

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Odontología**  
**Escuela Profesional de Odontología**



**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.**

Tesis presentada por el Bachiller:

**Flores Ventura, Luis Hernán**

Para optar el Título Profesional de:

**Cirujano Dentista**

**Asesor:** Dr. Aguilar Salas, Marcel Víctor

**Arequipa- Perú**

**2019**



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

DR.(A) JAIME GALLEGOS ZANABRIA

**BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 075**

Vista la solicitud que presenta don (ña) **LUIS HERNÁN FLORES VENTURA** sobre el dictamen de la Tesis titulada **"RELACIÓN DE LAS MALOCCLUSIONES 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"** y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra **SEGUNDO Y TERCER JURADO DICTAMINADOR** para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR.(A) JAIME GALLEGOS ZANABRIA  
DR.(A) RAMIRO ROJAS MANRIQUE  
DR. (A) PAÚL BERNAL RIQUELME

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

*Herbert Gallegos Vargas*  
DR. HERBERT GALLEGOS VARGAS  
Decano de la Facultad de Odontología

Arequipa, 01 DE OCTUBRE del 2019

**INFORME**

*Se decano de la Facultad:*

*Habiendo revisado y corregido los errores del puntaje por cada  
de Tesis, esta puede pasar a sustentación verbal.*

Arequipa, 2019 *octubre 12*

*cod 1799*

2019-10-01  
13:51



## Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

DR.(A) RAMIRO ROJAS MANRIQUE

### BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 075

Vista la solicitud que presenta don (ña) **LUIS HERNÁN FLORES VENTURA** sobre el dictamen de la Tesis titulada **"RELACIÓN DE LAS MALOCCLUSIONES 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"** y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra SEGUNDO Y TERCER JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR.(A) JAIME GALLEGOS ZANABRIA  
DR.(A) RAMIRO ROJAS MANRIQUE  
DR. (A) PAÚL BERNAL RIQUELME

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

*Herbert Gallegos Vargas*  
DR. HERBERT GALLEGOS VARGAS  
Decano de la Facultad de Odontología

Arequipa, 01 DE OCTUBRE del 2019

### INFORME

- ① Considero que el tipo de investigación debe ser considerado como descriptivo, ya que al no examinar la variable frenillo lingual y la deglución atípica o infantil.
- ② Reformular la metodología ya que no se describe la forma como examinó al paciente R.C./OC.
- ③ Evaluar o reconsiderar la relación de mord. abierta y dislalia.

Arequipa, 2019

11/10/2019

*Paúl Bernal Riquelme*

2019-10-01  
13:51



*Universidad Católica de Santa María*

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

DR.(A) PAÚL BERNAL RIQUELME

**BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 075**

Vista la solicitud que presenta don (ña) **LUIS HERNÁN FLORES VENTURA** sobre el dictamen de la Tesis titulada **"RELACIÓN DE LAS MALOCCLUSIONES 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"** y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra SEGUNDO Y TERCER JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR.(A) JAIME GALLEGOS ZANABRIA  
DR.(A) RAMIRO ROJAS MANRIQUE  
DR. (A) PAÚL BERNAL RIQUELME

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

*Herbert Gallegos Vargas*  
DR. HERBERT GALLEGOS VARGAS  
Decano de la Facultad de Odontología

Arequipa, 01 DE OCTUBRE del 2019

**INFORME**

*Señor decano:*  
*Habrando revisado el presente trabajo de investigación y habiendo el alumno salvado las observaciones planteadas, se autoriza se prosiga con el trámite de sustentación pues el dictamen es favorable*

Arequipa, 2019 *octubre 22*

2019-10-01  
13:51



*El destino le susurra al guerrero:  
'Se avecina la tormenta'  
Y el guerrero responde:  
'Yo soy la tormenta'*



*Agradezco a:*

*Mi madre, Irene por siempre estar, apoyar, querer y soportar, en mis mejores momentos y mas aun en los peores, no existen palabras ni suficientes paginas que hagan justicia a la gratitud que siento por las cosas que ella hace por mi.*

*A Hernán mi padre, hombre duro, orgulloso y trabajador, maestro mío sin temor a corregir o enseñar.*

*A Cesar Ventura, tío, ya que gracias a el seré odontólogo, siempre preocupado por mi, celebrando mis logros y apoyándome en mis derrotas, segundo padre para mi y un perfecto ejemplo de la calidad de un Ventura Urquiza.*

*A mi hermana, Gabriela quien siempre a deseado lo mejor para la familia.*

*A Venus, que solo le basta existir para alegrarme la vida, que siempre espera, que siempre acompaña, ser hermoso ojalá lo supiera.*

## RESUMEN

Dado que las alteraciones de la oclusión pueden ser de mayor o menor gravedad y comprometer a casi todas las estructuras de la cavidad oral, también a sus funciones entre ellas la fonación y tomando en cuenta que la dislalia es un trastorno en el que no encontramos daño neurológico.

Este trabajo de investigación tiene como objetivo establecer una relación entre la maloclusión y la dislalia en infantes de 6 a 12 años que acudieron al centro odontológico de la UCSM durante los meses de junio, julio y agosto del año 2019, también establecer si la dislalia se presentaba en mayor o menor medida según el tipo de maloclusión, e identificar cuales eran los fonemas mas afectados en los pacientes que presentaban dislalia.

Se realizo un estudio transversal, descriptivo y observacional en 250 pacientes de ambos sexos, de 6 a 12 años que ingresaron al centro odontológico de la UCSM cuyos padres fueron informados y aceptaron firmar el consentimiento, con el permiso de los tratantes y la aceptación a la revisión por parte de los menores, el análisis de la maloclusión basado en la clasificación por síndromes de Moyers se realizo de manera intraoral y extraoral en los sillones dentales aportados por el centro odontológico y utilizando la prueba de Melgar usada a nivel mundial como prueba para identificar la presencia de dislalia, ayudados también por un libro de 65 imágenes en fondo blanco fácilmente identificables tanto para niños de 6 años hasta los de 12 años.

Se encontró que el 25.7% de los menores con maloclusión presentaban dislalia; en tanto el 15.5% de los menores sin maloclusión presentaban dislalia siendo esta una diferencia significativa, además se observo que los pacientes con maloclusión clase III presentaban dislalia en un 33.3%, los que presentaban clase II en un 27.6% y los que presentaban clase I en un 22.5% y encontrando que los fonemas ‘RR’, ‘R’ y los fonemas llamados ‘trabados’ con un 91.2%, 49.1% y 24.6% respectivamente los mas afectados.

Como conclusión se logro observar una relación significativa entre la maloclusión y la dislalia, siendo la clase III el tipo de maloclusión que mas se asociaba con la dislalia y además los fonemas ‘RR’, ‘R’ y los conocidos como ‘trabadas’ los mas afectados al momento

de la articulación fonética, no se observó una relación significativa entre anomalías dentales tales como apiñamiento, mordida profunda, abierta, bis-bis y la presencia de dislalia.

**Palabras Clave:** Maloclusión, Dislalia, Fonética, Odontología.



## ABSTRACT

The occlusion alterations can be of greater or lesser severity and compromise almost all the structures of the oral cavity, also their functions including phonation and understanding that dyslalia is a disorder without neurological damage.

This research work wants to establish a relationship between malocclusion and dyslalia in infants aged 6 to 12 who were attended at the dental center of the UCSM during the months of June, July and August of the year 2019, also to establish if the dislalia is presented to a greater or lesser extent according to the type of malocclusion, and to identify which were the most affected phonemes in the patients who presented with dyslalia.

A cross-sectional, descriptive and observational study was carried out on 250 patients of both sexes, from 6 to 12 years old, who entered the dental center of the UCSM whose parents were informed and agreed to sign the consent, with the permission of the practitioners and the acceptance of the infants, the analysis of the malocclusion based on the classification by Moyers syndromes was performed intraorally and extraorally in the dental chairs provided by the dental center and using the Melgar test used worldwide as a test to identify the presence of dislalia, also helped by a book of 65 images in white background easily identifiable for any children from 6 years to those of 12 years.

It was found that 25.7% of children with malocclusion had dyslalia; while 15.5% of children without malocclusion presented dyslalia, this being a significant difference, it was also observed that patients with class III malocclusion presented dislalia in 33.3%, those who presented class II in 27.6% and those who presented class I in 22.5% and finding that the phonemes 'RR', 'R' and the phonemes called 'locked' with 91.2%, 49.1% and 24.6% respectively the most affected.

In conclusion, it was possible to observe a significant relationship between malocclusion and dyslalia, class III being the type of malocclusion most associated with dyslalia and also the phonemes 'RR', 'R' and those known as 'locked' the most affected at the time of the phonetic joint, there was no significant relationship between dental anomalies such as crowding, deep bite, open bite, bis-bis and the presence of dyslalia.

**Keywords:** Malocclusion, Dyslalia, Phonetics, Dentistry.

## INTRODUCCIÓN

El trastorno del lenguaje mas habitual en menores de estudios primarios es el trastorno en la articulación de fonemas conocido como dislalia, “la dislalia es el defecto mas común dentro de los problemas de dicción, encontrándose que esta se presentaba en un 25-30% en menores de 6- 7 años, en un 17-20% en alumnos de primaria y en un 1-3% en mayores”. (1)

Esta anomalía se refiere a la dificultad en el proceso de articular palabras fonéticamente, al ocurrir en niños es detectado por padres y/o educadores quienes no solo notan la imposibilidad de los menores para pronunciar ciertas palabras si no también observan diferentes cambios a nivel psicológico que resultan de la aparición de este trastorno.

Una de las primeras referencias al tema nos dice que los infantes que sufren de dislalia generan diferentes procesos anómalos a nivel psicológico como: angustias, tensiones y miedos, esto causara como efecto secundario problemas social, y a nivel familiar tales como compañeros de aula que se burlan del menor con dislalia, un bajón preocupante en las notas del menor, depresión, falta de empatía con sus demás compañeros, ausencias a clases y demás, todos estos problemas asociados algunas veces por los padres o los educadores a la dislalia. Ya que no deja de ser cierto que la dislalia es un trastorno por demás llamativo en el entorno social. (2)

Es por ello que siempre fue de mucho interés el estudio de los factores causantes de este trastorno y dada la gran cantidad de pacientes que acuden al logopeda o terapeuta de lenguaje es que se buscaron establecer relaciones entre anomalías en el organismo y la aparición de la dislalia.

Es el aparato estomatognático el conjunto de órganos en los que se producen diferentes e importantes funciones: la digestión, fonación, deglución, masticación. Entonces la lógica indica que el sufrir de alguna anomalía a nivel anatómico en alguno de los componentes del aparato estomatognático será la causa problemas en las funciones anteriormente mencionadas. (3)

Las displasias óseas a nivel bucal, la malfunción muscular, y la maloclusión dental son tomadas en consenso y de acuerdo a varios estudios como factores causantes de dislalia y

las anomalías en el lenguaje son mas patentes en menores de edad. Si se da en adultos o jóvenes en los que la articulación de fonemas esta ya bien conseguida, al originarse la anomalía bucal, este trastorno será menos intenso y fugaz. (4)

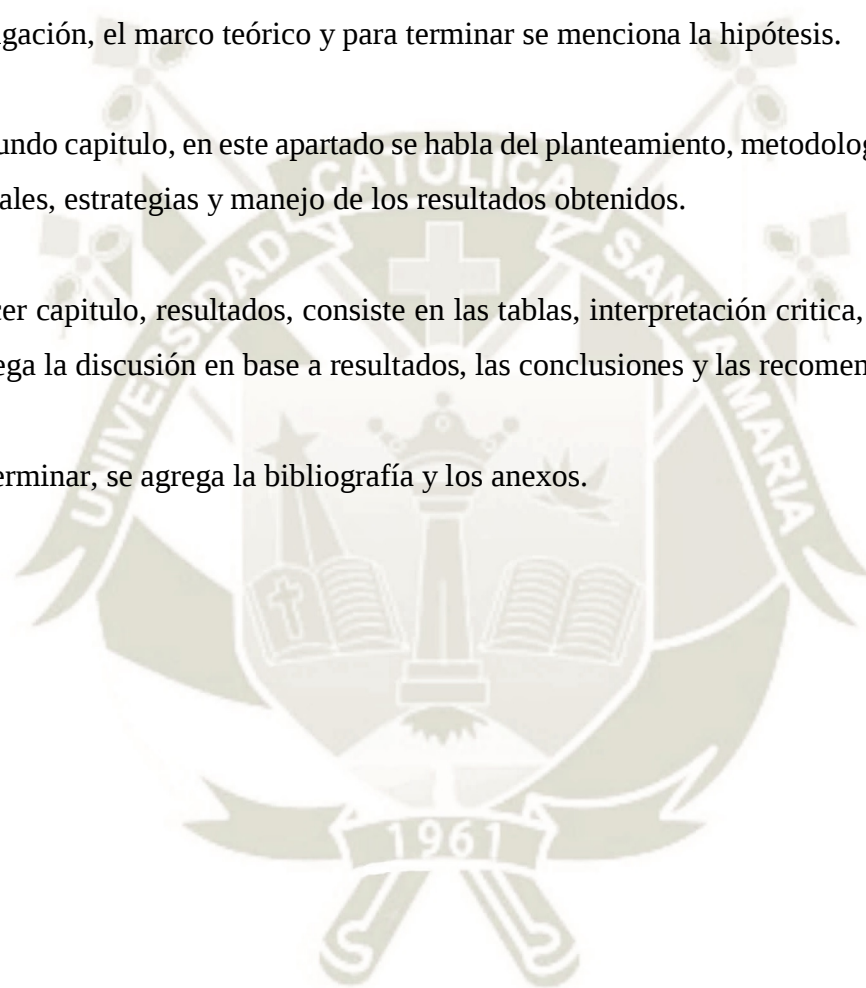
El presente trabajo de investigación contiene 3 capítulos.

