacientes con DFD producen /s ʃ t tʃ/ con picos espectrales de frecuencia media menos prominentes en contraste con el grupo de referencia. No obstante, las medidas de frecuencia máxima fueron en gran medida similares en todos los grupos. Se concluye que los pacientes con DFD presentan diferencias más notables en las propiedades de la fuente de ruido sibilante que en las propiedades del filtro de la cavidad frontal.

Mogren et al. (15) el 2022, en Suecia, propusieron “Analizar la frecuencia, tipos y grado de maloclusiones en niños con diagnóstico de trastorno de los sonidos del habla (SSD) que persisten más allá de los 6 años de edad, y comparar estos resultados con un grupo de niños sin trastornos del habla”. Por medio de un estudio observacional de casos y controles se examinaron a 61 niños con trastorno de los sonidos del habla (SSD) junto con afectación motora del habla, y a 44 con un desarrollo típico del habla (TSD). Se observó que el 61% de los niños en el grupo SSD presentaban maloclusiones, en comparación con el 29% en el grupo TSD, siendo estas últimas más severas en el conjunto SSD. Además, se encontró una mayor prevalencia de mordida cruzada

posterior funcional y desplazamiento lateral y/o anterior habitual en el grupo SSD. En contraste, las maloclusiones de Clase III, mordida abierta anterior y mordida en tijera fueron exclusivas del grupo SSD. Concluyeron que, los niños con trastorno de los sonidos del habla (SSD) y afectación motora del habla tienen una probabilidad más alta de presentar maloclusiones más graves en comparación con los niños que tienen un desarrollo habitual del habla.

Lathrop et al. (16) el 2022, en Estados Unidos, tuvieron como propósito “Examinar las diferencias en las propiedades espectrales de las consonantes oclusivas, fricativas y africadas, y explorar la correlación entre la gravedad de la falta de armonía de Clase III y la anomalía del habla”. Se recopilaron registros de ortodoncia y grabaciones de audio de candidatos quirúrgicos de Clase III y sujetos de referencia donde un patólogo del habla evaluó a los sujetos y se analizaron las grabaciones cuantitativamente mediante análisis de momento espectral para detectar distorsiones de frecuencia. Se observó que, la mayoría de los sujetos de Clase III mostraron distorsiones del habla, con un aumento significativo en la frecuencia del centroide y la dispersión espectral en varias consonantes en comparación con los controles. Se encontraron correlaciones entre la gravedad esquelética de Clase III y la distorsión espectral para los teléfonos /t/ y /k/. Concluyeron que, los pacientes con DFD de Clase III tienen una mayor prevalencia de errores de articulación y distorsiones espectrales significativas en consonantes en comparación con los controles.

Amr et al. (17) el 2022, en España, tuvieron como fin “Examinar la asociación entre las maloclusiones y los problemas en el habla, con el propósito de entender su origen en niños en edad escolar”. A través de un estudio observacional, transversal y descriptivo analizaron a 290 niños de 4 a 7 años de seis colegios distintos de Valencia. Los hallazgos mostraron que, existe una correlación significativa entre diversas

maloclusiones dentales (como Clase II y III, mordida abierta anterior, mordida de borde a borde, mordida cruzada anterior y resalte) y alteraciones fonéticas ($p= 0,008$). Entre los trastornos del habla, los sigmatismos y rotacismos fueron los más comunes. Pudieron concluir que, las maloclusiones pueden afectar funcionalmente al sistema estomatognático.

Do Canto et al. (18) el 2022, en Brasil tuvieron como fin “Examinar la relación entre maloclusiones, posición lingual y distorsión del habla en niños en edad escolar con dentición mixta”. Mediante un estudio transversal que analizó a 547 niños utilizando los datos de una encuesta epidemiológica realizada en 2015, se observó que, en relación con la distorsión del habla, se descubrió que la presencia de una sobremordida profunda estaba asociada de manera protectora con la distorsión del habla, mientras que los escolares con mordida cruzada posterior tenían una mayor probabilidad de presentar este problema. Llegaron a la conclusión de que la mordida abierta anterior y la mordida cruzada posterior estaban más estrechamente vinculadas con la distorsión del habla. Además, observaron que la maloclusión de mordida profunda funcionaba como un factor de protección frente a los problemas del habla en comparación con una sobremordida normal.

Antecedentes Nacionales

Huamaccto (19) el 2024, tuvo como fin “Analizar las características de la producción del habla en adolescentes que padecen maloclusión dental de clínicas odontológicas en Lima”. A través de un estudio descriptivo analizó a 50 adolescentes de 13 y 18 años con el examen miofuncional orofacial. Los hallazgos revelaron que, el 60% de los adolescentes de género masculino presentaban maloclusión, mientras que el 40% de las mujeres la presentaban. Se observó que el 52%, el 38% y el 10% de los

sujetos pertenecían a la Clase I, II y Clase III, respectivamente. Se concluyó que, ninguno de los evaluados fue capaz de realizar la vibración de la lengua, con una alta prevalencia de fallos (más de la mitad) y un bajo rendimiento (un poco más de un tercio) entre los adolescentes. Las características de habla más comunes en pacientes con maloclusiones incluyen los sonidos “/s/”, “/t/”, “/d/”, “/l/”, “/r/” y “/r/” vibrante múltiple.

Simón (20) el 2023, en Chimbote, tuvo como finalidad “Calcular la frecuencia de maloclusión dental en estudiantes de tercer, cuarto y quinto año de secundaria de un colegio”. A través de un estudio cuantitativo y observacional analizaron a 166 estudiantes. Se llevó a cabo un examen clínico de los estudiantes, registrando los datos en una ficha utilizando la Clasificación de Angle para evaluar el tipo de maloclusión. Los hallazgos mostraron una prevalencia del 83,13% de maloclusión dental en la muestra, con un 68,07% presentando maloclusión clase I, seguido por un 9,04% con maloclusión clase III, un 4,82% con maloclusión clase II división 1, un 1,20% con maloclusión clase II división 2, y un 16,87% con normoclusión. En cuanto al sexo, se observó una mayor prevalencia en mujeres, con un 46,8%, y en cuanto a la edad, los alumnos de 16 años mostraron una prevalencia del 33,13%. En conclusión, la maloclusión clase I fue la más predominante entre los alumnos evaluados.

Lovato (21) el 2022, en Lima, propuso "Identificar las disparidades en los niveles de dislalia funcional entre los alumnos de primer grado procedentes de tres centros educativos diferentes". Desarrolló un estudio cuantitativo y comparativo donde incluyó la evaluación de 75 estudiantes mediante observación directa y la aplicación del test de Melgar. Para investigar posibles variaciones en los niveles de dislalia funcional entre alumnos de primer grado de tres escuelas diferentes, se empleó la prueba estadística conocida como H de Kruskal-Wallis. Los resultados revelaron un valor de $p=0.237$, el cual excede el umbral teórico establecido. Por lo tanto, se concluyó que no hay

diferencias significativas en los niveles de dislalia funcional entre las instituciones educativas analizadas. Aunque se observó que la institución B presentaba la mayor proporción de estudiantes con dislalia (56%), seguida por la institución C (44%) y la institución A (32%). En síntesis, no se encontró suficiente evidencia para sostener que existen disparidades significativas en los niveles de dislalia funcional entre los alumnos de primer grado de estas tres instituciones educativas.

Parra et al. (22) el 2020, en Cajamarca, tuvo como fin “Calcular la frecuencia de maloclusiones en niños y niñas de los 8 a 15 años de edad de un colegio”. Por medio de un estudio experimental, observacional y analítico, se examinaron 797 niños escolares, divididos en 458 niñas y 339 niños. Los resultados revelaron que la maloclusión “Clase I” fue la más común, con un 66.75%, seguida de la “Clase II” con un 22.08% y la “Clase III” con un 11.17%. Al analizar por género, se observó que la “Clase I” tuvo una mayor prevalencia en niñas, con un 69.05%, mientras que las “Clases II” y III mostraron una mayor prevalencia en niños, con un 24.84% y 11.80%, respectivamente. En resumen, la maloclusión “Clase I” es la más prevalente, y se evidenció que el género femenino es más afectado por la “Clase I”, mientras que el género masculino muestra una mayor prevalencia en las Clases II y III.

Flores (9) el 2019, en Arequipa, tuvo como fin “Determinar la asociación entre la maloclusión y la dislalia en niños de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años que fueron atendidos en un consultorio odontológico”. A través de un estudio descriptivo, transversal y observacional evaluó a 250 niños por medio de la clasificación de Moyers para determinar las maloclusiones y mediante la prueba de Melgar para la presencia de dislalia. Se determinó que el 25.7% de los niños con maloclusión tenían dislalia, en contraste con el 15.5% de aquellos sin maloclusión que también mostraban esta condición. Además, se observó que los pacientes con maloclusión de “clase III” tenían

una mayor prevalencia de dislalia (33.3%) en comparación con aquellos con maloclusión de clase II (27.6%) y clase I (22.5%). Los fonemas “RR”, “R” y los fonemas llamados “trabados” fueron los más afectados, con un 91.2%, 49.1% y 24.6% respectivamente. Se concluyó que hubo una asociación significativa entre la maloclusión y la dislalia, siendo la maloclusión de “Clase III” la que presentó la mayor relación con esta alteración del habla. Los fonemas “RR”, “R” y los fonemas “trabados” fueron los más afectados durante la articulación fonética.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Trastornos del habla

La cavidad oral desempeña una serie de funciones esenciales para el organismo, que incluyen la digestión, la deglución, la masticación, la articulación y la fonación. Sin embargo, si se presentan alteraciones orgánicas significativas en esta estructura, pueden surgir repercusiones en el habla y otras funciones orales (7).

El trastorno más común del habla en niños en edad escolar son las alteraciones en la pronunciación, conocidas tradicionalmente como dislalias (23).

2.2.1.1 Tipos de alteraciones del habla

- La “disartria” es un trastorno de la articulación del habla que surge a raíz de un daño neurológico.
- La “disfemia” se caracteriza por alteraciones en el ritmo y la fluidez del habla.
- La “disglosia” es un trastorno de la articulación del habla.
- La “dislalia” implica dificultades en la articulación de los fonemas, no causadas por problemas neurológicos.

- El “retraso fonológico” implica dificultades en la producción correcta de ciertos sonidos del lenguaje, a pesar de que el niño pueda imitarlos. Este trastorno afecta al sistema fonológico y requiere un tratamiento prolongado.
- Las “disprosodias” provocan alteraciones en el ritmo habitual del habla, manifestándose en una velocidad excesiva o una lentitud al hablar (24).

2.2.2 Dislalias

La dislalia se caracteriza por “problemas de articulación” que implican la “sustitución”, “distorsión”, “inserción” u “omisión” de sonidos del habla. Se atribuye a una articulación defectuosa, anomalías en los órganos externos o aprendizaje limitado, pero no a lesiones en el sistema nervioso central. Se describe como una dificultad para pronunciar ciertos fonemas debido a la incapacidad para colocar correctamente los órganos fonatorios (10).

Características comunes

- Implica dificultades en la pronunciación de palabras, es decir, afecta la articulación del habla.
- Se trata de una anomalía que se manifiesta mediante distorsiones, sustituciones u omisiones de fonemas al ser emitidos.
- Su origen puede relacionarse con los órganos periféricos del habla, como los labios, la lengua o el paladar (10).

2.2.2.1 Causas de la dislalia

Como sucede con la mayoría de las enfermedades, el diagnóstico es esencial para descubrir qué está causando el trastorno del habla. Este diagnóstico no solo nos brindará

claridad sobre la raíz del problema, sino que también será fundamental para determinar cómo abordar el tratamiento de manera efectiva (25).

Es importante destacar que diferenciar entre una dislalia funcional y una orgánica es crucial, ya que cada una requiere enfoques terapéuticos distintos. Estos enfoques pueden implicar la colaboración de diferentes especialidades médicas y de salud, y el pronóstico puede variar significativamente según la precisión del diagnóstico inicial. Por lo tanto, la identificación precisa de la causa subyacente del trastorno del habla es fundamental para ofrecer el tratamiento más adecuado y obtener resultados óptimos para el paciente (25).