El primer capítulo, que lleva por titulo planteamiento teórico, se habla del problema de investigación, el marco teórico y para terminar se menciona la hipótesis.

El segundo capitulo, en este apartado se habla del planteamiento, metodología, instrumentos, materiales, estrategias y manejo de los resultados obtenidos.

El tercer capitulo, resultados, consiste en las tablas, interpretación critica, gráficos, además se agrega la discusión en base a resultados, las conclusiones y las recomendaciones.

Para terminar, se agrega la bibliografía y los anexos.



## ÍNDICE

|                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------|-----|
| RESUMEN .....                                             | vii |
| ABSTRACT .....                                            | ix  |
| INTRODUCCIÓN.....                                         | x   |
| ÍNDICE.....                                               | xii |
| I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....                             | 1   |
| 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....                        | 2   |
| 1.1. Determinación del problema .....                     | 2   |
| 1.2. Enunciado .....                                      | 3   |
| 1.3. Descripción del problema.....                        | 3   |
| 1.3.1. Área del conocimiento:.....                        | 3   |
| 1.3.2. Análisis de variables .....                        | 4   |
| 1.3.3. Interrogantes básicas.....                         | 4   |
| 1.3.4. Tipo de investigación.....                         | 5   |
| 1.4. Justificación .....                                  | 5   |
| 2. OBJETIVOS .....                                        | 6   |
| 3. MARCO TEÓRICO .....                                    | 7   |
| 3.1. Antecedentes de la investigación.....                | 7   |
| NACIONALES.....                                           | 7   |
| INTERNACIONALES .....                                     | 9   |
| 3.2. Bases teóricas .....                                 | 11  |
| 3.2.1 Oclusión dental .....                               | 11  |
| 3.2.2. Oclusión normal .....                              | 12  |
| 3.2.2.1. Oclusión Céntrica .....                          | 12  |
| 3.2.2.2. Relación Céntrica .....                          | 12  |
| 3.2.3. Maloclusión .....                                  | 13  |
| 3.2.3.1. Etiología.....                                   | 13  |
| 3.2.3.2. Clasificación de la maloclusión.....             | 14  |
| 3.2.3.2.1. Clasificación de la maloclusión de Angle. .... | 14  |
| 3.2.3.2.2. Clasificación de síndromes según Moyers. ....  | 15  |
| 3.2.2. La dicción. ....                                   | 17  |

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| 3.2.2.1. Trastornos del lenguaje.....                             | 18 |
| 3.3.2.2. Los medios del lenguaje .....                            | 19 |
| 3.3.2.2.1. Estructura del aparato del habla.....                  | 19 |
| 3.3.2.3. Clasificación de los sonidos de la lengua española ..... | 20 |
| 3.3.2.4. Sintomatología de los trastornos del lenguaje .....      | 21 |
| 3.3.2.5. Evaluación, diagnóstico, pronóstico. ....                | 22 |
| 3.3.2.6. Clasificación de los trastornos del lenguaje .....       | 22 |
| 3.2.2.7. Dislalia.....                                            | 23 |
| 3.2.2.7.1. Causas de la dislalia.....                             | 24 |
| 3.2.2.7.2. Tipos de dislalia.....                                 | 24 |
| 3.2.2.7.3. Errores dislálicos .....                               | 26 |
| 4. HIPÓTESIS .....                                                | 27 |
| 4.1. Hipótesis general. ....                                      | 27 |
| II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....                                | 28 |
| 1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación .....      | 29 |
| 1.1. Precisión técnica .....                                      | 29 |
| 1.2. Instrumentos .....                                           | 29 |
| 1.2.1. Instrumento documental .....                               | 29 |
| 1.2.2. Instrumento mecánico.....                                  | 29 |
| 1.3. Materiales .....                                             | 30 |
| 1.4. Campo de verificación.....                                   | 30 |
| 1.4.1. Ámbito espacial .....                                      | 30 |
| 1.4.2. Ubicación temporal.....                                    | 30 |
| 1.5. Unidades de estudio.....                                     | 30 |
| 1.5.1. Criterios de inclusión.....                                | 30 |
| 1.5.2. Criterios de exclusión .....                               | 30 |
| 1.5.3. Muestra. ....                                              | 31 |
| 1.6. Estrategias de recolección .....                             | 31 |
| 1.6.1. Metodología.....                                           | 31 |
| 1.6.1. Organización.....                                          | 32 |
| 1.6.2. Recursos.....                                              | 32 |
| 1.6.2.1. Recursos humanos .....                                   | 32 |
| 1.6.2.2. Recursos físicos .....                                   | 32 |

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| 1.6.2.3. Recursos económicos .....                               | 32 |
| 1.6.2.4. Recursos institucionales .....                          | 32 |
| 1.6.2.5. Validación del instrumento.....                         | 33 |
| 1.7. Estrategia para manejo de datos. ....                       | 33 |
| 1.7.1. En el Ámbito de sistematización. ....                     | 33 |
| 1.7.1.1. Clasificación. ....                                     | 33 |
| 1.7.1.2. Recuento. ....                                          | 33 |
| 1.7.1.3. Plan de tabulación:.....                                | 33 |
| 1.7.1.4. Graficación .....                                       | 33 |
| 1.7.2. En el ámbito de los datos.....                            | 34 |
| 1.7.2.1. Metodología de la interpretación.....                   | 34 |
| 1.7.2.2. Operaciones para la interpretación de los cuadros ..... | 34 |
| 1.7.3. En el ámbito de las conclusiones .....                    | 34 |
| 1.7.4. En el ámbito de recomendaciones .....                     | 34 |
| III. RESULTADOS .....                                            | 35 |
| 1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO, TABLAS Y GRÁFICOS.....                  | 36 |
| DISCUSIÓN.....                                                   | 59 |
| CONCLUSIONES.....                                                | 61 |
| RECOMENDACIONES .....                                            | 62 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                                 | 63 |
| IV. ANEXOS.....                                                  | 66 |

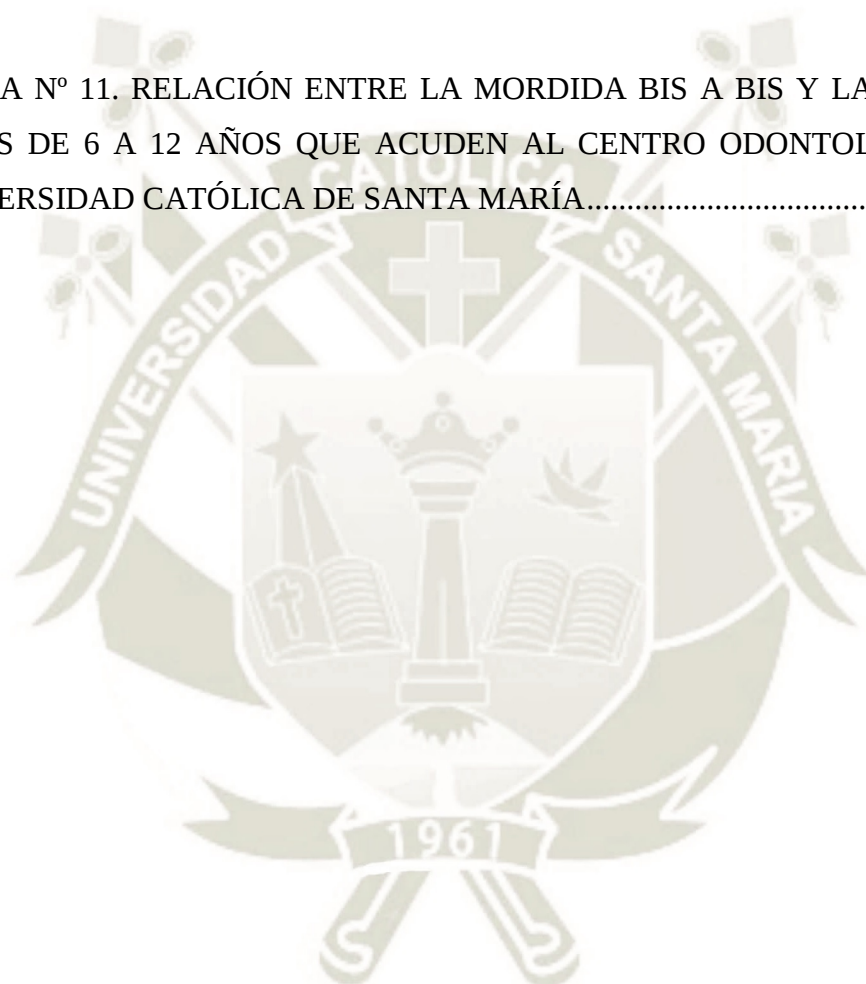
## ÍNDICE DE TABLAS

|                                                                                                                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| TABLA N° 1. SEXO Y EDAD EN NIÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UCSM .....                                                                                        | 36 |
| TABLA N° 2. PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES DENTALES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA .....            | 38 |
| TABLA N° 3. TIPOS DE MALOCLUSIÓN DENTAL EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA.....                           | 40 |
| TABLA N° 4. PREVALENCIA DE LA DISLALIA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA.....                            | 42 |
| TABLA N° 5. TIPOS DE DISLALIA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA.....                                     | 44 |
| TABLA N° 6. TIPOS DE DISLALIA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA.....                                     | 47 |
| TABLA N° 7. RELACIÓN ENTRE LOS TIPOS DE MALOCLUSIÓN Y LA DISLALIA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA..... | 49 |
| TABLA N° 8. RELACIÓN ENTRE APIÑAMIENTO DENTAL Y DISLALIA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA.....          | 51 |

TABLA N° 9. RELACIÓN ENTRE LA MORDIDA ABIERTA Y LA DISLALIA EN MENORES DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA..... 53

TABLA N° 10. RELACIÓN ENTRE LA MORDIDA PROFUNDA Y LA DISLALIA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA..... 55

TABLA N° 11. RELACIÓN ENTRE LA MORDIDA BIS A BIS Y LA DISLALIA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA..... 57



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|                                                                                                                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| GRAFICO N° 1 SEXO Y EDAD EN NIÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UCSM .....                                                                                         | 37 |
| GRAFICO N° 2. PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES DENTALES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA.....             | 39 |
| GRAFICO N° 3. TIPOS DE MALOCLUSIÓN DENTAL EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA .....                          | 41 |
| GRAFICO N° 4. PREVALENCIA DE LA DISLALIA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA.....                            | 43 |
| GRAFICO N° 5. TIPOS DE DISLALIA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA.....                                     | 46 |
| GRAFICO N° 6. RELACIÓN ENTRE MALOCLUSIÓN DENTAL Y DISLALIA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA.....          | 48 |
| GRAFICO N° 7. RELACIÓN ENTRE LOS TIPOS DE MALOCLUSIÓN Y LA DISLALIA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA..... | 50 |
| GRAFICO N° 8. RELACIÓN ENTRE APIÑAMIENTO DENTAL Y DISLALIA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA.....          | 52 |
| GRAFICO N° 9. RELACIÓN ENTRE LA MORDIDA ABIERTA Y LA DISLALIA EN MENORES DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA.....     | 54 |

GRAFICO N° 10. RELACIÓN ENTRE LA MORDIDA PROFUNDA Y LA DISLALIA  
EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA..... 56

GRAFICO N° 11. RELACIÓN ENTRE LA MORDIDA BIS A BIS Y LA DISLALIA EN  
NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA..... 58





## **I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Determinación del problema

La odontología y sus especialidades mas que ninguna otra área de la medicina en general se ocupa del aparato estomatognático, estudiándolo, y buscando siempre la corrección de cualquier anomalía que interfiera con su armonía, estética, salud y función. Sin embargo, el odontólogo es propenso a no prestar atención a la fonación una de las funciones del aparato estomatognático, lo que puede causar resultados negativos en el tratamiento de los trastornos de lenguaje.