2.2.2.2 Tipos de dislalia

I. De acuerdo el fonema no articulado correctamente

Basándonos en los nombres griegos de los diferentes fonemas, se consideran una serie de trastornos de la articulación, entre los cuales se encuentran (25):

- “Betacismo”: Dificultad o incapacidad para articular la letra “B”.
- “Ceceo”: Tendencia a pronunciar la letra “S” como “CH”.
- “Chuitismo”: Ausencia o defecto en la articulación de la letra “CH”.
- “Chionismo”: Sustitución de la letra “R” por “L”.
- “Deltacismo”: Dificultad en la articulación de la letra “D”.
- “Epentesis”: Introducción de un fonema adicional, en una palabra, como "coromo" en lugar de "cromo", "palato" en lugar de "plato".
- “Ficismo”: Problema en la articulación de la letra “F”.
- “Gammacismo”: Dificultad en la articulación de la letra “G” y otros fonemas velares.

- “Hotentotismo”: Alteración en la articulación de los fonemas, reemplazándolos todos por la letra “T”.
- “Jotacismo”: Dificultad en la articulación de la letra “J”.
- “Kappacismo”: Problema en la articulación de la letra “K” (CA-QUE).
- “Lambdacismo”: Incapacidad para articular el fonema “L”.
- “Mimación”: Uso frecuente del sonido “M” en palabras que no lo contienen.
- “Mitacismo”: Dificultad en la articulación de la letra “M”.
- “Numación”: Problema en la articulación del fonema “N”.
- “Ñunación”: Dificultad en la articulación de la letra “Ñ”.
- “Picismo”: Problema en la articulación de la letra “P”.
- “Rotacismo”: Dificultad en la articulación de la letra “R”.
- “Seseo”: Pronunciación de la letra “Z” como “S”.
- “Sigmatismo”: Incapacidad para articular correctamente la letra “S”.
- “Tetacismo”: Articulación incorrecta de la letra “T”.
- “Yeísmo”: Defecto en la articulación de la “LL”, pronunciándola como “Y”.
- “Yotacismo”: Incapacidad para articular correctamente los fonemas “X”, “Y” y “G”.

Los fonemas que presentan mayor afectación en el idioma español son la “/RR/”, la “/R/” y los grupos de fonemas que combinan las letras “R” y “L” (25).

II. De acuerdo al factor causante

- “Dislalia funcional”: se caracteriza por problemas en la producción del habla afectada por un desempeño irregular de los órganos periféricos, sin que haya alteraciones orgánicas en el individuo. Es una incapacidad funcional en el desarrollo del habla (26). En el caso de la dislalia funcional, el problema radica en la falta de aprendizaje y estímulos adecuados que permitan a los niños pronunciar ciertos fonemas correctamente. Este tipo de dislalia es tratada de manera efectiva mediante la intervención de un logopeda, quien realiza terapia del lenguaje, y un psicólogo, quien proporciona terapia psicológica, que corrigen las dificultades en el habla y también identifican la causa subyacente del trastorno (25). Existen tres tipos de alteraciones posibles: sustitución, omisión y distorsión (27).
- “Dislalia orgánica”: Los órganos involucrados en la producción de los fonemas pueden estar afectados, ya sea de manera individual o debido a diversas anomalías que pueden ocasionar dificultades de articulación más severas. El estudio de los factores que provocan la dislalia orgánica se desarrolló en el siglo XX, cuando los investigadores lógicamente consideraron que la lengua, al ser un órgano altamente móvil, podría estar relacionada con los trastornos del lenguaje. Investigaciones posteriores confirmaron esta hipótesis y también identificaron vínculos entre los trastornos del habla y otros órganos como los dientes, los labios y el paladar, los cuales tienen un papel más o menos significativo en la función fonética (25).

- “Dislalia audiógena”: Esta anomalía es resultado de dificultades en el órgano auditivo, y no se clasifica como funcional debido a que implica una afectación anatómica. Sin embargo, tampoco se considera orgánica, ya que la causa radica en una anomalía anatómica que no afecta directamente a los órganos implicados en la producción de la voz (23).

2.2.2.3 Errores dislálicos

Los errores en la articulación de los fonemas ocurren cuando los componentes fonéticos están mal ubicados en posiciones que dificultan la producción de sonidos distinguibles para el oyente. Estos errores, abarcan una variedad de problemas de pronunciación que se enumeran a continuación (25):

- “Sustitución”: La sustitución dislálica implica cambiar fonemas correctos por incorrectos al inicio, medio o final de una palabra. Es el error más común en niños con dislalia. Ejemplos incluyen la sustitución de “/r/” por “/g/”, como en "peggo", o de “/r/” por “/d/”, como en "quiedo" (25).
- “Omisión”: La omisión dislálica implica la desaparición completa de un sonido al pronunciar una palabra, pudiendo ocurrir en cualquier parte de ella. Ejemplos incluyen "entonces" pronunciado como "tonces", "patilla" como "zapatilla" o "tenteo" como "tintero" (25).
- “Inserción”: La adición dislálica implica agregar un fonema no correspondiente a la palabra que se intenta formar. Puede ocurrir en cualquier parte de la palabra. Por ejemplo, niños con dificultades en

pronunciar la “/rr/” al principio de una palabra pueden agregar una vocal, convirtiendo "rascar" en "arrascar". También, pueden insertar una “/g/” antes de una vocal inicial posterior, cambiando "usar" por "gusar" (25).

- “Distorsión”: Este error dislábico implica deformar el fonema, generando sonidos distorsionados que intentan acercarse al correcto, pero sin sustituirlo por otro fonema conocido. Un ejemplo común es el ceceo lateral, que afecta al sonido “/s/”, causado por una incompetencia labial donde el aire escapa por diferentes lados de la boca (25).

Las sustituciones de fonemas son el error más común, seguido por distorsiones, omisiones e inserciones (25).

2.2.3 Oclusión dentaria

En el campo de la odontología, la oclusión dental desempeña un papel crucial en la comprensión del proceso masticatorio (28). Es un componente integral del sistema estomatognático, que incluye los dientes, los tejidos de soporte, el sistema neuromuscular, la articulación temporomandibular (ATM) y el esqueleto craneofacial. La oclusión ideal implica una relación funcional óptima entre todos estos componentes del sistema estomatognático (24).

- La relación céntrica se refiere a la posición óptima del cóndilo de la mandíbula dentro de la fosa mandibular (29).
- La apertura máxima se alcanza cuando las arcadas dentales se encuentran separadas a la mayor distancia posible (30).

- En la posición de reposo, los músculos se encuentran en equilibrio y hay un espacio interoclusal de aproximadamente 2 mm (30).
- La máxima intercuspidación implica la completa oclusión de los dientes, independientemente de la posición de los cóndilos (31).

2.2.4 Maloclusiones dentales

La maloclusión, según la definición de Angle, se refiere a la desviación o anomalía en el crecimiento y desarrollo natural de la dentadura. Esta condición implica una alteración en la posición de los dientes y la forma en que encajan entre sí, lo que puede afectar la función masticatoria, la estética dental y la salud bucal en general. En 1899, Edward Angle propuso la primera clasificación ortodóntica de maloclusión, que sigue siendo relevante hoy en día debido a su simplicidad y utilidad para identificar fácilmente el tipo de maloclusión en cuestión (32).

La maloclusión se manifiesta como una anomalía tanto morfológica como funcional en las estructuras óseas, musculares y dentales del sistema estomatognático; se distingue por la ausencia de una alineación adecuada entre los dientes dentro de un mismo arco y en relación con los del arco contrario, lo que resulta en problemas funcionales, como dificultades en la masticación, fonación y oclusión. Además, la maloclusión puede tener implicaciones estéticas, creando preocupaciones estéticas y generando efectos psicológicos perjudiciales para la persona afectada (33).

2.2.4.1 Clasificación según Angle

Esta clasificación, es ampliamente reconocida y aceptada a nivel mundial (33). Se fundamenta en la idea de que el primer molar y el canino son los dientes más estables y sirven como referencia para evaluar la oclusión. Aunque tiene limitaciones, esta

clasificación sigue siendo utilizada hoy en día debido a su simplicidad y fácil comprensión (34).

Angle se basó en ciertas consideraciones (35):

- “Línea de oclusión”: eje imaginario que atraviesa las cúspides de los molares y premolares inferiores, además del borde incisal de los caninos e incisivos inferiores. En la arcada superior, el trayecto de la línea abarca las cúspides vestibulares y palatinas de los molares y premolares, extendiéndose luego por las superficies linguales hasta aproximadamente un tercio coronal en dirección incisal de caninos e incisivos superiores.
- “Forma de clasificar”: Para facilitar la comprensión recomendó observar primero las relaciones mesio-distales de los maxilares, luego la posición individual de cada diente y, finalmente, las líneas faciales.
- “Primer molar superior”: destacó la importancia debido a su estabilidad en el maxilar.

Angle daba especial importancia al diagnóstico de la maloclusión a partir de la evaluación de las relaciones mesiodistales entre los maxilares y las arcadas dentales, basándose en la alineación de los primeros molares permanentes superiores e inferiores.

“Clase I”: Maloclusión con relaciones normales entre maxilares, destacada por la correcta oclusión de los primeros molares. Los arcos dentales, en general, presentan una ligera compresión, generando apiñamiento en la zona frontal. La maloclusión se centra en variaciones de la línea de oclusión en incisivos y caninos (35).

“Clase II”: también llamada distoclusión, se caracteriza por una posición distal del maxilar inferior respecto al superior. Aunque la clasificación de Angle destaca esta

ubicación, incluso en casos donde el maxilar superior es prognático y tiene una morfología craneofacial diferente, se mantiene una relación molar similar, justificando el uso de la misma clasificación (33).

- “División 1”:
- Esta maloclusión se caracteriza por la oclusión distal en ambas mitades de los arcos dentales inferiores. El arco dental superior tiene una configuración en V, con incisivos superiores proyectados hacia adelante y un labio superior de menor longitud. Los incisivos inferiores presentan una extrusión, mientras que el labio inferior, con tono muscular elevado, se posiciona entre ellos, lo que acentúa la inclinación de los superiores y provoca un movimiento retrusivo en los inferiores. Además de la oclusión distal, la mandíbula puede tener una relación distal con la maxila y ser más pequeña de lo normal. El sistema neuromuscular muestra anomalías; la incompetencia labial puede estar presente, dependiendo de la gravedad de la maloclusión (32).
- División 2:
- se distingue por el posicionamiento distal de los dientes en ambos lados del arco inferior, definido por la relación mesiodistal de los primeros molares permanentes. A diferencia de la protrusión, los incisivos superiores muestran retrusión. Por lo general, no se presenta bloqueo en la nasofaringe, el cierre bucal es adecuado y la actividad labial es funcional. No obstante, la presión ejercida por los labios genera una retrusión de los incisivos superiores, generando apiñamiento en la zona anterior (32).

“Clase III”: También llamada mesioclusión se define por la posición mesial de la arcada dentaria mandibular en relación con la maxilar. Esta relación se establece considerando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior que ocluye mesial al

surco del primer molar inferior. Este tipo de maloclusión es menos común y presenta desafíos significativos en su tratamiento (36).

Se puede observar un apiñamiento moderado a severo en ambas arcadas, especialmente en el arco superior. Los incisivos inferiores y caninos muestran inclinación lingual, acentuándose en casos más graves debido a la presión del labio inferior al cerrar la boca para disimular la maloclusión. El funcionamiento neuromuscular muestra alteraciones, como un adelantamiento de la mandíbula, un retroceso del maxilar o una combinación de ambos. El contorno facial puede presentar una divergencia posterior y una concavidad en la zona labial (36).

En ese sentido, las maloclusiones que afectan exclusivamente a los dientes y no están vinculadas a cambios en la estructura ósea suelen abordarse después de la erupción completa de los dientes, ya sea durante la adolescencia o incluso en la edad adulta. Sin embargo, con el tiempo, estas condiciones tienden a empeorar y pueden contribuir a complicaciones en las articulaciones, problemas periodontales y desgaste dental (37).

En suma, la maloclusión es un trastorno que provoca un desalineamiento incorrecto de los dientes, dificultando el encaje adecuado entre los dientes superiores e inferiores al cerrar la boca; esto puede afectar la capacidad para masticar de manera eficiente y, en ocasiones, también puede interferir con el habla (38).

2.2.5 Maloclusión transversal

La maloclusión puede manifestarse en cualquier tipo de clasificación según Angle.

A. Sobremordida horizontal

La evaluación de la maloclusión se lleva a cabo de tres formas diferentes: mediante evaluación clínica, utilizando modelos de estudio y empleando cefalometría. Se realiza una medición con una pequeña regla desde el borde incisal del incisivo superior más sobresaliente hasta el borde incisal del incisivo inferior más sobresaliente en sentido horizontal, utilizando milímetros como unidad de medida (32).