En Perú no se han realizado suficientes estudios buscando establecer tendencias, factores de riesgo y asociaciones entre la maloclusión y la dislalia, y los pocos realizados a la fecha tienen un enfoque orientado a la psicología, estudiando mas el efecto (dislalia) que la posible causa (maloclusión).

Esto sumado a que la mayoría de estudios previos que buscan establecer una conexión ya sea descriptiva o causal entre maloclusión y dislalia fueron realizados en países angloparlantes cuyo idioma, reglas y pronunciación son totalmente diferentes al habla castellana, y dado que en países de habla hispana existen diferencias notables en la pronunciación en general, observándose jergas, palabras, costumbres en la dicción totalmente distintas entre países de nuestra región latinoamericana, diferencias que también podemos observar dentro del Perú teniendo los habitantes de la costa, sierra y selva diferentes costumbres en el habla.

Siendo la dislalia el trastorno del habla mas común en la población infantil y teniendo la maloclusión una prevalencia que supera el 70% de la población infantil en el Perú.

Es preciso realizar un estudio que busque establecer una asociación entre la maloclusión y la dislalia en el ámbito local, dado que estos son procesos patológicos comunes en nuestra población y su estudio sumado a una posible relación son de mucha importancia.

## 1.2. Enunciado

“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.”

## 1.3. Descripción del problema

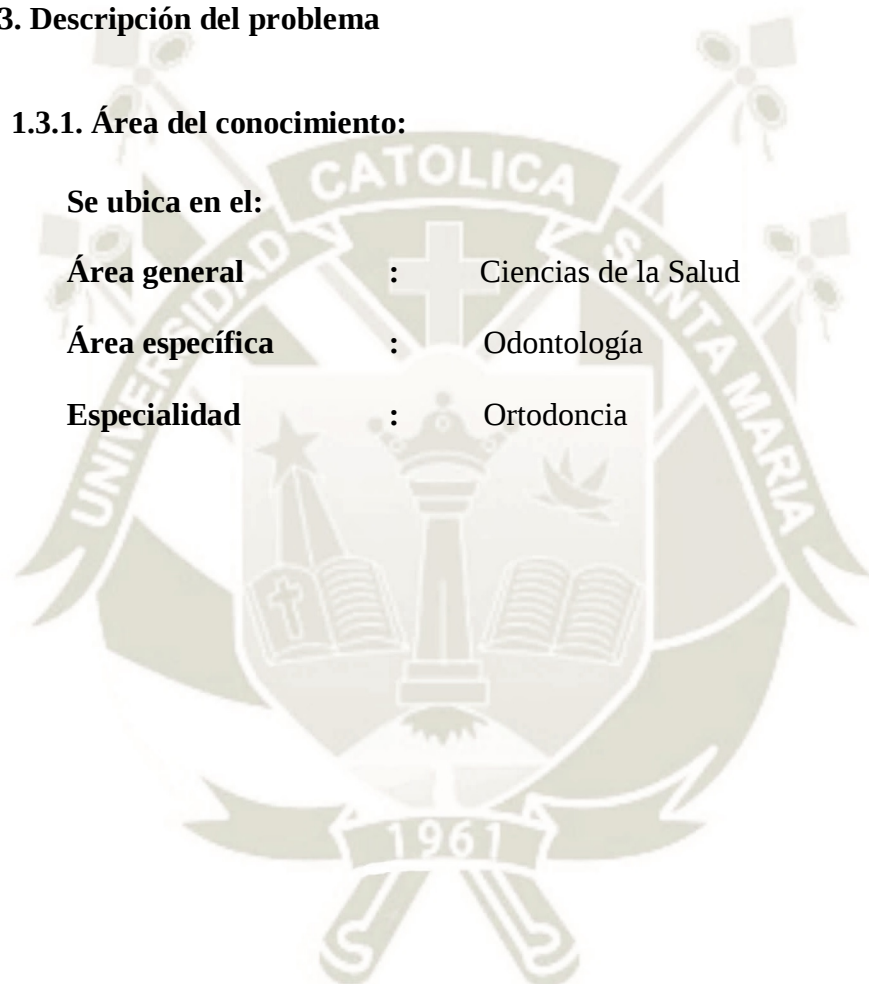
### 1.3.1. Área del conocimiento:

Se ubica en el:

Área general : Ciencias de la Salud

Área específica : Odontología

Especialidad : Ortodoncia



### 1.3.2. Análisis de variables

| VARIABLE                 | INDICADOR                 | SUBINDICADOR                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INDEPENDIENTE</b>     | <b>Síndrome Clase I</b>   | - Relación Molar Clase I                                                                                                                                                                                    |
|                          | <b>Síndrome Clase II</b>  | - Relación Molar Clase II                                                                                                                                                                                   |
| <b>Maloclusiones</b>     | ○ S. Clase II, div 1      | - Incisivos superiores labioversionados.                                                                                                                                                                    |
|                          | ○ S. Clase II, div 2      | - Incisivos superiores palatinizados o verticalizados.                                                                                                                                                      |
| <b>DEPENDIENTE</b>       | <b>Síndrome Clase III</b> | - Relación Molar Clase III                                                                                                                                                                                  |
| <b>Dislalia Orgánica</b> | <b>Ausente, Presente</b>  | - Fonemas bilabiales<br>- Fonemas labidentales<br>- Fonemas linguo-dental<br>- Fonemas linguo-alveolar superior<br>- Fonemas linguo-alveolar inferior<br>- Fonemas linguo-palatal<br>- Fonemas linguo-velar |

### 1.3.3. Interrogantes básicas.

- ¿Cuáles son las maloclusiones dentales en niños de 6 a 12 años que acuden al Centro Odontológico de la UCSM durante los meses de junio, julio, agosto del año 2019?
- ¿Cuál es la dislalia en niños de 6 a 12 años con dislalia que acuden al Centro Odontológico de la UCSM durante los meses de junio, julio y agosto del año 2019?
- ¿Existe relación entre la maloclusión dental y la dislalia orgánica en niños en niños de 6 a 12 años que acuden al Centro Odontológico de la UCSM durante los meses de junio, julio y agosto del año 2019?

### 1.3.4. Tipo de investigación

| ABORDAJE     | Tipo de Estudio               |                                        |                                            |                                         |                              | Diseño                         | Nivel      |
|--------------|-------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------|
|              | Por la técnica de recolección | Por el tipo de dato que planea recoger | Por el número de mediciones de la variable | Por el número de muestras o poblaciones | Por el ámbito de recolección |                                |            |
| Cuantitativo | Observacional                 | Prospectivo                            | Transversal                                | Descriptivo                             | De Campo                     | No experimental<br>Descriptivo | Relacional |

### 1.4. Justificación

- **Originalidad**

Dado que los trastornos de lenguaje, su diagnóstico, clasificación y tratamiento están íntimamente relacionados con las reglas y leyes de nuestra lengua (Español), e incluso dadas las diferencias geográficas, producto de las cuales existen diferentes ‘dejos’, gran variedad de argots, entonaciones y pronunciaciones distintas, es preciso indicar que en nuestro medio no existen muchos trabajos de investigación que relacionen la dislalia con anomalías orgánicas, tampoco con el enfoque que utiliza este trabajo de investigación.

- **Importancia científica**

Es relevante ya que la presente investigación busca aportar evidencia sobre la existencia de relaciones que la maloclusión y sus características tienen con la presencia de la dislalia orgánica.

- **Factibilidad**

Contando con la autorización del Centro Odontológico de la UCSM, el presente estudio es viable, debido a que se cuenta con los recursos, materiales, métodos y conocimiento del tema.

## 2. OBJETIVOS

- a) Determinar las maloclusiones dentales en niños de 6 a 12 años que acuden al Centro Odontológico de la UCSM durante los meses de junio, julio y agosto del año 2019.
- b) Identificar la dislalia en niños de 6 a 12 años que acuden al Centro Odontológico de la UCSM durante los meses de junio, julio y agosto del año 2019.
- c) Establecer una relación entre la maloclusión dental con la dislalia orgánica en niños de 6 a 12 años que acuden al Centro Odontológico de la UCSM durante los meses de junio, julio y agosto del año 2019.



### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Antecedentes de la investigación

##### NACIONALES

**TITULO:** ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES EN NIÑOS DE 03 A 08 AÑOS CON TRASTORNO DE ARTICULACIÓN DE LA PALABRA QUE SE ATIENDEN EN LA UNIDAD DE TERAPIA DEL LENGUAJE DEL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY, OCTUBRE-DICIEMBRE 2007.

**AUTOR:** Sandra Vanessa Rojas Padilla

**AÑO:** 2008

**UBICACIÓN:** TRUJILLO – PERÚ.

**RESUMEN:** El presente trabajo de investigación analizo a 43 menores elegidos al azar entre varones y mujeres y de edades comprendidas entre los 3 y 8 años, durante los meses de octubre y diciembre del año 2007 en la unidad de tratamiento logopeda del hospital Víctor Lazarte Echegaray de la ciudad de Trujillo a cada menor se le realizo un análisis consistente en un examen oral que buscaba identificar anomalías dentomaxilofaciales y posteriormente un examen que buscaba identificar trastornos del lenguaje.

**Métodos:** El trabajo de investigación de carácter descriptivo, transversal realizado en 43 menores, con exámenes llevados a cabo con permiso del profesional logopeda del lugar, todo esto con previa coordinación con la autoridad del hospital.

**Resultados:** La muestra consistió en 43 menores siendo 24 de ellos varones y 19 mujeres en quienes se obtuvo que la anomalía mas común fue el apiñamiento con (32.5%), seguido de la mordida abierta (22.58%) y la mordida profunda (9.30%).

**Conclusiones:** Se encontró una relación significativa estadísticamente entre los trastornos del lenguaje y las anomalías dentomaxilofaciales. (5)

**TITULO: PREVALENCIA DE MALOCLUSIÓN SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN LOS ESCOLARES DE 8 A 12 AÑOS EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 22313 DE ICA EN EL AÑO 2016.**

**AUTOR:** Lizeth Cortez Mendoza

**AÑO:** 2016

**UBICACIÓN:** ICA – PERÚ.

**RESUMEN:** El estudio fundamentó su línea de investigación en determinar la prevalencia de maloclusión dental según la clasificación de Angle en los escolares de 8 a 12 años en la Institución Educativa N° 22313 de Ica en el año 2016.

**Métodos:** El presente trabajo de investigación de abordaje cuantitativo, observacional, descriptivo. Tuvo como población a 250 estudiantes que acuden a la I.E N°22313, al realizar la prueba estadística e identificar el margen de errores se llegó a determinar la muestra final con 232 menores elegidos al azar entre varones y mujeres del tercer al sexto grado, para procesar los datos se utilizó el software estadístico SPSS.

**Resultados:** La maloclusión clase I fue prevalente en un 50,5% en el género masculino y un 49,5% en el género femenino. La clase II tuvo mayor frecuencia en el género femenino con 54,2% y en el género masculino tuvo menor frecuencia con el 45,6%. La clase III se presentó con mayor frecuencia en el género masculino con el 57,2% de prevalencia y con el 41,7% en el género femenino.

**Conclusión:** La maloclusión dental clase I fue ampliamente frecuente 84,5% y en menor prevalencia la clase II 10,3% y la clase III 5,2% en los escolares de 8 a 12 años en la Institución Educativa N°22313 de Ica en el año 2016. (6)

## **INTERNACIONALES**

### **TÍTULO: PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES Y TRASTORNOS DEL HABLA EN UNA POBLACIÓN PREESCOLAR DEL ORIENTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

**AUTOR (es):** Olga Taboada Aranza, Anabel Torres Zurita, Claudia E. Cazares Martínez, Leticia Orozco Cuanalo

**AÑO:** 2011

**PAÍS:** México

**RESUMEN:** En el presente trabajo de investigación de carácter observacional, prospectivo y descriptivo se realizó un análisis de las maloclusiones basado en una valoración tridimensional de el aparato estomatognático y la prueba propuesta por María Melgar para el análisis de los trastornos del lenguaje considerando las categorías con y sin trastornos del habla todo ello en una población preescolar del oriente de la Ciudad de México que comprendía edades de entre 04 a 06 años.

Una vez ordenada, comparada y sistematizada la información obtenida fue tabulada con el uso del software de análisis estadístico SPSS. Los resultados mostraron del total de preescolares revisados, que el 61% presentaba algún tipo de maloclusión esto correspondía a 48 menores, los trastornos del lenguaje se observaron en 39 menores que correspondían a el 42%, a pesar de ello en el presente estudio no se encontró una asociación estadísticamente significativa ya que la diferencia entre niños con maloclusión y trastorno del habla (40%) y los niños que presentaron dislalia pero no maloclusión (42%).

Conclusiones. La frecuencia con la que se hallaron anomalías del lenguaje y la maloclusión en esta población preescolar se considera un problema de salud. (8)

**TÍTULO: CORRELATIONS BETWEEN MALOCCLUSIONS AND DYSLALIAS.**

**AUTOR (es):** Farronato G, Giannini L, Riva R, Galbiati G, Maspero C.

**AÑO:** 2012

**PAÍS:** Italy

**RESUMEN:** This study was to evaluate the relationship between malocclusions and dyslalias and to plan a multidisciplinary approach between orthodontics and speech therapy.

Methods. 880 children (448 males and 432 females) ranging in age from 6 to 10 years were examined at the Department of Orthodontics at Milan University to determine if a relationship between malocclusions and dyslalia exists and their correlations. The children were examined by a speech therapist and an orthodontist. An examination of the occlusion and phonetics was conducted and compared with an age-matched control group.

Results. Correlations between malocclusion and dyslalia were found. The presence of Class III occlusion, diastema, increase in overjet, presence of open and deep bite, asymmetry have high tendency to be associated with speech disorders such as dyslalias. The presence of crowding and anterior cross bites have moderate tendency to be associated with such disorders; on the contrary Class II occlusion, upper incisors protrusion, posterior cross bite and TMD have low tendency to be associated with dyslalias.

Conclusion. The effect of dyslalia on the speech organs is not constant. On the other hand, the effect of malocclusion on dyslalia seems to be more relevant and more frequent and to increase proportionally, depending on the severity of the malocclusion. (10)

## 3.2. Bases teóricas

### 3.2.1 Oclusión dental

La oclusión es “La unión de todas las especialidades de la estomatología” esto puede darse por dos razones, todas las especialidades de la odontología toman en cuenta en mayor o menor medida a la oclusión, y su estudio es muy complejo no solo tomando en cuenta las piezas dentales si no también todos los componentes del aparato estomatognático. (11)

Es necesario comprender que el concepto de oclusión denota la forma en que las piezas dentales contactan con sus antagonistas, partiendo de este punto podemos decir que una correcta oclusión es aquella que se encuentra dentro de parámetros establecidos por autores y en tantos años de investigación.

“El vocablo oclusión, significa, cerrar hacia arriba. En principio y literalmente se habla de una acción “ejecutada”, hablamos del cierre fisiológico, de una descripción de como se ubican las piezas dentales cuando están en contacto. Modernamente el concepto de oclusión dentaria evolucionó de una idea puramente estática de contacto entre los dientes a un concepto dinámico, incluyendo dientes y estructuras vecinas, con especial énfasis en la dinámica del aparato masticatorio”. (5)

La definición mas común y básica de oclusión es la forma en que las piezas dentales articulan con sus antagonistas.

Establecer la oclusión significa inmovilidad y contacto dental. La contracción muscular es el movimiento puntual para vencer la gravedad. En la articulación, aunque haya contacto dental, es dinámica. La articulación se inicia en el contacto dental y movimiento mandibular, terminando a la inmovilidad cuando las arcadas se separan. La articulación es la continuación de dos o mas estados de la oclusión. (12)

El concepto de estudio de la oclusión no solamente se basa en la relación de las piezas dentales, si no también en el estudio de la articulación temporo-mandibular, y la coordinación muscular. (13)

Incluye también la relación de las piezas dentales en oclusión y relación céntrica.

### 3.2.2. Oclusión normal

En la Ortodoncia es de consenso que una oclusión en relación clase I de Angle es una oclusión normal. Siendo los primeros molares permanentes los determinantes de esta clasificación. La cúspide mesiobucal del primer molar maxilar debe ocluir en el surco mesiobucal del primer molar permanente de la mandíbula. Se puede definir una oclusión normal individual como veintiocho dientes correctamente ordenados en el arco y en armonía con todas las fuerzas estáticas y dinámicas que sobre ellos actúan; la oclusión normal es una oclusión estable, sana y estéticamente atractiva. En este tipo de oclusión, la encía debe presentar un aspecto sano, es decir, con coloración rosada, sin sangrado y buena adherencia; el hueso alveolar íntegro, sin resorciones y la ATM libre de dolor, ruido u otra disfunción. (12)

La oclusión ideal es una idea, un concepto imaginario e incluso irreal ya que es posible que nunca en la historia se haya visto una oclusión perfecta o ideal ya que para lograr algo así la herencia, medio ambiente, psicología del individuo deberían ser puras, limpias sin alteraciones en el tiempo algo que en la naturaleza es difícil de encontrar (14).

#### 3.2.2.1. Oclusión Céntrica

La máxima intercuspidad estando la mandíbula estática y en cierre fisiológico (15).

Todo esto es independiente de la relación céntrica, aunque es cierto que en un tratamiento odontológico siempre se buscara establecer la oclusión céntrica en base a la relación céntrica.

#### 3.2.2.2. Relación Céntrica

Al hablar del adjetivo céntrica debemos ser específicos.

La relación céntrica es la posición del cóndilo en la cavidad glenoidea, esta posición es muy reproducible y produce movimientos, cargas y fuerzas para las que los músculos articulaciones y huesos están preparados, es así como la oclusión céntrica puede y deber ser establecida en un registro de RC (16).

El registro de la relación céntrica se hace por medio de diferentes técnicas todas ellas creadas a partir del concepto que se tenía de la relación céntrica en cada época, es así que actualmente llegamos a la técnica de Dawson o la Centric Power de Roth que con diferentes métodos consigue la posición mas anterosuperior medial del cóndilo en la cavidad glenoidea. En esta posición la mandíbula se moverá correctamente hacia arriba y abajo con un movimiento de bisagra alrededor de un eje condileo. (15)

### 3.2.3. Maloclusión

La maloclusión es un termino interpretado como la antítesis de la normoclusión.

Esta alteración puede afectar a cuatro conjuntos orgánicos al mismo tiempo: dientes, huesos, músculos, y nervios. En algunas ocasiones se puede observar malposiciones solo a nivel dental, en otras se observan malas relación de los arcos o esqueléticas. (17)

Dependiendo de que parte de la unidad basal y maxilofacial es anómala, las maloclusiones se pueden dividir en tres tipos (18).

- Malposiciones dentarias.
- Malas relaciones entre arcos dentales o grupos de dientes.
- Displasias esqueléticas.

#### 3.2.3.1. Etiología

Encontrar la etiología de las maloclusiones no es sencillo dado su origen en diversidad de factores. No siempre estamos hablando de solo una causa, si no que se puede encontrar muchas de ellas interactuando, inclusive sobreponiéndose unas sobre otras por lo que se dificulta mas el diagnóstico. (19)

Un sistema de clasificación fue el diseñado por Graber quien divide las causas en factores locales y factores generales, Esta clasificación considerada detallada y completa, tiene dos factores que son:

- **Factores Generales:** Extrínsecos, hablamos de factores actuando a distancia, causas medio ambientales muchas veces durante el desarrollo, difíciles de controlar.

- **Factores Locales:** Intrínsecos, hablamos de factores mas relacionados al aparato estomatognático y controlables por el odontólogo. Estas causas deben ser detectadas y superadas. (18)

### 3.2.3.2. Clasificación de la maloclusión

Un sistema de clasificación es un agrupamiento de casos clínicos, de aspecto similar, para facilidad en el manejo y discusión; no es un sistema diagnóstico, ni un método para determinar el pronóstico, o una forma de definir el tratamiento.

De todos los métodos para clasificar la maloclusión, el mas utilizados es el creado por Angle este se basa en la posición de los Primeros molares ya que en aquella época se consideraba que esta era anatómicamente única e indistinta de raza, edad o sexo actualmente los estudios cefalométricos comprobaron que esto no es así, por lo que la clasificación de Angle evoluciono de un concepto meramente dental a uno que comprendía también las relaciones esqueléticas por lo que junto a la identificación de signos clínicos que eran mas frecuentes en ciertas maloclusiones, se comenzó a utilizar el concepto de Síndromes para identificarlas. (14).

#### 3.2.3.2.1. Clasificación de la maloclusión de Angle.

Edward Angle idea una clasificación basándose en la relación mesiodistal de las piezas dentales, de las arcadas y de los maxilares. El consideró el primer molar maxilar permanente como un punto anatómico fijo e indistinto de raza, edad y sexo en los maxilares. Esta clasificación creada en 1899 aun sigue siendo el sistema mas usado. Es simple y sencillo. Angle divide las maloclusiones en tres categorías, representándolas en numero romanos. (14)

#### **Maloclusión clase I (Neutroclusion).**

La arcada mandibular esta en relación anteroposterior normal con el maxilar, y la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior permanente.

Las maloclusiones en este caso están dictadas por malas posiciones entre las piezas dentales.

### **Maloclusión clase II (Distoclusion).**

El surco vestibular del primer molar inferior ocluye distalmente de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior.

Angle dividió las maloclusiones clase II en dos, esto basado en la posición de los incisivos superiores en maloclusión Clase II.

- **Clase II – División 1.**

Junto con la relación molar clase II los incisivos superiores están en labioversión, se observa también el resalte aumentado.

- **Clase II – División 2.**

Una relación molar clase II, en la que los incisivos superiores no están vestibularizados estos se encuentran verticales o levemente linguoversionados mientras que los incisivos laterales superiores están generalmente en inclinación labial y/o mesial.

### **Maloclusión clase III (Mesioclusión)**

El surco mesiovestibular del primer molar inferior articula por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. (14)

#### **3.2.3.2.2. Clasificación de síndromes según Moyers.**

Moyers observó la propuesta de Angle para crear un sistema que agrupaba las características más comunes vistas en cada una de las clases ya sea I, II y III. Este sistema se dividía en tres grupos conocidos por 'síndrome' más el tipo de Clase de Angle (14).

- **Síndrome Clase I**

Las maloclusiones clase I se caracterizan por una relación molar y esquelética correcta. Un perfil recto, equilibrio en la función muscular y masticatoria, es por estas razones que el problema es de origen dental debido a la ausencia de un espacio apropiado en la arcada dental. Problemas tales como apiñamiento,

mordida abierta, mordida profunda, mordida cruzada son típicos de la maloclusión Clase I.

- **Síndrome Clase II**

Síndrome de maloclusión caracterizado por una dentadura inferior en posición ‘distal’ respecto a la superior. Puede deberse a una displasia esquelética, o a una combinación de factores esqueléticos y dentarios.

Es común un perfil convexo, además Moyers observa signos comunes en las subdivisiones de la Clase II.

- **Clase II Div. 1**

Encontramos un resalte excesivo.

El perfil facial convexo de estos pacientes, y el resalte aumentado alteran la función muscular, y originan un proceso de adaptación en los movimientos y funcionamiento de la lengua en la que se busca superar la incompetencia labial que puede observarse en general en esta subdivisión.

Podemos observar la presencia de:

- a) Resalte superior aumentado. Maxilar adelantado, mandíbula en retrusion.
- b) Puede observarse mordida abierta anterior o mordida profunda.
- c) En algunos casos y debido a la incompetencia labial se observa a los incisivos superiores descansando en el labio inferior.
- d) Son frecuentes los apiñamientos dentarios.

- **Clase II Div. 2**

Relacion molar Clase II, mordida profunda, mesiovestibuloverción de los incisivos laterales superiores y no existe incompetencia labial y los incisivos superiores no se encuentran en resalte excesivo ni vestibularizados.

El perfil facial recto es el mas común en esta maloclusión seguido del perfil facial convexo.

Podemos observar la presencia de:

- a) Mordida profunda.
- b) Mesiovestibuloversion de los incisivos laterales superiores.
- c) Linguoversion o verticalización de los incisivos centrales superiores.

Descrita como un síndrome aislado la división 2 describe muchos subtipos de maloclusión, con diagnóstico y tratamiento diferente entre sí.