2.2.6 Maloclusión vertical

A. Sobremordida vertical

La medición de la maloclusión también puede realizarse evaluando "la cantidad en milímetros que cubre el borde del incisivo central superior sobre el incisivo central inferior" en sentido vertical. Esta medición se puede llevar a cabo de manera clínica, utilizando modelos de estudio y mediante cefalometría (32)

B. Mordida abierta

Se produce cuando hay una discrepancia en la relación vertical entre el maxilar superior e inferior en la región anterior, debido a la ausencia de contacto entre las estructuras opuestas (39).

C. Mordida cruzada anterior

Se trata de una anomalía en la alineación de los dientes en el plano anteroposterior, donde los dientes inferiores se encuentran situados más adelante que los superiores (40).

2.2.7 Maloclusión sagital

La maloclusión se clasifica en dos categorías: diastemas y apiñamientos dentales.

A. Diastemas

Se trata del espacio que se encuentra entre los dientes adyacentes en el arco dental del maxilar superior o inferior, y es un fenómeno normal durante la fase de dentición mixta (41).

B. Apiñamiento

Se produce debido a la insuficiente cantidad de espacio disponible para que los dientes se ubiquen adecuadamente dentro de su arco dental (42).

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Ha: Existe relación entre la maloclusión dental y la dislalia funcional en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

Ho: No existe una relación entre la maloclusión dental y la dislalia funcional en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

2.3.2 Hipótesis específicas

He¹: Existe relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase I en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

Ho: No existe relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase I en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

He²: Existe relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase II en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

Ho: No existe relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase II en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

He³: Existe relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase III en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

Ho: No existe relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase III en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024

He⁴: Existe relación entre la dislalia funcional y maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024, según la edad.

Ho: No existe relación entre la dislalia funcional y maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024, según la edad.

He⁵: Existe relación entre la dislalia funcional y maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024, según el sexo.

Ho: No existe relación entre la dislalia funcional y maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024, según el sexo.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación

El “método hipotético-deductivo” es un enfoque científico que se basa en la formulación de hipótesis, las cuales luego se ponen a prueba mediante pruebas empíricas para verificar su validez. Este proceso comienza con una suposición inicial, de la cual se deducen predicciones que son evaluadas mediante evidencia empírica obtenida a través de experimentos u observaciones (43).

3.2 Enfoque de la investigación

El “enfoque cuantitativo” se distingue por la recopilación y análisis de datos numéricos que pueden ser medidos de manera objetiva. Utiliza herramientas estadísticas y matemáticas para investigar fenómenos, relaciones o variables, con el objetivo de identificar patrones, tendencias o regularidades (44).

3.3 Tipo de investigación

La “investigación aplicada” se enfoca en la aplicación práctica de los conocimientos teóricos para abordar problemas específicos, con el fin de generar soluciones tangibles y relevantes para la sociedad (45).

3.4 Diseño de la investigación

El diseño observacional se caracteriza por la observación y registro de eventos sin intervenir en su desarrollo natural. Por su parte, el diseño transversal implica la recolección de datos de variables en un periodo de tiempo determinado, lo que proporciona una "instantánea" de la situación en ese momento (43).

3.5 Población, muestra y muestreo

Población

La población se refiere al conjunto total de elementos, individuos o unidades que comparten características comunes y sobre los cuales se busca hacer inferencias en el estudio (46). En este caso, la población objetivo del estudio estuvo compuesta por los estudiantes de la I.E. Alfonso Ugarte 6041, con edades entre 6 y 12 años, siendo un total de 250 alumnos.

Criterios de inclusión

- Niños ASA 1.
- Niños de 6 a 11 años matriculados en la I.E Alfonso Ugarte 6041.
- Niños cuyos padres o tutores legales colaboren, firmen y acepten el consentimiento informado.
- Niños que tengan disposición para colaborar con la presente investigación.

Criterios de exclusión

- Niños que presenten alteraciones patológicas como frenillo lingual.
- Niños que presenten alguna enfermedad contagiosa o sistémica.
- Niños con fisura palatina o de labio.

Muestra

Una muestra es una porción representativa de una población más grande, elegida porque analizar la totalidad de la población suele ser inviable debido a su amplitud. Se elige una fracción de la población que cumple con ciertos criterios específicos, con el

objetivo de que los resultados obtenidos puedan ser generalizados al grupo completo (47).

En este estudio, la muestra consistió en 132 participantes, determinada mediante la aplicación de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2}$$

Donde:

n: muestra = ¿?

Z_{α}^2 : coeficiente de confiabilidad= 1,96

p: probabilidad de éxito= 0,5

q: probabilidad de fracaso= 0,5

d: precisión= 5%

Muestreo

Se utilizó un método de muestreo probabilístico aleatorio simple para garantizar la representatividad en la selección de los participantes, lo que permitió que cada individuo de la población tenga la misma probabilidad de ser incluido en la muestra (48).

3.6 Variables y operacionalización

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA VALORATIVA
Dislalia funcional	Dificultad para pronunciar sonidos debido a problemas en la articulación del lenguaje en la colocación adecuada de los órganos del habla (10,26).	La dislalia es el error de pronunciación del niño al momento de identificar las imágenes.	-	Repetición de los fonemas e identificar el tipo de error en la dislalia	Nominal	Omisión Sustitución Distorsión
Maloclusión dental	Desviación o anomalía en el crecimiento y desarrollo natural de la dentadura (32).	Es el registro de maloclusión en una ficha de recolección de datos a través del examen intraoral.	-	Clase de Angle observada	Ordinal	Clase I Clase II Clase III
Edad	Tiempo vivido desde el momento del nacimiento (19).	Edad calculada según su fecha de nacimiento al momento de la medición.	-	Documento Nacional de Identidad	Razón	Edad en años
Sexo	Estado biológico al momento del nacimiento (19).	Sexo del estudiante al momento de la medición.	-	Documento Nacional de Identidad	Nominal	Masculino Femenino

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

La “observación” clínica es esencial en la investigación, pues implica un análisis directo y detallado de los sujetos en un entorno clínico, proporcionando datos precisos y contextualizados para una comprensión profunda de los aspectos investigados. Al observar directamente a los sujetos en su entorno natural, se pueden identificar patrones de comportamiento, reacciones emocionales y otros aspectos relevantes que pueden no ser evidentes en otros métodos de investigación.

Al emplear la técnica de observación, fue posible identificar con precisión el tipo de dislalia funcional que presenta un paciente, ya sea por omisión, sustitución o distorsión de fonemas. Además, esta misma técnica facilitó la identificación exacta del tipo de maloclusión dental del paciente, clasificándola como Clase I, II o III, lo cual resulta fundamental para establecer un plan de tratamiento adecuado.

El instrumento utilizado correspondió a una “ficha de recolección de datos”, la cual constó de tres secciones. La primera sección recopiló el número de ficha, sexo y edad del paciente. La segunda sección recopiló datos sobre la presencia de maloclusión dental, determinada según la clasificación de Angle. Por último, la tercera sección recopiló información acerca de la presencia de dislalia funcional y el tipo específico de error de pronunciación.

3.7.2 Descripción

Procedimientos para la recolección de los datos

Paso 1:

Se solicitó a la Institución Educativa Alfonso Ugarte 6041 la programación de una reunión presencial con los padres y/o tutores de los niños que serán participantes en la investigación. El propósito de esta reunión fue explicar detalladamente el objetivo y la importancia del estudio, así como aclarar cualquier duda que puedan tener los padres o tutores. Además, se les proporcionó una carta de consentimiento de participación, la cual debió ser firmada por el apoderado de cada niño para autorizar su participación en la investigación.

Paso 2:

Después de obtener la autorización por escrito de los apoderados de los niños, se llevó a cabo un exhaustivo examen intraoral utilizando instrumentos esterilizados, como un bajalenguas, un espejo dental y una lámpara. Este examen implicó una cuidadosa observación de las estructuras dentales para identificar cualquier indicio de maloclusión.

En caso de detectar maloclusión, se procedió a identificar el tipo específico presente en cada niño utilizando la guía de clasificación de Angle. Esta clasificación permitió determinar si la maloclusión es de Clase I, II o III, lo cual fue esencial para establecer un diagnóstico preciso y diseñar un plan de tratamiento individualizado para cada paciente.

Clasificación de Angle (32)

- “Clase I”: Implica relaciones normales mesiodistales entre los maxilares y los arcos dentales, con variaciones mínimas en la línea de oclusión de incisivos y caninos.
- “Clase II”: Los primeros molares inferiores están distalmente ocluidos respecto a su posición normal con los primeros molares superiores, causando una oclusión anormal en todos los dientes.
- “Clase II división 1”: Los incisivos maxilares están inclinados hacia adelante (vestibulares) y hay un aumento en el resalte.
- “Clase II división 2”: Los incisivos superiores están inclinados hacia atrás (palatinos), lo que causa apiñamiento en los incisivos laterales y caninos superiores.
- “Clase III”: Los dientes inferiores están más hacia adelante que los superiores en ambos lados del arco dental, con apiñamiento que puede ser moderado o severo, principalmente en la mandíbula.

Paso 3:

Para evaluar la dislalia, se utilizó como referencia la ficha de observación desarrollada por Flores (9) en 2019, la cual ha sido validada y empleada en investigaciones previas. Esta ficha se complementó con un rotafolio de imágenes diseñado para ser fácilmente reconocible por los niños, lo que contribuyó a estandarizar la prueba y a reducir posibles sesgos en las respuestas. Es importante señalar que dicho instrumento fue modificado para adaptarse al contexto del estudio y pasó por un nuevo proceso de validación y evaluación de confiabilidad.

En cuanto a la evaluación de la dislalia funcional, se llevó a cabo un examen de pronunciación utilizando 63 imágenes a color, cada una asociada con un fonema específico que se esté evaluando. Estas imágenes se presentaron de manera no anunciada para evitar influir en las respuestas de los niños. Se aseguró que las imágenes sean fácilmente reconocibles para su grupo de edad, lo que garantizó un análisis estandarizado, sin importar la edad del niño evaluado. Durante el examen, se observó si hay errores en la repetición de los fonemas, lo que ayudó a identificar la presencia de dislalia funcional y determinar el tipo de error presente (omisión, sustitución o distorsión).

Además, se observaron 65 palabras clasificadas según la zona de articulación dentro del aparato estomatognático. Esto sirvió para identificar y clasificar la dislalia en diferentes categorías, como “bilabial” “(p, b, m)”, “labiodental” “(f)”, “linguodental” “(t, d)”, “linguo-alveolar superior” “(l, n, r, rr)”, “linguo-alveolar inferior” “(s)”, “linguo-palatal” “(ch, ñ, ll)”, “linguo-velar” “(c, j, g)”, “licuantes” “(bl, cl, fl, gl, pl)” y “trabadas” “(br, cr, fr, gr, pr, tr, dr)”.

Al concluir el examen, se completó detalladamente la ficha de recolección de datos con toda la información obtenida durante la evaluación. Este enfoque garantizó un análisis preciso y confiable de la dislalia en los niños participantes en la investigación.

3.7.3 Validación

Tres expertos en el área realizaron una evaluación crítica de la “ficha de recolección de datos”, analizando su estructura, relevancia de los datos y utilidad para la investigación. Esta evaluación permitió identificar áreas de mejora y

garantizar la eficacia y confiabilidad de la ficha en la recopilación de datos, validando así la calidad y relevancia de la investigación (43).

3.7.4 Confiabilidad

La fiabilidad del instrumento fue analizada mediante el índice de concordancia de Kappa, ampliamente reconocido como un indicador de la consistencia y confiabilidad en evaluaciones categóricas. En este análisis, un valor de Kappa igual o superior a 0.60 fue considerado como evidencia de buena concordancia y, por ende, de una confiabilidad aceptable del instrumento (43).

En relación con los resultados obtenidos, para la maloclusión dental, se alcanzó un índice Kappa de 0.828, lo cual indicó una concordancia muy buena entre el experto y el evaluador. Por otro lado, en la dislalia funcional, el índice Kappa fue de 0.773, lo que reflejó una concordancia buena. Estos hallazgos evidencian que el instrumento utilizado presentó una confiabilidad adecuada para evaluar ambas variables en la población estudiada (Ver anexo 3).

3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos

Los datos fueron recopilados, organizados e introducidos en una hoja de cálculo en “Microsoft Excel”. Posteriormente, se trasladaron al “software estadístico SPSS versión 27” para su análisis. Este análisis incluyó pruebas descriptivas, enfocándose en la obtención de porcentajes y la representación gráfica de los datos para describir las prevalencias de las alteraciones del habla y las maloclusiones dentales.