- **Síndrome clase III**

Se caracteriza por prognatismo mandibular o retrusión maxilar, una relación molar clase III y también puede observarse a los incisivos inferiores ubicados labialmente respecto a los superiores.

Es común que sean displasias esqueléticas, aunque es posible encontrar clase III funcionales producto de la malfunción muscular.

El perfil suele ser cóncavo y la mordida cruzada también puede estar presente.

- a) En general mandíbulas grandes y maxilares superiores pequeños.
- b) La sobre posición vertical incisal puede ser cero (borde a borde) o invertida con los incisivos superiores ocluyendo por lingual de los inferiores.

El tratamiento ortodóntico en pacientes mayores de edad busca la estética esquelética, pero en el niño, se debe buscar la corrección. En algunos casos, el recurrir a la cirugía es el tratamiento recomendado. (14)

### 3.2.2. La dicción.

Es la acción oral de formar palabras y transmitirlas en diferentes grados de dificultad, se entiende como dicción apropiada a la articulación fonética que siga las leyes establecidas por nuestra lengua (española, con las costumbres aceptadas en nuestra ubicación geográfica).

La acentuación precisa, sonidos musicales, pronunciación delicada y respetar el tiempo, pausas y orden de pronunciación de cada palabra además de un equilibrio tanto en la respiración, movimientos correctos del diafragma, articulación e incluso labios apropiadamente ubicados denotan una apropiada dicción. (20)

No todos estos procesos se consideran conscientes, principalmente la correcta dicción esta ligada a una adecuada función orgánica y un aprendizaje apropiado.

### 3.2.2.1. Trastornos del lenguaje.

El lenguaje se desarrolla desde la infancia en el hogar y durante el cuidado de los padres, quienes son los primeros en escuchar estos intentos de pronunciación por parte del neonato, este desarrollo se basa en distintos procesos. El estudio de estos permitió identificar la evolución de los procesos de pronunciación del menor. Lo normal e ideal es diferente basándose en la edad del menor.

Es importante identificar que es lo normal en el proceso del lenguaje.

El habla normal es la que se da en ausencia de alteraciones orgánicas o fisiológicas. Entiéndase que la diferencia geográfica, étnica y de costumbres determinan la norma que el lenguaje individual sigue según lo usual y tomando en cuenta el lenguaje de la sociedad. La dicción se considera correcta cuando no interfiere con la comunicación entre el ser humano y la sociedad. (20).

Los trastornos del lenguaje son la desviación de la dicción en cuanto a ritmo, calidad, tiempo que generan problemas al establecer la comunicación. (20).

En resumen, el concepto de habla correcta se refiere a una serie de funciones basadas y ajustadas a la norma de la sociedad.

Los trastornos del lenguaje tienen manifestaciones diferentes en cuanto a intensidad y maneras de presentarse, las clasificaciones que se han establecido son diferentes de autor a autor y varían según los conceptos que se tenían en cada momento de la historia.

Se puede observar:

- Retraso del desarrollo del lenguaje: Cuando hay un sesgo en el desarrollo con respecto a la norma etarea. No hay una alteración anatómica y el problema puede ser resuelto con una educación adecuada, e incluso en ocasiones el proceso de adaptación que es mayor en la infancia genera que el menor supere el paciente sin necesidad de tratamiento por parte de un especialista en el lenguaje (Terapeuta del lenguaje).

- Trastorno del lenguaje propiamente dicho: Hablamos de una deficiencia excesiva en cuanto a los procesos implicados en la pronunciación, se considera trastorno ya que es un proceso de desadaptación mental originado por alguna causa de carácter orgánico, funcional o neurológico, los efectos resultantes no son anatómicos y un correcto diagnóstico sumado al tratamiento por parte de varias especialidades desembocan en la solución del problema. Cabe aclarar que los procesos adaptativos del menor pueden causar que el problema del lenguaje se agrave. Estudios realizados a nivel mundial demostraron relación entre los trastornos del lenguaje y causas orgánicas, es por ello que al mencionar varias especialidades nos referimos al logopeda, ortodoncista, odontopediatra, educadores sumados al interés de los padres.

El diagnóstico de cualquiera de las anomalías del lenguaje ya sea trastorno o retraso es de mucha importancia dado que muchas de estas anomalías presentan a simple vista las mismas características es por ello que la intervención de un especialista es esencial para lograr un tratamiento con muy buen pronóstico. (4)

### 3.3.2.2. Los medios del lenguaje

Los órganos o sistemas de órganos que se encargan de la producción de sonidos comprenden el aparato estomatognático, órganos secundarios y el cerebro actuando en sincronía para cumplir con esta función llamada fonación, debemos aclarar que el papel principal en la pronunciación lo cumple el cerebro. (20)

#### 3.3.2.2.1. Estructura del aparato del habla

Se identifican dos partes:

ξ **Central:** El cerebro y la corteza exactamente el hemisferio izquierdo, pares craneales, nervios de activación de los músculos pulmonares, músculos del aparato estomatognático y musculatura alterna. Identificar alguna anomalía a este nivel es relativamente sencillo ya la anomalía del lenguaje es un factor secundario de un síndrome, enfermedad o trastorno mas grande y diagnosticado con anterioridad en la mayoría de los casos.

ξ **Periférica:** 3 partes:

- Respiratoria: Con todos sus componentes

- Fonatoria: Cuerdas y la laringe.
- Articulatorias: Siempre se considero que la lengua como musculo activo y con variedad de movimientos en la fonación era el único implicado en el proceso de articulación de la palabra, estudios a nivel mundial han encontrado relación a nivel de paladar, dientes, labios, musculatura con los procesos y anomalías de la lengua.

De todos estos componentes orgánicos los únicos que tienen movilidad son el paladar blando, los labios la mandíbula y la lengua cada uno de ellos implicado en mayor o menor medida en los procesos. (20)

### 3.3.2.3. Clasificación de los sonidos de la lengua española

En la lengua española la división fonética se realiza en base a las consonantes y las vocales.

La unidad fonética básica son los fonemas es a partir de su conjunción con otros fonemas vocales o consonantes que se generan palabras, oraciones, frases con diferentes niveles de dificultad y que deben seguir normas y reglas establecidas para cada idioma. Estos sonidos son realizados con la función respiratoria, articulatoria y fonética, estos participan de la producción de todos los fonemas en mayor o menor medida (21).

La clasificación fonética puede realizarse de muchas maneras desde la posición y función de las cuerdas vocales, hasta el sonido característico de cada vocal y consonante, una de las clasificaciones mas utilizadas es la de puntos de articulación, si bien su nomenclatura cierra y centra la mente del investigador solo en los componentes mencionados, se debe tener un pensamiento abierto y presto a razonar que son todos los componentes del aparato estomatognático quienes actúan en mayor o menor medida en la producción de fonemas.

A continuación se presenta la clasificación basada en puntos anatómicos de articulacion: (21)

- Bilabiales: ‘P’- ‘B’- ‘M’
- Labio-dentales: ‘F’- ‘V’
- Linguo-dentales: ‘T’- ‘D’- ‘Z’- ‘C’ (ce-ci)

- Linguo-alveolares superiores: ‘L’ - ‘N’ - ‘R’ - ‘RR’.
- Linguo-alveolar inferior: ‘S’
- Linguo-palatales: ‘CH’ - ‘Y’ - ‘Ñ’ - ‘LL’.
- Linguo-velares: ‘C’ - ‘K’ - ‘Q’ - ‘J’ - ‘G’.
- Linguo-velar-alveolar inferior: ‘X’.
- Trabadas: Que incluyen las conjunciones de la ‘R’ con otras consonantes.
- Licuantes: Que es la conjunción de la ‘L’ con otras consonantes.

#### 3.3.2.4. Sintomatología de los trastornos del lenguaje

Los síntomas causados por un trastorno del lenguaje son diversos, observamos por ejemplo gran afectación psicológica, que va causar problemas en las relaciones sociales del menor, se observan burlas, notas bajas, depresión, miedos, se genera ansiedad, problemas perfectamente identificables por los padres pero no siempre relacionados al trastorno del lenguaje que el menor presenta, es por ello que el especialista debe hacer un examen completo como parte del diagnóstico.

- Asociaciones mentales de los conceptos de la palabra (auditar).
- Visión.
- La mecánica respiratoria.
- La asociación fonorespiratoria.
- Asociación auditivofonatoria.
- Asociación visomotora en la lectura y escritura.
- Funcionamiento vocal.
- Control adecuado de la voz.
- Funcionamiento de los resonadores.
- Funcionamiento de los órganos de la articulación.
- El contenido del lenguaje en relación con el psiquismo.
- Control emocional y madurez psicológica del sujeto.
- El ambiente social en relación con el paciente y sus anomalías lingüísticas. (2)

### 3.3.2.5. Evaluación, diagnóstico, pronóstico.

En el caso de los trastornos del lenguaje se busca establecer un diagnóstico correcto, determinar el grupo al que pertenece la anomalía, para ello se crearon varios exámenes que en mayor o menor medida identifican diferentes factores según el examen inicial y tentativo que realizó el especialista, es con estos test que se realiza un diagnóstico diferencial y así es posible dar un tratamiento acorde a la anomalía, cabe indicar que en el caso de la dislalia orgánica, el tratamiento por parte del terapeuta del lenguaje no es suficiente por lo tanto si se tiene sospechas de que el trastorno es por una anomalía orgánica es recomendable derivar al paciente al especialista odontopediatra y/o al ortodoncista.

Con el diagnóstico da comienzo la labor principal del terapeuta del lenguaje, y de ella se conseguirá o no el éxito en el tratamiento.

Un buen objetivo para determinar es el del pronóstico del paciente, hablamos de una idea a futuro de cual será el resultado del tratamiento del paciente. (1)

### 3.3.2.6. Clasificación de los trastornos del lenguaje

En el siglo XVIII se consideraba a los trastornos del habla como “alalia” posteriormente se les llamo “dislabia” y no existía una clasificación o estudios que diferencien características encontradas en algunos y no en otros. Con el pasar de los años y en la actualidad se tiene una clasificación dictada por la Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición que es la mas usada y sencilla.

Podemos identificar:

#### ξ **Dislalia:**

Defecto mas frecuente de todos los trastornos del lenguaje, se basa en la articulación deficiente de los fonemas observándose tres distintos errores dislálicos, sustitución, distorsión y omisión, todos ellos se dan en pacientes sin anomalías neurológicas.

ξ **Disartria:**

Problemas en la articulación de las palabras como producto de una anomalía neurológica.

ξ **Dislogia:**

Defecto en la pronunciación causado por procesos psicóticos

ξ **Disfasias:**

Debilitación o pérdida de formación de las asociaciones verbales por disminución de la integridad mental debido a enfermedad, shock o trauma.

ξ **Disfemias:**

Mejor conocido como tartamudez, se trata de un desorden en la pronunciación grave.

ξ **Disfonias:**

Trastorno del lenguaje producido por problemas a nivel de cuerdas vocales o problemas respiratorios.

ξ **Disritmia:**

Defectos del ritmo en los que no se incluye a la tartamudez. Pueden deberse a trastornos respiratorios o alteraciones endocrinas. (22)

### 3.2.2.7. Dislalia

Es el trastorno del lenguaje mas común en infantes con una prevalencia del 30% en menores de 7 años, es importante aclarar que la falla en el proceso de articulación en menores de seis años se considera parte del desarrollo por lo tanto no se le llama dislalia (ya que esta palabra es sinónimo de patología), otros autores le llaman dislalia evolutiva

Este termino fue utilizado por primera vez en el siglo XIX buscando diferenciarlo o especificarlo sobre otros trastornos del lenguaje, cabe aclarar que se consideraba dislalia a todos los trastornos del lenguaje. (1)

### 3.2.2.7.1. Causas de la dislalia

Al igual que con cualquier enfermedad, el diagnóstico nos permitirá establecer cual fue la causa de el trastorno del habla, esto ayudara en el tratamiento ya que la existencia de una dislalia funcional u orgánica denotan tratamientos muy diferentes en los que toman parte especialidades diferentes y en los que hay pronósticos buenos o malos de acuerdo con lo correcto del diagnóstico. (20)

### 3.2.2.7.2. Tipos de dislalia

Según el factor causante de la dislalia pueden ser:

#### A. Dislalia Funcional

Los órganos se encuentran en buen estado por lo tanto no estamos hablando de una afectación anatómica, la dislalia funcional se basa en la falta de aprendizaje, ausencia de estímulos en los que los menores aprendan a pronunciar ciertos fonemas, su tratamiento es sencillo siendo el logopeda con terapia de lenguaje y el psicólogo con terapia psicológica quienes consigan corregir esta anomalía de la palabra y además encontrar la causa.