Para analizar las relaciones existentes entre las variables, se emplearon pruebas inferenciales específicas, como la “prueba de homogeneidad Chi-

Cuadrado” y la “prueba exacta de Fisher”. Estas herramientas permitieron evaluar las relaciones y asociaciones de manera precisa, según los objetivos del estudio. Los resultados fueron presentados mediante tablas y gráficos descriptivos, facilitando una interpretación clara y comprensible.

3.9 Aspectos éticos

Se cumplieron rigurosamente los procedimientos éticos establecidos por las normativas nacionales e internacionales en investigación. Estos principios se basan en el informe Belmont, que subraya la autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los datos de los participantes, y se obtuvo un consentimiento informado detallado de los tutores legales, quienes fueron debidamente informados sobre los objetivos del estudio y la naturaleza voluntaria de la participación (49). Además, se siguieron estrictamente las directrices del “Comité de Ética de la Universidad Privada Norbert Wiener” y su reglamento en todo momento.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1 Análisis descriptivo de los resultados

Tabla 1. Prevalencia de dislalia funcional en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

Dislalia funcional	n	%
Si	13	9.85
No	119	90.15
Total	132	100

Se encontró que el 9.85% de los niños presentaron dislalia funcional, mientras que el resto no mostró dificultades en la articulación del lenguaje. Este resultado indica que la mayoría de los niños en la muestra no experimentan problemas en la pronunciación de palabras.

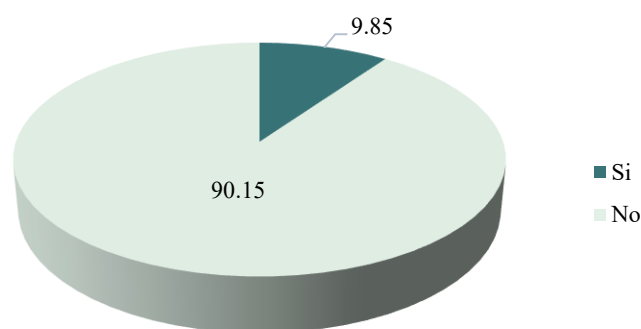


Figura 1. Distribución porcentual de dislalia funcional en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

Tabla 2. Prevalencia de maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

Maloclusión dental	n	%
Si	23	17.42
No	109	82.58
Total	132	100

El 17.42% de los niños presentaron maloclusiones dentales, mientras que el resto no las presentaron, esto indica que las maloclusiones no son predominantes en los niños estudiados.

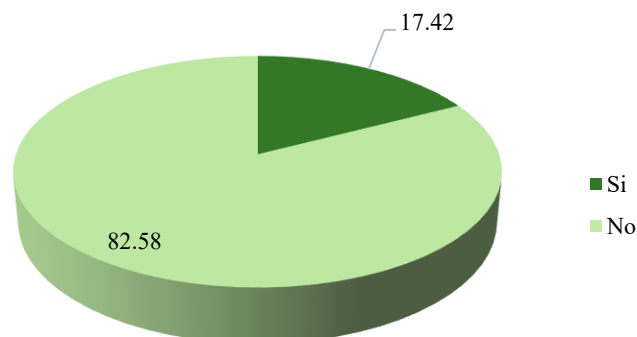


Figura 2. Distribución porcentual de maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

4.1.2 Prueba de hipótesis

Hipótesis general

1. Planteamiento de hipótesis

Ha: Existe relación entre la maloclusión dental y la dislalia funcional en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

Ho: No existe una relación entre la maloclusión dental y la dislalia funcional en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

2. Nivel de significancia

$$\alpha = 0.05$$

3. Estadístico de prueba

- Prueba de homogeneidad Chi - Cuadrado

4. Regla de decisión

- Si $p \leq 0.05$; Se rechaza la H_0 .
- Si $p > 0.05$; No se rechaza la H_0 .

Tabla 3. Relación entre la maloclusión dental y la dislalia funcional en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

Maloclusión dental	Dislalia funcional				P
	Si		No		
	n	%	n	%	
Si	3	2.27	20	15.15	0.57
No	10	7.58	99	75	

†Prueba de homogeneidad Chi - Cuadrado

Este análisis evidencia que la mayor proporción de niños no presenta dislalia funcional, independientemente de la presencia de maloclusión dental, mientras que los casos en los que estas condiciones coexisten son menos frecuentes en la población estudiada. Asimismo, la prueba de homogeneidad Chi-Cuadrado arroja un valor de $p = 0.57$, lo cual indica que no existe una relación estadísticamente significativa entre la presencia de dislalia funcional y la maloclusión dental en esta muestra, lo cual podría deberse a factores como a la influencia de otras variables no consideradas, como hábitos orales o características genéticas, que pueden impactar de forma independiente en ambas condiciones.

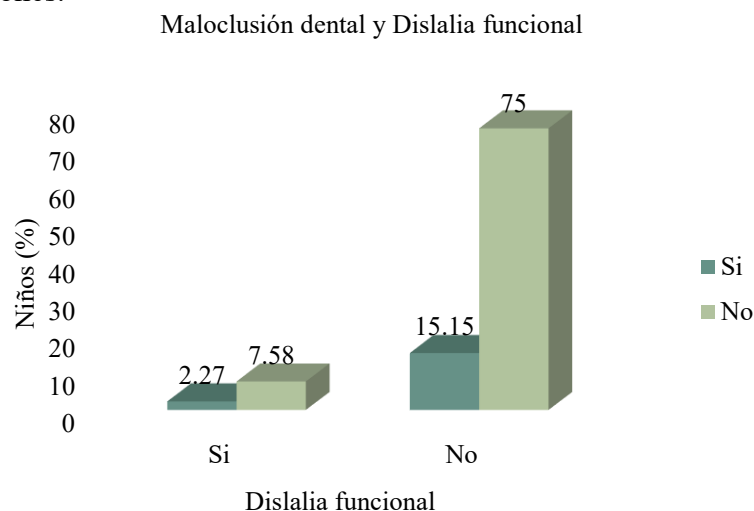


Figura 3. Distribución porcentual de la maloclusión dental y la dislalia funcional en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

Hipótesis específica 1

1. Planteamiento de hipótesis

He¹: Existe relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase I en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

Ho: No existe relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase I en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

2. Nivel de significancia

$$\alpha = 0.05$$

3. Estadístico de prueba

- Prueba de homogeneidad Chi - Cuadrado

4. Regla de decisión

- Si $p \leq 0.05$; Se rechaza la Ho.
- Si $p > 0.05$; No se rechaza la Ho.

Tabla 4. Relación entre dislalia funcional y maloclusión dental Clase I en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

Dislalia funcional	Maloclusión dental (Clase I)				p
	Si		No		
	n	%	n	%	
Si	6	4.55	7	5.3	0.348
No	71	53.8	48	36.4	

†Prueba de homogeneidad Chi - Cuadrado

Se observa que el porcentaje más predominante corresponde a los niños que no presentan dislalia funcional pero sí tienen maloclusión dental de Clase I, con un 53.8%. Por otro lado, el 36.4% de los niños no presentan ni dislalia funcional ni maloclusión dental de Clase I. Además, con un nivel de significancia del 0.05, no se encontró relación

estadística significativa ($p = 0.348$). En base a este resultado, indica que la presencia de dislalia funcional no está asociada con la maloclusión Clase I en esta muestra de niños. Asimismo, se deduce que, la Clase I representa maloclusiones leves que pueden no interferir significativamente con la función del habla, lo que podría explicar la ausencia de asociación.

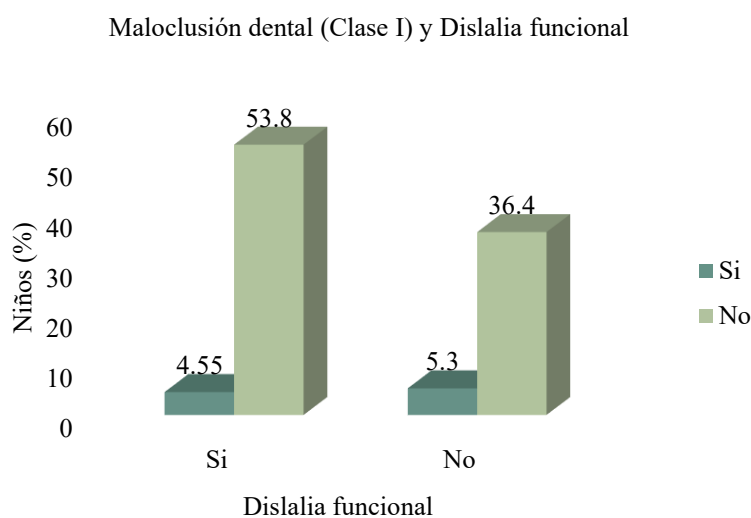


Figura 4. Distribución porcentual de dislalia funcional y maloclusión dental Clase I en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

Hipótesis específica 2

1. Planteamiento de hipótesis

He²: Existe relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase II en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

Ho: No existe relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase II en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

2. Nivel de significancia

$$\alpha = 0.05$$

3. Estadístico de prueba

- Prueba exacta de Fisher

4. Regla de decisión

- Si $p \leq 0.05$; Se rechaza la H_0 .
- Si $p > 0.05$; No se rechaza la H_0 .

Tabla 5. Relación entre dislalia funcional y maloclusión dental Clase II en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

Dislalia funcional	Maloclusión dental (Clase II)				p
	Si		No		
	n	%	n	%	
Si	4	3.03	9	6.82	0.597
No	36	27.3	83	62.9	

†Prueba exacta de Fisher

En la figura 5, se observa que el porcentaje más predominante corresponde a los niños que no presentan dislalia funcional ni maloclusión dental Clase II, con un 62.9%. Seguidamente, el 27.3% de los niños no presentan dislalia funcional pero sí tienen maloclusión dental Clase II. Asimismo, de la tabla 5, se evidencia que, no se encontró relación estadística significativa ($p = 0.597$), lo cual refleja que, que las maloclusiones Clase II no afectan directamente la articulación del habla en esta población. Aunque las maloclusiones Clase II pueden modificar la estructura facial, no necesariamente causan dislalia funcional en todos los casos, ya que otros factores (como la motricidad oral) también desempeñan un rol.

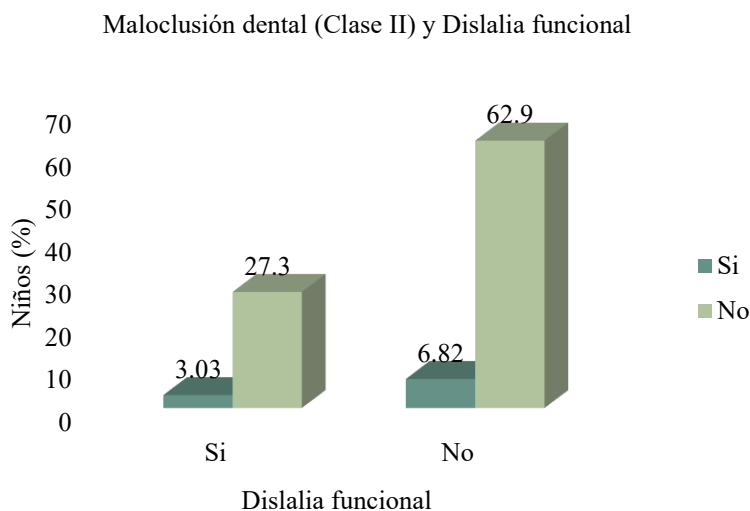


Figura 5. Distribución porcentual de dislalia funcional y maloclusión dental Clase II en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

Hipótesis específica 3

1. Planteamiento de hipótesis

He³: Existe relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase III en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

Ho: No existe relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase III en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima – 2024

2. Nivel de significancia

$$\alpha = 0.05$$

3. Estadístico de prueba

- Prueba exacta de Fisher

4. Regla de decisión

- Si $p \leq 0.05$; Se rechaza la Ho.
- Si $p > 0.05$; No se rechaza la Ho.

Tabla 6. Relación entre dislalia funcional y maloclusión dental Clase III en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

Dislalia funcional	Maloclusión dental (Clase III)				p
	Si		No		
	n	%	n	%	
Si	4	3.03	9	6.82	0.079
No	14	10.61	105	79.55	

†Prueba exacta de Fisher

En la Figura 6, que analiza la relación entre maloclusión dental Clase III y dislalia funcional, el porcentaje más predominante corresponde a los niños que no presentan dislalia funcional ni maloclusión dental Clase III, con un 79.55%. En segundo lugar, el 10.61% de los niños presentan maloclusión dental Clase III, pero no dislalia funcional. Además, en la tabla 6, no hay suficiente evidencia estadística para que la hipótesis nula sea rechazada. Aunque el valor p (0.079) es más cercano al umbral de significancia, no es concluyente. Esto implica que podría haber una relación, pero los datos no son suficientes para confirmarla. En base a este resultado, se infiere que, las maloclusiones Clase III suelen tener un impacto funcional más notable, pero el tamaño de la muestra o la variabilidad en los casos podría limitar los hallazgos.

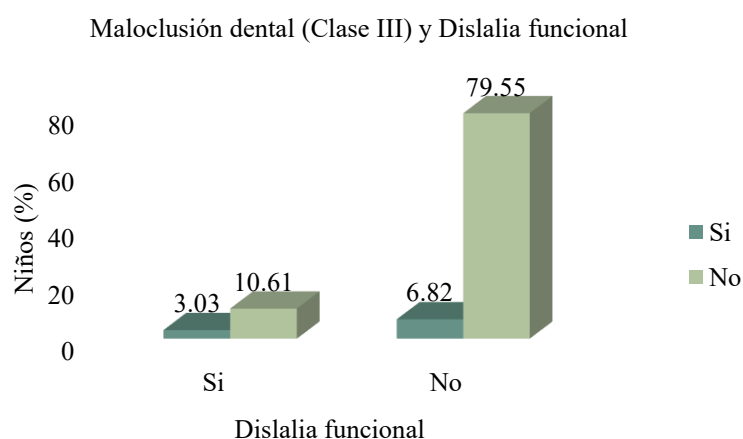


Figura 6. Distribución porcentual de dislalia funcional y maloclusión dental Clase III en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

Hipótesis específica 4

1. Planteamiento de hipótesis

He⁴: Existe relación entre la dislalia funcional y maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024, según la edad.

Ho: No existe relación entre la dislalia funcional y maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024, según la edad.

2. Nivel de significancia

$$\alpha = 0.05$$

3. Estadístico de prueba

- Prueba exacta de Fisher

4. Regla de decisión

- Si $p \leq 0.05$; Se rechaza la Ho.
- Si $p > 0.05$; No se rechaza la Ho.

Tabla 7. Relación entre dislalia funcional y maloclusiones dentales según la edad en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

Edad / Maloclusión dental	Dislalia funcional				p	
	Si		No			
	n	%	n	%		
6 - 9	Si	1	1.59	6	9.52	0.457
	No	4	6.35	52	82.54	
10 - 12	Si	2	2.9	14	20.29	0.599
	No	6	8.7	47	68.12	

†Prueba exacta de Fisher

De la figura 7, se observa que el porcentaje más predominante corresponde a los niños de 6 a 9 años que no presentan dislalia funcional ni maloclusiones dentales, con un 82.54%. De manera similar, en el grupo de 10 a 12 años, el porcentaje mayor

corresponde también a los niños sin dislalia funcional ni maloclusiones dentales, con un 68.12%. Asimismo, en la tabla 7, los resultados no muestran una relación estadísticamente significativa entre la dislalia funcional y las maloclusiones dentales en los grupos de edad analizados (valores $p > 0.05$). Esto implicó que la edad, dentro del rango de 6 a 12 años, no influye de manera determinante en la coexistencia de estas dos condiciones. Es posible que las variaciones en el desarrollo oral y lingüístico durante estas etapas de crecimiento no sean suficientemente marcadas para establecer una correlación clara. Adicionalmente, los factores que podrían influir en la dislalia funcional o las maloclusiones, como hábitos orales o predisposiciones genéticas, podrían estar presentes de manera uniforme entre los grupos etarios.

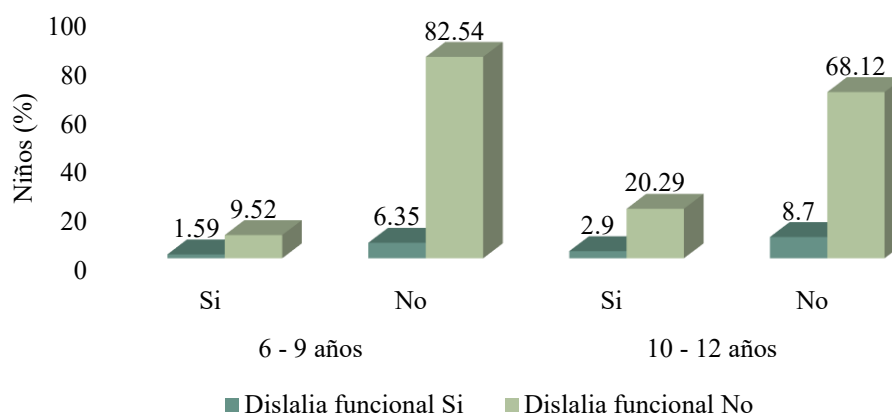


Figura 7. Distribución porcentual de dislalia funcional y maloclusiones dentales según la edad en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

Hipótesis específica 5

1. Planteamiento de hipótesis

He⁵: Existe relación entre la dislalia funcional y maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024, según el sexo.

Ho: No existe relación entre la dislalia funcional y maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024, según el sexo.

2. Nivel de significancia

$$\alpha = 0.05$$

3. Estadístico de prueba

- Prueba exacta de Fisher

4. Regla de decisión

- Si $p \leq 0.05$; Se rechaza la Ho.
- Si $p > 0.05$; No se rechaza la Ho.

Tabla 8. Relación entre dislalia funcional y maloclusiones dentales según el sexo en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

Sexo / Maloclusión dental		Dislalia funcional				p
		Si		No		
		n	%	n	%	
Femenino	Si	2	2.94	8	11.76	0.272
	No	5	7.35	53	77.94	
Masculino	Si	1	1.56	12	18.75	0.648
	No	5	7.81	46	71.88	

†Prueba exacta de Fisher

De la figura 8, se observa que los porcentajes más predominantes corresponden a los niños que no presentan dislalia funcional ni maloclusiones dentales. En el grupo femenino, este porcentaje es del 77.94%, mientras que en el grupo masculino alcanza el 71.88%. Además, en la tabla 8, no se identificó una relación estadísticamente significativa entre dislalia funcional y maloclusiones dentales según el sexo (valores $p > 0.05$). En base a este resultado, indica que la condición de ser niño o niña no es un factor diferenciador relevante en la presencia conjunta de estas dos variables.

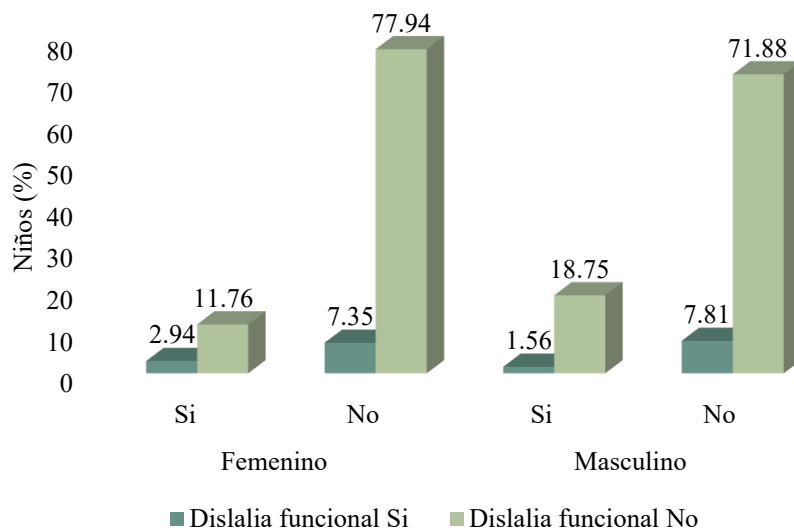


Figura 8. Distribución porcentual de dislalia funcional y maloclusiones dentales según el sexo en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.

4.1.3 Discusión de resultados

Los resultados mostraron que no existió una relación estadísticamente significativa entre la dislalia funcional y la maloclusión dental ($p = 0.57$). Sin embargo, los resultados de Flores (9) en Arequipa, reportó una relación significativa entre ambas condiciones, siendo la maloclusión de clase III la más asociada con dislalia (33.3%). Asimismo, Amr et al. (17) también identificaron una correlación significativa entre maloclusiones dentales y problemas de habla en Valencia ($p < 0.05$), los resultados de esta investigación implicaron que estas condiciones podrían no estar relacionadas de manera consistente en poblaciones diferentes, posiblemente debido a factores genéticos o ambientales que varían entre regiones. Por otro lado, Do Canto et al. (18) encontraron que la sobremordida profunda podía actuar como un factor protector frente a problemas de habla. Esto podría explicar la falta de relación encontrada en la presente investigación, dado que el tipo de maloclusión predominante y sus características funcionales pueden variar según la muestra estudiada.

En el primer objetivo específico se demostró que, la prevalencia de dislalia funcional fue del 9.85%, lo cual reflejó que la mayoría de los niños no tenía dificultades en la articulación del lenguaje. Estos resultados difieren de los reportados por Lovato (21) en Lima, quien encontró una prevalencia más alta (56%) en estudiantes de primer grado. Esta disparidad podría atribuirse a diferencias metodológicas, como la aplicación del test de Melgar en un contexto diferente y en una población de menor edad. Asimismo, Tran et al. (14) en Estados Unidos observaron diferencias en las consonantes producidas por pacientes con desarmonías dentofaciales, lo cual contrasta con los resultados actuales, donde los niveles de dislalia funcional fueron bajos, posiblemente debido a un desarrollo lingüístico más típico en esta población.

Según el segundo objetivo específico, se encontró que el 17.42% de los niños presentaron maloclusiones dentales, siendo esta prevalencia baja en comparación con Simón (20) en Chimbote, quien reportó una prevalencia del 83.13%. Esta diferencia puede deberse al rango de edad y al contexto educativo de las poblaciones analizadas. Por otro lado, Parra et al. (22) en Cajamarca identificaron la Clase I como la maloclusión más común (66.75%), lo cual coincide parcialmente con los resultados presentes, ya que se observó que el porcentaje más predominante corresponde a los niños que no presentan dislalia funcional pero sí tienen maloclusión dental de Clase I, con un 53.8%.

De acuerdo con el tercer objetivo específico, no se encontró una relación significativa ($p = 0.348$) entre dislalia funcional y maloclusión dental Clase I. Este resultado es consistente con lo reportado por Lovato (21), quien no identificó diferencias significativas entre instituciones educativas en cuanto a dislalia funcional. Sin embargo, contrasta con Mogren et al. (15), quienes encontraron que las maloclusiones Clase I eran más comunes en niños con trastornos del habla. Esta discrepancia podría explicarse por

las características menos severas de la Clase I, que tienden a no interferir significativamente con la función del habla en algunas poblaciones.

En cuanto al cuarto objetivo específico, tampoco se halló una relación estadísticamente significativa ($p = 0.597$) entre dislalia funcional y maloclusiones de Clase II. Este hallazgo coincide con Lathrop et al. (16), quienes destacaron que las desarmonías Clase III tienen un mayor impacto en las distorsiones del habla que la Clase II. Sin embargo, Amr et al. (17), en Valencia identificaron una asociación significativa entre maloclusiones Clase II y problemas del habla ($p < 0.05$). Esto podría deberse a diferencias en el desarrollo craneofacial y los hábitos orales entre las poblaciones analizadas.

En el quinto objetivo específico, aunque se encontró un valor p cercano al umbral de significancia ($p = 0.079$), no se estableció una relación concluyente entre dislalia funcional y maloclusiones de Clase III. Esto está en línea con Huamaccto (19) en Lima, quien destacó que las características motoras orofaciales influyen más en la calidad del habla que la maloclusión Clase III por sí sola. Por otro lado, Flores (9), reportó que la Clase III era la maloclusión más asociada con dislalia. Esta diferencia podría ser consecuencia de la variabilidad en las muestras y el uso de criterios diagnósticos diferentes.

De acuerdo con el sexto objetivo específico, no se encontró relación significativa entre estas variables de estudio según la edad. Este resultado es consistente con lo hallado por Do Canto et al. (18), quienes señalaron que las maloclusiones y problemas de habla tienen asociaciones multifactoriales que no siempre dependen de la edad. Además, Parra et al. (22), destacó que las diferencias por género y edad en

maloclusiones no fueron significativas en algunos casos, lo cual respalda los hallazgos actuales.