#### B. Dislalia Orgánica

Los órganos que actúan en la producción del fonema se encuentran afectados, esto puede ser de manera individual o también anomalías variadas que causen problemas de pronunciación mas graves, el estudio de los factores causantes de la dislalia orgánica se origino en el siglo XX, los autores por lógica pensaban que la lengua al ser un órgano con gran movilidad intervenía y causaba trastornos de lenguaje, con investigaciones esto se confirmo pero además se encontraron relaciones entre la aparición de trastornos del habla y órganos como los dientes, los labios el paladar, etc. Quienes actúan en mayor o menor medida en la función fonética.

#### C. Dislalia Audiógena

Anomalía producida por problemas en el órgano de la audición, no se considera funcional por que existe afectación anatómica pero tampoco se considera orgánica por que la causa es una anomalía anatómica que no se encuentra los órganos componentes de la fonación. (4)

## Según el fonema no articulado correctamente

Basados en el nombre griego de cada fonema se tienen en cuenta:

- Betacismo: Imposibilidad o defecto de articular la ‘B’.
- Ceceo: Vicio de articulación que consiste en pronunciar la ‘S’ por la ‘CH’.
- Chuitismo: Anomalía u omisión de la ‘CH’.
- Chionismo: Sustitución de la ‘R’ por ‘L’.
- Deltacismo: Articulación defectuosa de la ‘D’.
- Epentesis: Intercalar un fonema, en una palabra: “coromo” por cromo, “palato” por plato.
- Ficismo: Articulación defectuosa de la ‘F’.
- Gammacismo: Articulación defectuosa de la ‘G’ y de los fonemas velares.
- Hotentotismo: Alteración de la articulación de todos los fonemas sustituyéndolos por la ‘T’.
- Jotacismo: Articulación defectuosa de la ‘J’.
- Kappacismo: Articulación defectuosa de la ‘K’ (CA-QUE)
- Lambdacismo: Imposibilidad de articular el fonema ‘L’.
- Mimación: Empleo frecuente en el habla del sonido ‘M’ en palabras que no lo contienen.
- Mitacismo: Articulación defectuosa de la ‘M’.
- Numación: Defecto en la articulación del fonema ‘N’.
- Ñunación: Defecto en la articulación del fonema ‘Ñ’.
- Picismo: Articulación defectuosa de la ‘P’.
- Rotacismo: Articulación defectuosa de la ‘R’.
- Seseo: Pronunciación de la ‘Z’ como ‘S’.
- Sigmatismo: Imposibilidad de articular correctamente el fonema ‘S’.
- Tetacismo: Articulación incorrecta de la ‘T’.
- Yeismo: Defecto y articulación de la ‘LL’ que se articula como ‘Y’.
- Yotacismo: Imposibilidad de articular correctamente los fonemas. ‘X’, ‘Y’, ‘G’.

Los sonidos con más afectación en la lengua castellana son la /RR/, la /R/ y los grupos de conjunción de los fonemas ‘R’ y ‘L’. (20)

### 3.2.2.7.3. Errores dislálicos

En la articulación de un fonema los componentes fonéticos se ubican en posiciones determinadas que permiten producir sonidos que son fáciles de diferenciar por el receptor de la información, es por ello que si los componentes orgánicos del habla están mal ubicados producirán variados errores en la pronunciación. Dichos errores considerados dislálicos son identificados en la siguiente lista:

- **Sustitución:** Como dice el nombre se refiere a la sustitución de fonemas por otros incorrectos. Esta sustitución se da al inicio, al medio o al termino de la palabra, estudios identificaron a la sustitución como el error dislálico con mas prevalencia en menores afectados con dislalia. La sustitución del fonema /rr/ por /g/ desembocando en la palabra “peggo” o el sonido /r/ siendo reemplazado por el sonido /d/, originándose la articulación incorrecta “quiedo”.
- **Omisión:** Un sonido desaparece por completo al articular una palabra. La omisión se puede producir en cualquier zona de la palabra. En la pronunciación de algunos niños, ‘entonces’ puede aparecer como ‘tonces’; ‘patilla’ por ‘zapatilla’; ‘tenteo’ por ‘tintero’.
- **Inserción:** Agregar fonemas, esta es una consideración reciente. Hablamos de insertar un fonema que no corresponde a la palabra que se busca formar, al igual que los demás errores dislálicos se produce en cualquier parte de la palabra, Menores con dificultad al pronunciar el fonema /rr/ inicial suelen anteponerle una vocal: así ‘rascar’, se convierte en ‘arrascar’. Delante de una vocal posterior inicial de palabra suelen insertar una /g/: de manera que ‘usar’ se convierte en ‘gusar’.
- **Distorsión:** El paciente deforma el fonema, con sonidos distorsionados, poco comprensibles pero que intentan acercarse a la pronunciación del fonema correcto, no se refiere a una sustitución ya que no se reemplaza por algún fonema conocido, un gran ejemplo de este error dislálico es el ceceo lateral que generalmente afecta al sonido /s/, constituye una distorsión, Sucede comúnmente al presentarse una incompetencia labial ya que las corrientes de aire escapan por diferentes lados de la boca.

Las sustituciones de sonidos constituyen el tipo de error mas frecuente, siguiéndole las distorsiones, omisiones e inserción de este orden. (20)

#### 4. HIPÓTESIS

##### 4.1. Hipótesis general.

Dado que la dislalia es un trastorno de lenguaje que puede tener causa orgánica es probable que algunos niños que acuden al Centro Odontológico de la UCSM con maloclusión presenten dislalia.





## II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

## **1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación**

### **1.1. Precisión técnica**

Para poder determinar si los pacientes presentan maloclusiones, realizaremos un examen clínico basado en la identificación y clasificación de maloclusión según ‘Síndromes’ realizada por Moyers (14), este examen fue realizado con el sujeto a examinar en posición de relación céntrica para lo cual se utilizó la técnica de Dawson, en el caso de la dislalia se realizó un cuestionario de preguntas basado en el Test de Melgar Simplificado (23), para ello se utilizó una ficha documental por cada paciente y también un libro con imágenes fáciles de reconocer tanto para niños de 6 hasta los 12 años lo que estandarizaba la prueba y evitaba el condicionamiento en las respuestas, todo ello una vez firmado el consentimiento y con la aceptación de padres, menores y tratantes al examen.

### **1.2. Instrumentos**

#### **1.2.1. Instrumento documental**

Se emplea fichas clínicas que nos ayudaran a identificar y evaluar las maloclusiones dentales y la dislalia (se adjunta ficha documental, validación y prueba de confianza en anexos).

#### **1.2.2. Instrumento mecánico**

- Espejo.
- Explorador.
- Guantes.
- Pinza.
- Baja lenguas.
- Abre boca.
- Regla endodóntica.

### **1.3. Materiales**

- Utilería de escritorio.
- Ficha de recolección de datos.

### **1.4. Campo de verificación**

#### **1.4.1. Ámbito espacial**

La presente investigación se realizó en el ámbito institucional general de la Universidad Católica de Santa María de la ciudad de Arequipa, específicamente en el Centro Odontológico de la Facultad de Odontología.

#### **1.4.2. Ubicación temporal**

Se realizó durante los meses de junio, julio y agosto del año 2019.

### **1.5. Unidades de estudio**

Pacientes de 6 a 12 años del servicio de odontológico del Centro Odontológico de la Universidad Católica de Santa María.

#### **1.5.1. Criterios de inclusión**

- Pacientes del Centro Odontológico de la UCSM.
- Pacientes de entre 6 a 12 años.
- Pacientes de ambos sexos.
- Que los padres o apoderados de los menores hayan aceptado y firmado el consentimiento del trabajo de investigación.
- Que los pacientes a examinar acepten y colaboren con la evaluación.

#### **1.5.2. Criterios de exclusión**

- Pacientes que no acepten o se nieguen a colaborar con el examen.
- Padres renuentes o dudosos a firmar el consentimiento.
- Tratantes que no acepten la revisión de su paciente.
- Menores con afectación neuronal atendidos en el área de odontología especial.

### 1.5.3. Muestra.

- Tomando en cuenta que dicho Centro Odontológico funciona de acuerdo con la afluencia y demanda, la muestra esta conformada por el total de niños de 6 a 12 años que acudieron durante los meses de junio, julio, agosto y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

## 1.6. Estrategias de recolección

### 1.6.1. Metodología

La investigación del tipo transversal, descriptiva y asociativa se realizó durante los turnos mañana y tarde del Centro Odontológico de la UCSM, previa coordinación y permiso del director de clínica (documento en anexos), alumnos tratantes y padres quienes junto a sus menores hijos eran informados del examen a realizar, una vez firmado el consentimiento y con la aprobación de padres y menores, se procedió a realizar el examen. Se obtuvo una muestra de 250 pacientes de forma aleatoria (124 de género masculino y 126 de género femenino) a los que en principio y bien ubicados en un sillón dental se les realizó un examen sumario consistente en preguntas básicas hechas a los sujetos de estudio en compañía de los padres; nombre completo, edad, nombre de los padres, dirección y centro de estudios eran preguntas realizadas con el objetivo de observar tentativamente la pronunciación del menor y buscando también su relajación y confianza (procedimiento indicado por el especialista). El examen oral se realizó con el paciente en posición de RC (Relación Céntrica) para ello se utilizó la técnica de Dawson que respeta los conceptos modernos de posición mas anterosuperior medial del cóndilo en la cavidad glenoidea, y que se realiza utilizando las dos manos con cuatro dedos de cada una ubicados en el borde inferior de la mandíbula y los pulgares ubicados en la sínfisis y tocándose ligeramente es así que los cuatros dedos de cada mano se mueven hacia arriba tomando en cuenta la posición de la cabeza delante del examinador y los pulgares se empujan hacia abajo y atrás, en movimientos de arco suaves y continuos para no generar una respuesta de protección a nivel muscular, una vez ubicado el cóndilo en posición de relación céntrica se hizo el examen intraoral observando la relación molar (como indicador primario y principal), la presencia de maloclusiones individuales, en grupos de dientes y el perfil facial (como observación secundaria), siendo anotados los detalles de la observación en

una ficha diseñada para la ocasión. El examen de pronunciación se realizó basados en el Test de Melgar, utilizando 63 imágenes clasificadas según el fonema a evaluar, con el objetivo de no condicionar la respuesta en el menor, además cada imagen fue escogida buscando que sean fáciles de reconocer tanto para niños de 6 años hasta niños de 12 lo que estandarizaba el análisis para todas las edades, este examen se realizó con la ayuda de una ficha validada y un libro a color con imágenes perfectamente visibles y reconocibles (el niño no era avisado de que se le realizaba el análisis de pronunciación en ese momento), una vez terminado el examen se procedió a anotar la fecha y con fines didácticos y de seguridad el menor agregaba su huella digital en la ficha de evaluación. Cabe indicar que el examen se realizó en un lapso de 8 a 10 minutos según el grado de colaboración del niño evaluado.

#### **1.6.1. Organización**

- Permiso del director del Centro Odontológico para usar las instalaciones y poder realizar los exámenes a los menores asistentes.
- Autorización de los padres de familia o tutores para evaluación que se realizara a sus hijos.
- Consentimiento del menor para realizar el estudio.
- Coordinación con los tratantes

#### **1.6.2. Recursos**

##### **1.6.2.1. Recursos humanos**

**Investigador:** Luis Hernán Flores Ventura

**Asesor:** Dr. Marcel Aguilar Salas

##### **1.6.2.2. Recursos físicos**

- Ambientes Interiores del Centro Odontológico de la UCSM

##### **1.6.2.3. Recursos económicos**

- La investigación será autofinanciada por el investigador.

##### **1.6.2.4. Recursos institucionales**

- Universidad Católica de Santa María.
- Centro Odontológico de la UCSM.

#### **1.6.2.5. Validación del instrumento**

La validación se dio por medio del juicio de expertos, Dr. Juan Alberto Fuentes Castillo, especialista en Terapia de Lenguaje, y el Dr. Victor Marcel Aguilar Salas quienes actuaron como evaluadores del examinador que en este caso fue el Bachiller en Odontología Luis Hernan Flores Ventura.

La confiabilidad se evaluó ejecutando una prueba piloto en 40 unidades de observación y se utilizó el método test-retest en el que el coeficiente de confiabilidad se calcula utilizando al único examinador y las mismas fichas en dos ocasiones diferentes. Se pueden pasar inmediatamente, o dejando un intervalo de tiempo entre el test y el retest. Después se utilizó la prueba estadística de Wilcoxon entre las puntuaciones de ambas aplicaciones.