Y, por último, en cuanto al sétimo objetivo específico, los resultados indicaron que el sexo no fue un factor diferenciador relevante ($p > 0.05$). Esto coincide con los hallazgos de Lovato (21), quien tampoco encontró diferencias significativas en dislalia funcional entre instituciones educativas. Por el contrario, Huamaccto (19), observó una mayor prevalencia de maloclusiones en hombres que en mujeres, lo cual podría deberse a variaciones en la composición de las muestras y en los factores socioculturales asociados al acceso a tratamientos odontológicos.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- No se encontró una relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$) entre la dislalia funcional y la maloclusión dental en la población estudiada, lo que implica que estas condiciones no necesariamente coexisten y podrían estar influenciadas por factores externos no considerados.
- La prevalencia de dislalia funcional fue baja (9.85%), lo que indica que la mayoría de los niños no presentan dificultades en la articulación del lenguaje.
- El 17.42% de los niños presentó maloclusiones dentales, reflejando una baja prevalencia en la población estudiada.
- No se encontró una relación significativa entre dislalia funcional y maloclusiones dentales Clase I ($p = 0.348$), lo que indica que esta clase de maloclusiones tiene un impacto limitado en la función del habla.
- No se encontró una relación significativa entre dislalia funcional y maloclusión dental Clase II ($p = 0.597$), indicando que esta clase de maloclusiones no afecta directamente la articulación del lenguaje.
- Aunque el valor p fue cercano al umbral de significancia ($p = 0.079$), no se pudo establecer una relación concluyente. Esto implicó que la maloclusión Clase III podría tener un impacto funcional, pero no fue confirmado con los datos disponibles.
- No se encontró una relación significativa entre la dislalia funcional y las maloclusiones dentales en los grupos de edad analizados ($p > 0.05$). Esto define que la edad no influye de manera determinante en la coexistencia de estas condiciones.

- No se identificó una relación estadísticamente significativa entre dislalia funcional y maloclusiones dentales según el sexo ($p > 0.05$), lo que indica que estas condiciones no están influenciadas por el sexo.

5.2 Recomendaciones

- Se recomienda realizar estudios longitudinales que analicen la progresión de ambas condiciones y su posible interacción en etapas posteriores del desarrollo infantil, incorporando factores genéticos y hábitos orales en el análisis.
- Es importante fortalecer programas preventivos y de detección temprana en el ámbito escolar, utilizando herramientas de evaluación estandarizadas para identificar y tratar los casos de dislalia funcional desde edades tempranas.
- Se recomienda ejecutar talleres de promoción de salud oral en las escuelas, enfocados en la prevención y manejo temprano de maloclusiones mediante revisiones odontológicas regulares.
- Se aconseja monitorear a los niños con maloclusión Clase I para evitar complicaciones futuras, incluso si no presentan alteraciones en el habla, asegurando un adecuado seguimiento ortodóncico.
- Se recomienda evaluar y corregir las maloclusiones Clase II en sus primeras etapas, aunque no estén asociadas a problemas del habla, ya que pueden tener un impacto funcional a largo plazo en el sistema estomatognático.
- Se recomienda una evaluación integral para los niños con maloclusión Clase III, incluyendo tanto aspectos funcionales como articulatorios, ya que estas maloclusiones pueden tener implicaciones clínicas importantes.

- Se deben establecer programas educativos diferenciados por grupos etarios que fomenten hábitos orales saludables desde la infancia temprana para prevenir tanto maloclusiones como dificultades del habla.
- Promover campañas de salud oral inclusivas y equitativas para ambos sexos, asegurando el acceso igualitario a revisiones y tratamientos odontológicos desde edades tempranas.

REFERENCIAS

1. García V, Ustrell J, Vilalta J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2011 Apr 1;27(2):75–84. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000200003&lng=es
2. Mafla A, Barrera D, Muñoz G. Maloclusión y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de Pasto, Colombia. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* [Internet]. 2011 Jul 14;22(2):173–85. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/odont/article/view/7308/8880>
3. Lima I, Rodríguez S, García G. Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos. *Rev Cuba Estomatol* [Internet]. 2019;56(2):1–14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90841>
4. Crespo C, Domínguez C, Vallejo F, Liñán C, Del Castillo C, León-Manco RA, et al. Impacto de maloclusiones sobre la calidad de vida y necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de dos escuelas privadas Azogues - Ecuador, 2015. *Rev Estomatológica Hered* [Internet]. 2017 Oct 25;27(3):141. Disponible en: <https://drevistas.cayetano.pe/index.php/REH/article/view/3198>
5. Gutiérrez-Halabi M, Carmash-Kretschmar C, Mezcua-Vazquez-Noguerol P. Relación entre oclusión, bruxismo y cefalea tensional en niños: Reporte de casos. *Int J Interdiscip Dent* [Internet]. 2022 Aug;15(2):129–32. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-55882022000200129&lng=en&nrm=iso&tlng=en

6. Fernández Martín F, Arce Calvo MT, Moreno Molina JA. Escuchemos el lenguaje del niño: normalidad versus signos de alerta. *Pediatría Atención Primaria* [Internet]. 2014 Jun;16(Supl 23):101–10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322014000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=en
7. Álvarez Baños L, Oropeza Murillo P, Pérez Tejada HE. Trastornos del habla asociados a maloclusión dental en pacientes pediátricos. *Rev Odontológica Mex* [Internet]. 2005 Aug 26;9(1):23–9. Disponible en: <https://revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/16053>
8. Conde-Guzón P, Quirós-Expósito P, Conde-Guzón MJ, Bartolomé-Albistegui MT. Perfil neuropsicológico de niños con dislalias: alteraciones mnésicas y atencionales. *An Psicol* [Internet]. 2014 Oct 1;30(3):1105–14. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/151281>
9. Flores Ventura L. Relación de las maloclusiones dentales con la dislalia en niños de 6 a 12 años que acuden al Centro Odontológico de la Universidad Católica de Santa María durante junio, julio y agosto, Arequipa 2019 [Internet]. Universidad Católica de Santa María; 2019. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/a58742e5-91e5-4516-872a-82162f4d066f>
10. Barros De Flores A, Flores Rochow F. Dislalia: ¿Problemas de lenguaje o problemas de habla? *Rev Chil pediatría* [Internet]. 1974 Dec;45(6):501–4. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061974000600004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
11. Carvajal N, Hernández C. Asociación de dislalias y maloclusiones dentales en niños de 5 a 14 años mediante una revisión sistemática de la literatura, año 2020

- [Internet]. Universidad Antonio Nariño; 2020. Disponible en: <http://repositorio.uan.edu.co/handle/123456789/3216>
12. Guevara Tirado A, Mendoza Merino M. Frecuencia de trastorno específico de la pronunciación según edad y sexo en niños evaluados en un centro de terapia física y rehabilitación del distrito de Villa el Salvador, Lima, Perú. *Alternancia - Rev Educ e Investig* [Internet]. 2023 Jan 3;5(8):52–64. Disponible en: <https://revistaalternancia.org/index.php/alternancia/article/view/993>
 13. Aliaga A, Mattos M, Aliaga R, Del Castillo C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú. *Rev perú med exp salud publica* [Internet]. 2011;28(1):87–91. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000100014
 14. Tran A, Oakley M, Paye C, Trudan E, Ghaltakhchyan N, Turvey T, et al. Multitaper Spectrum Analysis of Consonants Produced by Patients With Dentofacial Disharmonies. *J Speech, Lang Hear Res* [Internet]. 2024 Feb 12;67(2):455–76. Disponible en: https://pubs.asha.org/doi/10.1044/2023_JSLHR-23-00280
 15. Mogren Å, Havner C, Westerlund A, Sjögreen L, Agholme MB, Mcallister A. Malocclusion in children with speech sound disorders and motor speech involvement: a cross-sectional clinical study in Swedish children. *Eur Arch Paediatr Dent* [Internet]. 2022 Aug 1;23(4):619–28. Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s40368-022-00728-4>
 16. Lathrop-Marshall H, Keyser MMB, Jhingree S, Giduz N, Bocklage C, Couldwell S, et al. Orthognathic speech pathology: impacts of Class III malocclusion on

- speech. Eur J Orthod [Internet]. 2022 May 24;44(3):340–51. Disponible en: <https://academic.oup.com/ejo/article/44/3/340/6375406>
17. Amr-Rey O, Sánchez-Delgado P, Salvador-Palmer R, Cibrián R, Paredes-Gallardo V. Association between malocclusion and articulation of phonemes in early childhood. Angle Orthod [Internet]. 2022 Jul 1;92(4):505–11. Disponible en: <https://meridian.allenpress.com/angle-orthodontist/article/92/4/505/478804/Association-between-malocclusion-and-articulation>.
18. Assaf D do C, Knorst JK, Busanello - Stella AR, Ferrazo VA, Berwig LC, Ardenghi TM, et al. Association between malocclusion, tongue position and speech distortion in mixed-dentition schoolchildren: an epidemiological study. J Appl Oral Sci [Internet]. 2021;29. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-77572021000100433&tlng=en
19. Huamaccto J. Maloclusión dental en adolescentes de 13 a 18 años y sus características del habla en Lima Metropolitana [Internet]. Pontificia Universidad Católica del Perú; 2024. Disponible en: <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio//handle/20.500.12404/26955>
20. Simon A. Prevalencia de maloclusión dental en escolares del 3°, 4° y 5° de secundaria de la I.E. Cartavio, distrito de Santiago de Cao, provincia de Ascope, departamento de La Libertad, 2019 [Internet]. Universidad Vat+pñooca Los Ángeles Chimbote; 2023. Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/34330>
21. Lovato I. Dislalia funcional en estudiantes de primer grado en tres instituciones

- educativas de la unidad de gestión educativa local 07, 2022 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/101261>
22. Parras F. Prevalencia de maloclusiones en niños de 8 a 15 años en el Colegio “Señor de Huamantanga” de la ciudad de Jaén [Internet]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2020. Disponible en: <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/2686>
23. Cabrera N. Dislalias. Rev Cuba Ortod [Internet]. 1999;14(2):89–93. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=8309>
24. Bravo Rivera LL, Gerbert Castilo KJ, Salas Toloza GM. Asociación entre maloclusiones y trastornos del lenguaje. Odontol Sanmarquina [Internet]. 2019 May 30;22(2):126–31. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/16225>
25. Sos A, Sos M. Logopedia práctica [Internet]. 6ta ed. Madrid: Wolters Kluwer España; 2011. 369 p. Disponible en: <https://blogs.ucv.es/postgradopsocologia/2017/07/15/logopedia-practica-madrid-wolters-kluwer-espana/>
26. Vázquez A, Reyes Z, Moyaho Á. Dislalias asociadas a maloclusión dental en escolares. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2014;52(5):538–42. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im145o.pdf>
27. Papalia D, Wendkos S, Duskin R. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia [Internet]. 9na ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2005. 69–79 p. Disponible en: <https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2017/03/Psicologia-del-Desarrollo-PAPALIA-2009.pdf>

28. Ramirez LM, Ballesteros LE. Oclusión Dental: ¿Doctrina Mecanicista o Lógica Morfofisiológica? *Int J Odontostomatol* [Internet]. 2012 Aug;6(2):205–20. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2012000200015&lng=en&nrm=iso&tlng=en
29. Farfán C, Quidel B, Fuentes R. Características Anatómicas-Funcionales que Orientan la Posición del Cóndilo en la Fosa Mandibular en una Relación Céntrica. Una Descripción Narrativa. *Int J Morphol* [Internet]. 2020;38(5):1281–7. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022020000501281
30. Echarri L, Echarri P, Echarri P, Lobiondo A, Marchador L. Ortodoncia para asistentes e higienistas dentales [Internet]. Nexus, editor. 2002. 136 p. Disponible en: https://books.google.com.pe/books/about/Ortodoncia_para_asistentes_e_higienistas.html?id=dOOCAAAACAAJ&redir_esc=y
31. Maldonado Moreno JA, Lombard Romero L, Gutiérrez Camacho C, Canseco Jiménez JF, Cuairán Ruidíaz V. Evaluación de dos técnicas para el registro de relación céntrica mandibular: arco gótico versus céntrica de poder. *Rev Odontológica Mex* [Internet]. 2015 Jan;19(1):15–26. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-odontologica-mexicana-90-articulo-evaluacion-dos-tecnicas-el-registro-S1870199X14713680>
32. Ugalde F. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. *Rev ADM* [Internet]. 2007;64(3):97–109. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2007/od073d.pdf>
33. Romero M, Doménico P. Características clínicas y cefalométricas de la

- maloclusión clase II. ODOUS Cient [Internet]. 2013;14(1):37–45. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol14-n1/art05.pdf>
34. Angle E. Classification of malocclusion. Dent Cosm. 1899;(41):350–7.
35. Angle E. The treatment of malocclusion of the teeth. Philadelphia: SS White dental manufacturing; 1907.
36. Ramírez J, Muñoz C, Gallegos A, Rueda M. Maloclusión Clase III. Salud en Tabasco [Internet]. 2010;16(2–3):944–50. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48720965007.pdf>
37. Varela M, García P. Qué maloclusiones deben dentición temporal y mixta empezar a tratarse en (de los 6 a los 11 años). In: 16° Congreso de Actualización en Pediatría. Lúa Ediciones; 2020. p. 147–52.
38. Báez C, Monzón J. Mala oclusión como factor de riesgo en enfermedades periodontales. RAAO. 2021;65(2):32–42.
39. Fonseca Y, Fernández E, Cruañas M. Mordida Abierta anterior. Revisión Bibliográfica. Rev haban cienc méd [Internet]. 2014;13(4):509–15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000400003
40. Mato A, Pérez L, Rodríguez M, González A. Mordida cruzada anterior y tratamiento en la atención primaria. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río [Internet]. 2016 Aug 1;20(4):88–98. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000400011
41. Panes C, Del Sol M. Diastema (διαστημα): Precisando Terminología Anatomica}.

- Int J Morphol [Internet]. 2020;38(1):222–5. Disponible en:
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95022020000100222&script=sci_abstract
42. Cuellar Gutiérrez J, Moreno B, Muñoz M, Veloso Bustos D, Villanueva J. Relación entre apiñamiento dentario y terceros molares. Rev clínica periodoncia, Implantol y Rehabil oral [Internet]. 2018 Dec;11(3):173–6. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072018000300173&lng=en&nrm=iso&tlng=en
43. Hernández-Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6th ed. McGraw-Hill Education; 2014.
44. Ñaupas H, Valdivia M, Vilela J, Romero H. Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2018. 1689–1699 p.
45. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Rev Univ Digit Ciencias Soc. 2019 Jan 31;10(18):92–5.
46. Yadav S, Singh S, Gupta R. Sampling Methods. In: Biomedical Statistics: A beginner's guide. Springer; 2019. p. 71–83.
47. Etikan I, Babatope O. A Basic Approach in Sampling Methodology and Sample Size Calculation. MedLife Clin. 2019;1:50–4.
48. Arias-Gómez J, Villasís-Keever M, Miranda-Novales M. El protocolo de investigación III: la población de estudio. Rev Alerg México [Internet]. 2016;63(2):201–6. Disponible en:

<https://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/181/309>

49. Earl J. The belmont report and innovative practice. *Perspect Biol Med.* 2020;63(2):313–26.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño Metodológico
<p>Problema General ¿Cuál es la relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental en niños de 6 a 11 años de la IE Alfonso Ugarte N° 6041, Lima 2024?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es la prevalencia de dislalia funcional en niños de 6 a 11 años de la IE Alfonso Ugarte N° 6041, Lima 2024? - ¿Cuáles la prevalencia de maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la IE Alfonso Ugarte N° 6041, Lima 2024? - ¿Cuál es la relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase I en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024? - ¿Cuál es la relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase II en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024? - ¿Cuál es la relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase III en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024? - ¿Cuál es la relación entre la dislalia funcional y maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la IE Alfonso Ugarte N° 6041, Lima 2024, según la edad? - ¿Cuál es la relación entre la dislalia funcional y maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la IE Alfonso Ugarte N° 6041, Lima 2024, según el sexo? 	<p>Objetivo General Determinar la relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima 2024.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar la prevalencia de dislalia en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima 2024. - Identificar la prevalencia de maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima 2024. - Identificar la relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase I en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024. - Identificar la relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase II en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024. - Identificar la relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase III en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024. - Determinar la relación entre la dislalia y maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima 2024, según la edad. - Determinar la relación entre la dislalia y maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima 2024, según el sexo. 	<p>Hipótesis general Hi: Existe relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima 2024. Ho: No existe una relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima 2024.</p> <p>Hipótesis específicas He1: Existe relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase I en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024. Ho: No existe relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase I en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024. He2: Existe relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase II en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024. Ho: No existe relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase II en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024. He3: Existe relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase III en niños de 6 a 11 años de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dislalia funcional • Maloclusión dental • Sexo • Edad 	<p>Método de la investigación: Hipotético deductivo. Enfoque de la investigación: Cuantitativo Tipo de investigación: Aplicada Diseño de la investigación: Observacional, transversal. Población, muestra y muestreo Población: La población objetivo de este estudio estuvo compuesta por los estudiantes de la IE Alfonso Ugarte 6041 de 6 a 12 años, que son 250 alumnos de la institución. Muestra: La muestra fue de 132 determinada aplicando el muestreo probabilístico aleatorio simple.</p>

		<p>la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024.</p> <p>Ho: No existe relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental clase III en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024</p> <p>He4: Existe relación entre la dislalia funcional y maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024, según la edad.</p> <p>Ho: No existe relación entre la dislalia funcional y maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024, según la edad.</p> <p>He5: Existe relación entre la dislalia funcional y maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024, según el sexo.</p> <p>Ho: No existe relación entre la dislalia funcional y maloclusiones dentales en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima - 2024, según el sexo.</p>		
--	--	--	--	--

Anexo 2: Instrumentos

Ficha de recolección de datos

Nº de ficha:

Edad:

Sexo:

- a. Masculino
- b. Femenino

Maloclusión



Maloclusión	
SI ()	NO ()
Clase I ()	
Clase II ()	
Clase III ()	

Criterios para determinar la dicción alterada Dislalias

En los siguientes recuadros se observan 65 palabras clasificadas según la zona de articulación dentro del aparato estomatognático, esto servirá para identificar y clasificar la dislalia. Para ello se hará uso de imágenes referenciales.

1. Bilabial		OK	Dislalia
p	Pelota		
	Tapa		
b	Vela		
	Nube		
m	Mesa		
	Cama		
2. Labidental		OK	Dislalia
f	Foco		
	Teléfono		
3. Linguo-dental		OK	Dislalia

t	Tina		
	Lata		
d	Dedo		
	Cadena		
	Pared		
4. Linguo-alveolar superior		OK	Dislalia
l	Luna		
	Pala		
	Sol		
n	Nido		
	Mano		
	Camión		
r	Loro		
	Arete		
	Torta		
rr	Ratón		
	Perro		
	Carro		
5. Linguo-alveolar inferior		OK	Dislalia
s	Sapo		
	Vaso		
	Poste		
6. Linguo-palatal		OK	Dislalia
ch	Cuchara		
	Chupete		
ñ	Caño		
	Muñeca		
ll	Llave		
	Rodilla		
7. Linguo-velar		OK	Dislalia
c	Karate		
	Boca		
	Bikini		
j	Jabón		
	Reloj		
	Ojo		
g	Gallo		
	Soga		
8. Licuantes		OK	Dislalia
Bl	Blanco		
	Tabla		
Cl	Clavo		
	Bicicleta		
Fl	Flor		
	Rifle		
Gl	Globo		

	Regla		
Pl	Plátano		
	Sopla		
9. Trabadas		OK	Dislalia
Br	Brazo		
	Libro		
Cr	Cruz		
	Micro		
Fr	Fresa		
	Cofre		
Gr	Grúa		
	Tigre		
Pr	Preso		
	Sorpresa		
Tr	Tren		
	Astronauta		
Dr	Dragón		
	Ladrillo		

Anexo 3: Validez del instrumento



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Universidad
Norbert Wiener

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: QUIJOTE GONZALEZ KATHERINE
 1.2 Cargo e Institución donde labora: UNIVERSIDAD NORBERT WIZENBERG, DOCENTE DE COMPTON/PSICOPÉD
 1.3 nombre del instrumento motivo de evaluación: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
 1.4 Título de la Investigación: DISLALIA FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON MALOCCLUSIÓN DENTAL EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA DE LA I.E.P LA SEMILLA DE ABRAHAM VALDELOMAR, LIMA - 2024

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

CRITERIOS		Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3. ACTUALIDAD	Además al avance de la ciencia y tecnología.					X
4. ORGANIZACIÓN	Está en una organización lógica.					X
5. SUFFICIENCIA	Cubre los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Además para valores aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.					X
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.					X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.					X
10. PERTINENCIA	El instrumento va acorde al tipo de investigación.					X
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1a5) + (2a4) + (3a3) + (4a2) + (5a1)}{50}$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL

(Clasifique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un signo en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado	[0,00 - 0,50]
Observado	(0,60 - 0,70]
Aprobado	(0,70 - 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lima, ___ de _____ del 2024.


 CO. Katherine Quiroz González
 ODONTOPEDIATRA
 C.O.P. 3327
 Firma y sello

14



Universidad
Norbert Wiener

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Olivier Valencia Milagro*
 1.2 Cargo e Institución donde labora: *Docente en Universidad Norbert Wiener*
 1.3 nombre del instrumento motivo de evaluación: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
 1.4 Título de la Investigación: DISLALIA FUNCIONAL Y SU RELACION CON MALOCCLUSIÓN DENTAL EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA DE LA I.E.P.LA SEMILLA DE ABRAHAM VALDELOMAR, LIMA - 2024

II. EL ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					X
5. SUFFICIENCIA	Cubre los aspectos de cantidad y calidad en sus datos					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas					X
7. CONSISTENCIA	Adecuado a los objetivos de la investigación y metodología					X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio					X
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación					X
CONTEO TOTAL DE MARCAS (valore el conteo en cada una de las categorías de la escala)						X
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1x1) + (2x2) + (3x3) + (4x4) + (5x5)}{50} =$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL. (Tómese el coeficiente de validez obtenido en el ítem respectivo y marque con un signo en el círculo uno, dos, tres)

Categoría		Intervalo
Disaprobado	<input type="radio"/>	[0,00 - 0,50]
Observado	<input type="radio"/>	(0,50 - 0,70]
Aprobado	<input checked="" type="radio"/>	(0,70 - 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lima, ___ de _____ del 2021.

Olivier Valencia Milagro
Firma y sello
COP 73925



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- L1 Apellido y Nombres del Experto: Calderón Torres, Ana Patricia
 L2 Cargo e Institución donde labora: Docente Tiempo Parcial UPELW
 L3 nombre del instrumento motivo de evaluación: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
 L4 Título de la Investigación: DISLALIA FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON MALOCCLUSIÓN DENTAL EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA DE LA I.E.P LA SEMILLA DE ABRAHAM VALDELOMAR, LIMA - 2024.

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy Buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					
5. SUCIENCIA	Cumple los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.					✓
6. INTENCIONALIDAD	Adecuada para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.					✓
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.					✓
8. COHERENCIA	Entre los ítems, indicadores y las dimensiones.					✓
9. METODOLOGÍA	La metodología responde al propósito del estudio.				✓	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación.					✓
CONTEO TOTAL DE MARCAS (suma el número de cada uno de los categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1x3) + (2x0) + (3x1) + (4x0) + (5x0)}{50} =$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL. (Clasifique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un signo en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Disaprobada	(0,00 - 0,00)
Observada	(0,00 - 0,50)
Aprobada	(0,50 - 1,00)

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Firma _____ de _____ del 2024

Ana Patricia Calderón Torres
 Docente Tiempo Parcial UPELW
 Calle Ramón Castilla 1200
 C. B. Noroeste P. Calderón Torres
 AVE. 1448 C.D. P. 18070

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento

Tabla 9. Índice de concordancia de Kappa

Valoración del Índice de Kappa	
Valor de k	Fuerza de la concordancia
< 0,20	Pobre
0,21 - 0,40	Débil
0,41 - 0,60	Moderada
0,61 - 0,80	Buena
0,81 - 1,00	Muy buena

Concordancia entre experto y evaluador en la maloclusión dental

1. Planteamiento de hipótesis

He: Existe concordancia sobre la maloclusión dental entre experto y evaluador.

Ho: No existe concordancia sobre la maloclusión dental entre experto y evaluador.

2. Nivel de significancia

$\alpha = 0.05$

3. Estadístico de prueba

- Kappa de Cohen

4. Regla de decisión

- Si $p \leq 0.05$; Se rechaza la Ho.
- Si $p > 0.05$; No se rechaza la Ho.