### **1.7. Estrategia para manejo de datos.**

#### **1.7.1. En el Ámbito de sistematización.**

Los datos fueron procesados utilizando las matrices creadas en base a los datos obtenidos en la investigación utilizando el Software Microsoft Excel 2019 en el SO OSX Catalina y el programa de uso estadístico SPSS.

##### **1.7.1.1. Clasificación.**

Utilizando la información recopilada se procede a crear la matriz de datos.

##### **1.7.1.2. Recuento.**

Las muestras fueron ordenadas y contadas para posteriormente se trasladada su información a la computadora a usar en la sistematización.

##### **1.7.1.3. Plan de tabulación:**

Se utilizó la prueba Chi cuadrado en la parte estadística, considerándose apropiada por las variables y los objetivos buscados, y la prueba de Wilcoxon que se utilizó para la prueba estadística de confiabilidad de TEST-RETEST.

##### **1.7.1.4. Graficación**

La información una vez sistematizada y habiendo realizado las pruebas estadísticas correspondientes fue convertida en gráficos apropiados por medio del sistema Microsoft Excel.

### **1.7.2. En el ámbito de los datos**

#### **1.7.2.1. Metodología de la interpretación**

Se comparo los datos obtenidos y posteriormente se realizo una apreciacion critica en base a los objetivos del trabajo de investigacion.

#### **1.7.2.2. Operaciones para la interpretación de los cuadros**

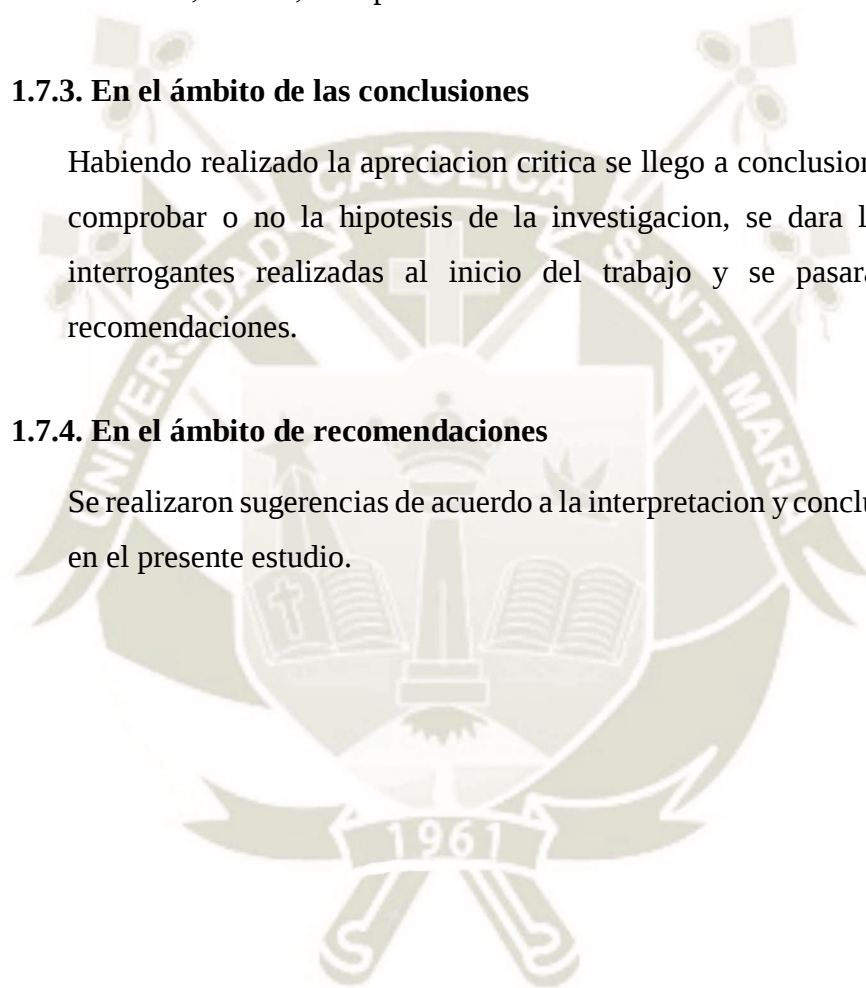
Analisis, Critica, Comparacion.

### **1.7.3. En el ámbito de las conclusiones**

Habiendo realizado la apreciacion critica se llego a conclusiones que buscaban comprobar o no la hipotesis de la investigacion, se dara la solucion a los interrogantes realizadas al inicio del trabajo y se pasara a realizar las recomendaciones.

### **1.7.4. En el ámbito de recomendaciones**

Se realizaron sugerencias de acuerdo a la interpretacion y conclusiones obtenidas en el presente estudio.





### III. RESULTADOS

## 1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO, TABLAS Y GRÁFICOS

**TABLA N° 1**

**SEXO Y EDAD EN NIÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UCSM**

| CARACTERÍSTICAS | N°  | %     |
|-----------------|-----|-------|
| <b>SEXO</b>     |     |       |
| Masculino       | 124 | 49.6  |
| Femenino        | 126 | 50.4  |
| <b>EDAD</b>     |     |       |
| De 6 a 7 años   | 72  | 28.8  |
| De 8 a 9 años   | 110 | 44.0  |
| De 10 a 12 años | 68  | 27.2  |
| Total           | 250 | 100.0 |

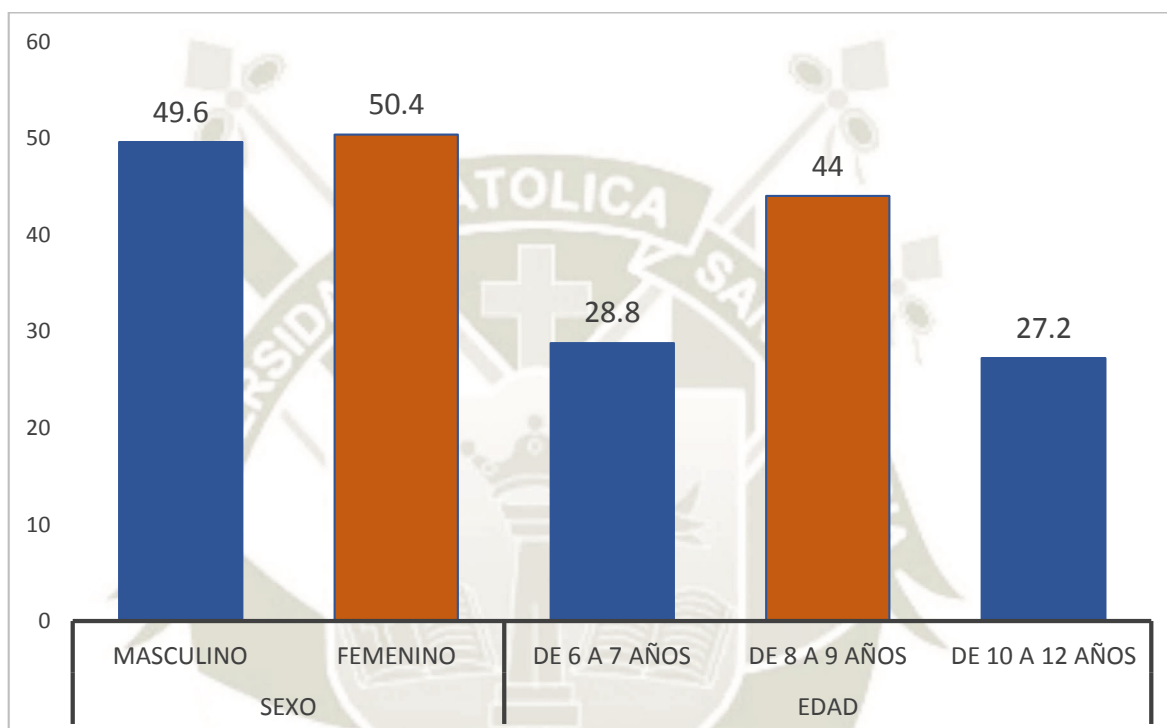
Fuente: Matriz de datos (junio, julio y agosto 2019)

### INTERPRETACIÓN:

En la tabla N°1 observamos con respecto al genero que la mayor cantidad fue el femenino con un porcentaje de (50.4%); así mismo observamos que las edades mas comunes fueron los 8 y 9 años con un porcentaje del (44%).

### GRAFICO N° 1

#### SEXO Y EDAD EN NIÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UCSM



Fuente: Matriz de Datos.

**TABLA N° 2**

**PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES DENTALES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

| <b>MALOCLUSIONES</b> | <b>N°</b> | <b>%</b> |
|----------------------|-----------|----------|
| No presenta          | 71        | 28.4     |
| Presenta             | 179       | 71.6     |
| Total                | 250       | 100.0    |

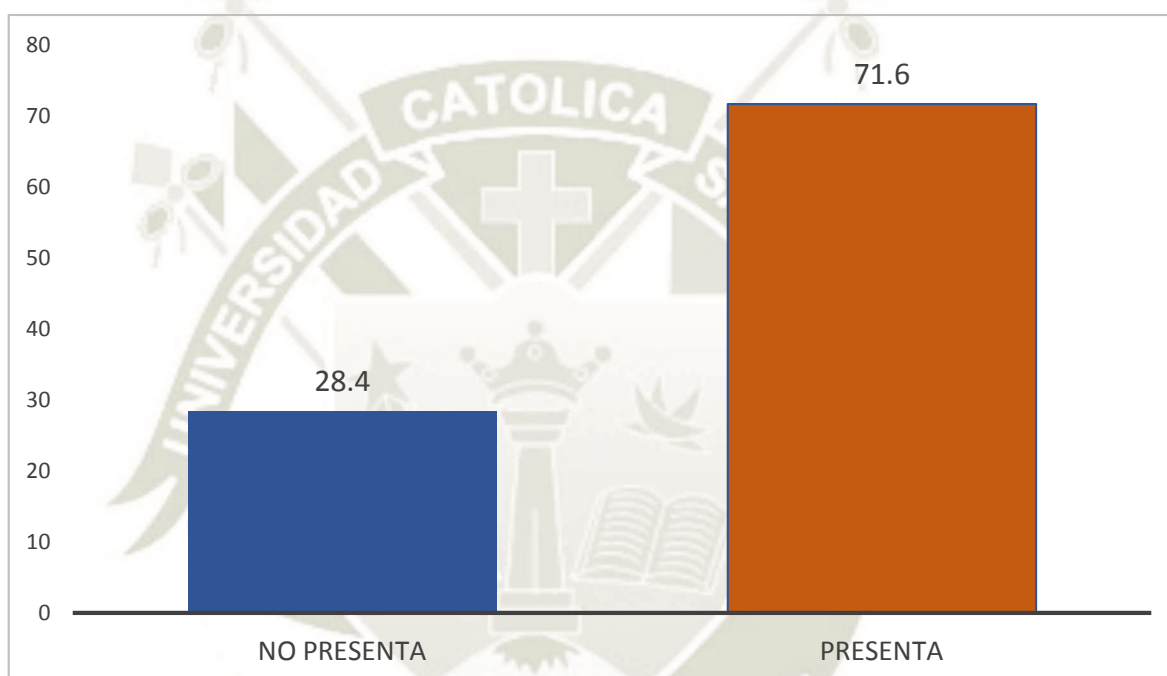
Fuente: Matriz de Datos (junio, julio y agosto 2019)

**INTERPRETACIÓN:**

Como se aprecia en la tabla N.º 2 la mayoría de los niños que representan el (71.6%) presentan algún tipo de maloclusión.