Tabla 10. Concordancia entre experto y evaluador en la maloclusión dental

Maloclusión Dental	Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada	
Medida de acuerdo	Kappa	0.828	0.166	3.757	0.000
N de casos válidos	20				

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

En esta tabla 10 se presenta el análisis de la concordancia entre el experto y el evaluador en la identificación de maloclusiones dentales. En primer lugar, el índice Kappa obtenido fue de 0.828, lo que, de acuerdo con los criterios de la Tabla 9, indica una fuerza de concordancia muy buena. Además, el error estándar asintótico asociado fue de 0.166, lo cual implica estabilidad en el resultado. Por otro lado, el valor de significación aproximada fue de 0.000, lo que indica que $p \leq 0.05$ y permite rechazar la hipótesis nula (H_0). En base a este resultado, significa que efectivamente existe concordancia significativa entre el experto y el evaluador, resaltando la fiabilidad del instrumento para medir la maloclusión dental.

Concordancia entre experto y evaluador en dislalia funcional

1. Planteamiento de hipótesis

He: Existe concordancia sobre la dislalia funcional entre experto y evaluador.

Ho: No existe concordancia sobre la dislalia funcional entre experto y evaluador.

2. Nivel de significancia

$$\alpha = 0.05$$

3. Estadístico de prueba

- Kappa de Cohen

4. Regla de decisión

- Si $p \leq 0.05$; Se rechaza la H_0 .
- Si $p > 0.05$; No se rechaza la H_0 .

Tabla 11. Concordancia entre experto y evaluador en dislalia funcional

Dislalia funcional	Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Medida de acuerdo	Kappa 0.773	0.216	3.549	0.000
N de casos válidos	20			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

De manera similar, esta tabla evalúa la concordancia entre el experto y el evaluador, en este caso para la identificación de la dislalia funcional. El índice Kappa obtenido fue de 0.773, el cual, según la Tabla 9, corresponde a una fuerza de concordancia buena. El error estándar asintótico fue de 0.216, lo que también refleja consistencia en el resultado. Además, el valor de significación aproximada fue nuevamente 0.000, indicando que $p \leq 0.05$ y permitiendo rechazar la hipótesis nula (H_0). Esto confirma que existe una concordancia significativa entre el experto y el evaluador en la clasificación de la dislalia funcional, reafirmando la validez del instrumento para esta variable.

Anexo 5: Aprobación del comité de ética



Universidad
Norbert Wiener

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 16 de octubre de 2024

Investigador(a)
Luz Marisela Olivera Carrera
Exp. N°: 0601-2024

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) evaluó y **APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: **"DISLALIA FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON MALOCCLUSIÓN DENTAL EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA DE LA I.E.P LA SEMILLA DE ABRAHAM VALDELOMAR, LIMA - 2024"** Versión 01 con fecha 10/07/2024.
- Formulario de Consentimiento Informado Versión 01 con fecha 10/07/2024.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Luz Marisela Olivera Carrera.

La **APROBACIÓN** comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. La vigencia de la aprobación es de dos años (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. Toda enmienda o adenda se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
3. Si aplica, la **Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.


Atentamente,

Raúl Antonio Rojas Ortega
Presidente

Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
UPNW



Anexo 6: Formato de consentimiento informado

 Universidad Norbert Wiener	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO(FCI) EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIEI-VRI		
	CÓDIGO: UPNW-EES-FOR-068	VERSION: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 11/08/2022

Título de proyecto de investigación: "DISLALIA FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON MALOCCLUSIÓN DENTAL EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA DE LA I.E ALFONSO UGARTE 6041, LIMA – 2024".
Investigadora: Luz Marisela Olivera Carrera.
Institución: Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: "DISLALIA FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON MALOCCLUSIÓN DENTAL EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA DE LA I.E ALFONSO UGARTE 6041, LIMA – 2024" de fecha 06/07/2024 y versión 01. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW).

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es determinar la relación entre la dislalia funcional y la maloclusión dental en niños de 6 a 11 años de la I.E Alfonso Ugarte N° 6041, Lima 2024. Desde una perspectiva práctica los hallazgos de este estudio darán a conocer la relación entre la dislalia y la maloclusión dental, ya que esto tiene importantes implicaciones tanto en el ámbito clínico como educativo. Al entender esta relación, los profesionales de la salud, incluyendo odontólogos y patólogos del habla, podrán colaborar de manera efectiva en el diagnóstico y tratamiento de niños que presenten ambas condiciones. Además, los resultados de esta investigación servirán de base para el desarrollo de programas de intervención temprana destinados a mejorar la salud bucal y el desarrollo del lenguaje en la población infantil.

Duración del estudio (meses): 5 meses

N° esperado de participantes: Constituida por 132 estudiantes de 6 a 12 años de la I.E Alfonso Ugarte 6041.

Criterios de inclusión y exclusión.-

Criterios de inclusión:

- Niños ASA 1.
- Niños de 6 a 11 años matriculados en la I.E Alfonso Ugarte 6041.
- Niños cuyos padres o tutores legales colaboren, firmen y acepten el consentimiento informado.
- Niños que tengan disposición para colaborar con la presente investigación.

Criterios de exclusión:

- Niños que presenten alteraciones patológicas como frenillo lingual.
- Niños que presenten alguna enfermedad contagiosa o sistémica.

V 01 – 06/07/2024	Página 1 de 3
-------------------	---------------

Prohibida la reproducción de este documento, este documento impreso es una copia no controlada.

 Universidad Norbert Wiener	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO(FCI) EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIEI-VRI		
	CÓDIGO: UPNW-EE S-FOR-068	VERSION: 01 REVISION: 01	FECHA: 11/08/2022

- Niños con fisura palatina o de labio.

Procedimientos del estudio: Para participar en este estudio, se invita a su menor hijo a participar de manera voluntaria. Se les explicará el procedimiento y se les preguntará si desean participar, con la opción de retirarse en cualquier momento sin objeción. No habrá ningún costo para ellos, ya que todos los gastos son cubiertos por el investigador. Los beneficios de los resultados incluirán charlas educativas sobre las dislalias, dirigidas a padres y profesores, manteniendo la confidencialidad de los datos.

Se realizará un examen intraoral utilizando instrumentos esterilizados para conocer si el niño presenta maloclusión, y de ser así identificar el tipo. Además, se evaluará la dislalia funcional utilizando 63 imágenes clasificadas según los sonidos del habla a través de un rotafolio. Estas imágenes se mostrarán de manera sorpresiva para evitar que influyan en las respuestas de los niños. Al finalizar el examen, se completará cuidadosamente una ficha con toda la información recopilada.

Riesgos: Su participación en el estudio no presenta ningún riesgo

Beneficios: Usted se beneficiará del presente proyecto luego de que se finalice con la investigación y sea publicado en el repositorio de la Universidad privada Norbert Wiener, ya que podrá saber los resultados de la investigación en la cual usted participó.

Costos e incentivos: Usted no pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

Derechos del paciente: La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el investigador principal

Investigadora responsable: Luz Marisela Olivera Carrera.

Numero de celular: 928894558

Correo electrónico: a2018101543@uwiener.edu.pe

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener,


Email: comité.etica@uwiener.edu.pe

 Universidad Norbert Wiener	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO(FCI) EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIEI-VRI		
	CÓDIGO: UPNW-EE-S-FOR-068	VERSION: 01 REVISION: 01	FECHA: 11/08/2022

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

 (Firma)
 Nombre **participante**:
 DNI:
 Fecha: (dd/mm/aaaa)



 Nombre de la investigadora: Luz Marisela
 Olivera Carrera.
 DNI: 72327272
 Fecha: (dd/mm/aaaa)

 (Firma)
 Nombre testigo o representante legal:
 DNI:
 Fecha: (dd/mm/aaaa)

Nota: La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.

Anexo 7: Carta de presentación y aprobación

Lima, 22 de enero del 2025

Carta N°010-01-2025-EAP-ODON-UPNW

Dra. Morán Garavito, Cecilia Maribel
Directora
I.E.P La Semilla de Abraham Valdelomar
Lima

Presente. -

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted a nombre de la Universidad Norbert Wiener, con motivo de presentar a la Bachiller **Luz Marisela Olivera Carrera** de la carrera de **Odontología** para que pueda realizar la recolección de datos para su tesis titulada: **"DISLALIA FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON MALOCLUSIÓN DENTAL EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA DE LA I.E.P LA SEMILLA DE ABRAHAM VALDELOMAR, LIMA – 2024"**.

Por ello, solicitamos brindar el acceso a vuestra digna Institución a la Bachiller para que ejecute las actividades relacionadas a su investigación.

Esperando contar con su apoyo a la formación profesional de nuestros estudiantes aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente,




Universidad
Norbert Wiener

.....
Dra. Brenda Vergara Pinto
Directora EAP Odontología
Universidad Norbert Wiener

Anexo 5: Solicitud de Permiso para la recolección de datos

VES 27 de Septiembre del 2024

Señor (a)

Director Cecilia Maribel Morán G. de la I.E.P La Semilla de Abraham Valdelomar

Referencia: Solicitud de permiso para realizar aplicación de instrumentos, investigación cuantitativa.

Respetado

Señor(a) Solicito de manera respetuosa su consentimiento para que la estudiante Luz Marisela Olivera Carrera pueda aplicar una muestra en su Institución Educativa a los estudiantes de primaria de 6 a 12 años como parte del desarrollo de su proyecto

"Dislalia funcional y su relación con maloclusión dental en estudiantes de primaria de la I.E.P La Semilla de Abraham Valdelomar, Lima – 2024", solicitando su permiso y cooperación.

De antemano agradezco su valiosa colaboración

Cordialmente,

Luz Marisela Olivera Carrera

Cecilia Maribel Morán G.

Nombre completo del Director



Firma

27/09/24

Fecha

Marisela Olivera Carrera


Nombre del Investigador

Firma

27/09/24

Fecha

Anexo 8: Informe del asesor

 Universidad Norbert Wiener	INFORME DEL ASESOR		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-014	VERSIÓN: 02 REVISIÓN: 02	FECHA: 13/05/2020

Lima, 05 de febrero del 2024

Dra. Esp. Brenda Vergara Pinto

Directora de la EAP de Odontología Universidad Privada Norbert Wiener
Presente. -

De mi especial consideración:

Es grato expresarle un cordial saludo y como asesora de tesis titulada: **"DISLALIA FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON MALOCCLUSIÓN DENTAL EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA DE LA I.E.P LA SEMILLA DE ABRAHAM VALDELOMAR, LIMA – 2024"** desarrollado por la egresada Luz Marisela Olivera Carrera; para la obtención del Título Profesional de Cirujano dentista; ha sido concluida satisfactoriamente.

Al respecto informo que se lograron los siguientes objetivos:

- Orientar la investigación para lograr los objetivos de la misma.
- Revisar el informe final en sus resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.
- Aprobar la tesis para su sustentación.

Atentamente,



Dra. Jacqueline Céspedes Porras
MSE/ EN ODONTOPEDIATRÍA
CDP 8402 - JNE 0035



Dra. Mg. Esp. CD. Céspedes Porras, Jacqueline

Anexo 9: Reporte de Turnitin

Reporte de similitud	
NOMBRE DEL TRABAJO Tesis	AUTOR Luz Olivera
RECuento DE PALABRAS 12474 Words	RECuento DE CARACTERES 67052 Characters
RECuento DE PÁGINAS 59 Pages	TAMAÑO DEL ARCHIVO 262.4KB
FECHA DE ENTREGA Feb 18, 2025 6:22 PM GMT-5	FECHA DEL INFORME Feb 18, 2025 6:22 PM GMT-5
<p>● 15% de similitud general</p> <p>El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12% Base de datos de Internet • Base de datos de Crossref • 12% Base de datos de trabajos entregados • 1% Base de datos de publicaciones • Base de datos de contenido publicado de Crossref 	
<p>● Excluir del Reporte de Similitud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material citado • Coincidencia baja (menos de 10 palabras) 	
Resumen	

Anexo 10: Evidencia fotográfica





● 15% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 12% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 12% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	3%
2	repositorio.udh.edu.pe Internet	3%
3	tesis.ucsm.edu.pe Internet	2%
4	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2021-02-01 Submitted works	<1%
5	tesis.pucp.edu.pe Internet	<1%
6	Universidad Católica de Santa María on 2024-10-09 Submitted works	<1%
7	hdl.handle.net Internet	<1%
8	dspace.unach.edu.ec Internet	<1%