**GRAFICO N° 2**

**PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES DENTALES EN NIÑOS DE 6 A 12  
AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE SANTA MARÍA**



Fuente: Matriz de Datos

**TABLA N° 3**

**TIPOS DE MALOCLUSIÓN DENTAL EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE  
ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTA MARÍA**

| <b>TIPOS – MALOCLUSIÓN</b> | <b>N°</b>  | <b>%</b>     |
|----------------------------|------------|--------------|
| <b>CLASE</b>               |            |              |
| Clase I                    | 111        | 62.0         |
| Clase II                   | 29         | 16.2         |
| Clase III                  | 39         | 21.8         |
| <b>APIÑAMIENTO</b>         |            |              |
| No presenta                | 47         | 26.3         |
| Presenta                   | 132        | 73.7         |
| <b>MORDIDA ABIERTA</b>     |            |              |
| No presenta                | 142        | 79.3         |
| Presenta                   | 37         | 20.7         |
| <b>MORDIDA PROFUNDA</b>    |            |              |
| No presenta                | 148        | 82.7         |
| Presenta                   | 31         | 17.3         |
| <b>MORDIDA BIS A BIS</b>   |            |              |
| No presenta                | 166        | 92.7         |
| Presenta                   | 13         | 7.3          |
| <b>Total</b>               | <b>179</b> | <b>100.0</b> |

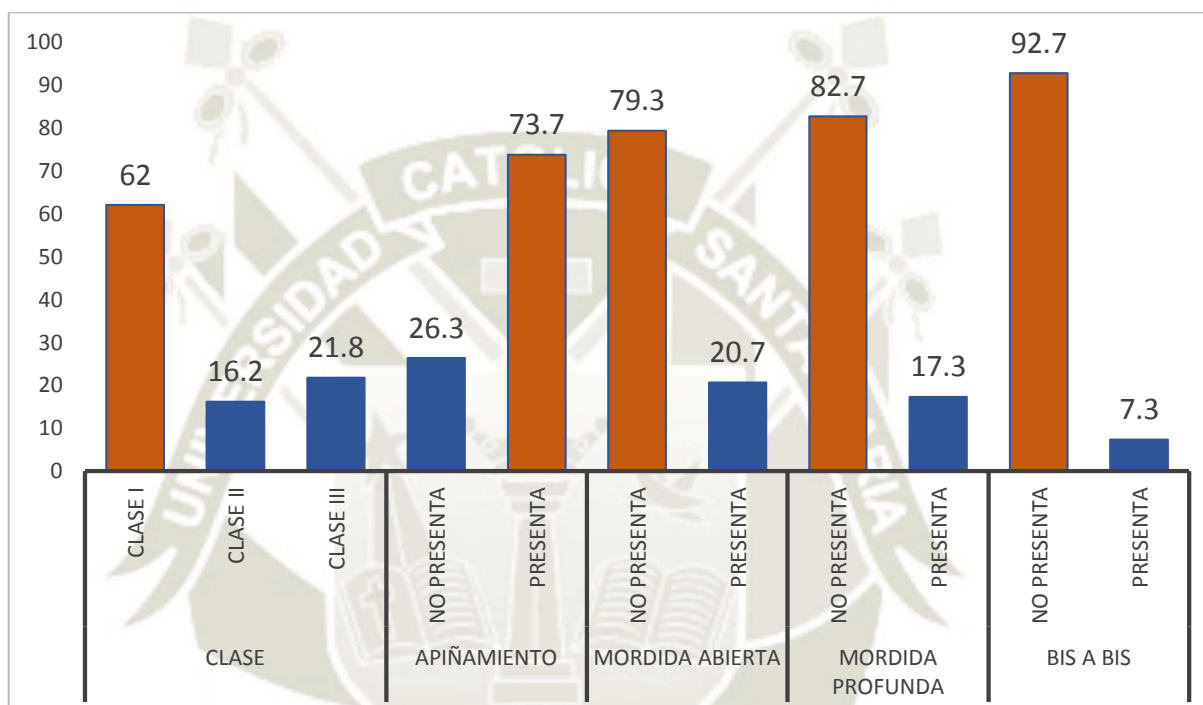
Fuente: Matriz de Datos (junio, julio y agosto 2019)

**INTERPRETACIÓN:**

- En la tabla N.º 3 podemos observar que la mayoría de los niños presentaban una maloclusión dental clase I con un porcentaje de (62%).
- También observamos que el apiñamiento se presentaba en el (76.3%) de los casos, la mordida abierta se presento en el (20.7%) de los casos, así mismo la mordida profunda se presento en el (17.3%) de los casos y la mordida bis a bis se encontró con un porcentaje de (7.3%).

### GRAFICO N° 3

#### TIPOS DE MALOCLUSIÓN DENTAL EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA



Fuente: Matriz de Datos

**TABLA N° 4.**

**PREVALENCIA DE LA DISLALIA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN  
AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA  
MARÍA**

| <b>DISLALIA</b> | <b>N°</b> | <b>%</b> |
|-----------------|-----------|----------|
| No presenta     | 193       | 77.2     |
| Presenta        | 57        | 22.8     |
| Total           | 250       | 100.0    |

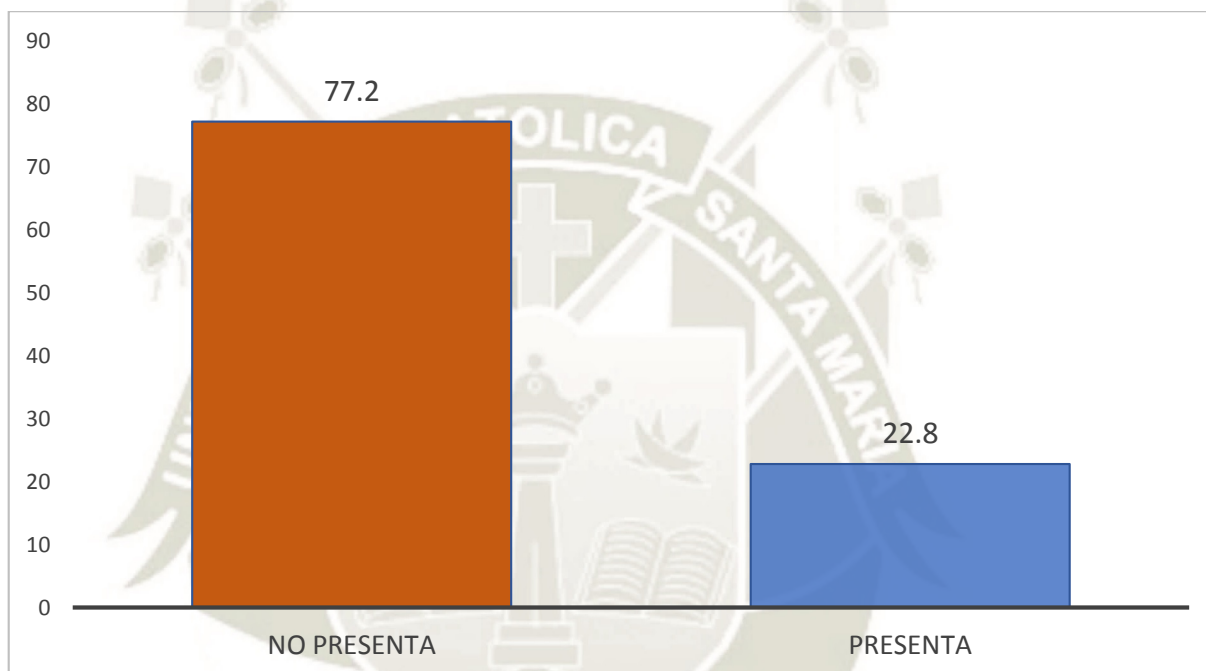
Fuente: Matriz de Datos (junio, julio y agosto 2019)

**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla N.º 4 podemos ver que la dislalia se presenta en un (22.8%) de los niños examinados.

**GRAFICO N° 4**

**PREVALENCIA DE LA DISLALIA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN  
AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA  
MARÍA**



Fuente: Matriz de Datos

TABLA N° 5

**TIPOS DE DISLALIA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO  
ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

| <b>DISLALIA</b>  | <b>N°</b> | <b>%</b>     |
|------------------|-----------|--------------|
| <b>“RR”</b>      |           |              |
| No presenta      | 5         | 8.8          |
| Presenta         | 52        | 91.2         |
| <b>“R”</b>       |           |              |
| No presenta      | 29        | 50.9         |
| Presenta         | 28        | 49.1         |
| <b>“L”</b>       |           |              |
| No presenta      | 53        | 93.0         |
| Presenta         | 4         | 7.0          |
| <b>“N”</b>       |           |              |
| No presenta      | 56        | 98.2         |
| Presenta         | 1         | 1.8          |
| <b>“S”</b>       |           |              |
| No presenta      | 53        | 93.0         |
| Presenta         | 4         | 7.0          |
| <b>“B”</b>       |           |              |
| No presenta      | 56        | 98.2         |
| Presenta         | 1         | 1.8          |
| <b>“D”</b>       |           |              |
| No presenta      | 56        | 98.2         |
| Presenta         | 1         | 1.8          |
| <b>LICUANTES</b> |           |              |
| No presenta      | 52        | 91.2         |
| Presenta         | 5         | 8.8          |
| <b>TRABADAS</b>  |           |              |
| No presenta      | 43        | 75.4         |
| Presenta         | 14        | 24.6         |
| <b>Total</b>     | <b>57</b> | <b>100.0</b> |

Fuente: Matriz de Datos (junio, julio y agosto 2019)

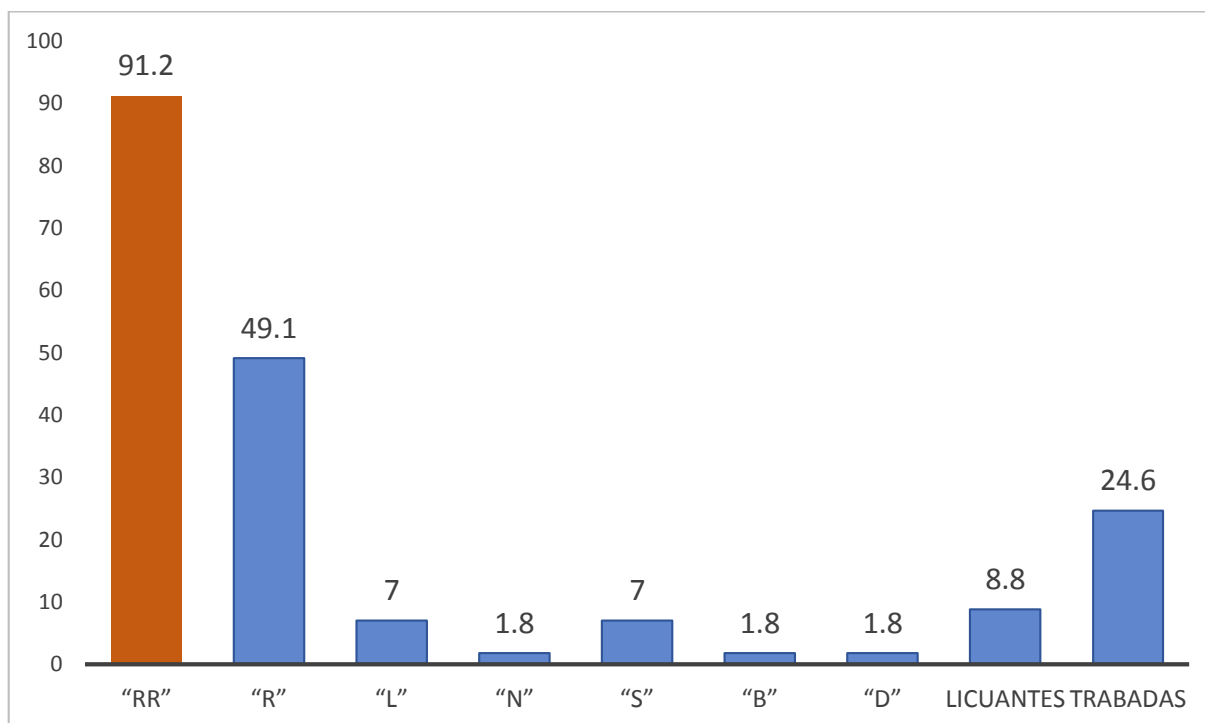
## INTERPRETACIÓN:

En la tabla N.º 5 observamos que el (91.2%) de los niños que tienen dislalia presentan problemas con la ('RR'), en el caso de la ('R') el problema se presenta en el (49.1%), también observamos que las dislalias de ('L' y 'S') se presentan en un (7%) respectivamente, así mismo se encontró que los problemas con la ('N', 'B' y 'D') se daban en (1.8%) de los niños respectivamente, los problemas con los fonemas de las sílabas Licuantes se daban en un (8.8%) de los casos y problemas con las Trabadas se observaron en un (24.6%) de los casos.



**GRAFICO N° 5**

**TIPOS DE DISLALIA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO  
ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**



Fuente: Matriz de Datos

**TABLA N° 6**

**RELACIÓN ENTRE MALOCLUSIÓN DENTAL Y DISLALIA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

| Maloclusión | Dislalia    |      |          |      | Total |       |
|-------------|-------------|------|----------|------|-------|-------|
|             | No presenta |      | Presenta |      |       |       |
|             | N°          | %    | N°       | %    | N°    | %     |
| No presenta | 60          | 84.5 | 11       | 15.5 | 71    | 100.0 |
| Presenta    | 133         | 74.3 | 46       | 25.7 | 179   | 100.0 |
| Total       | 193         | 77.2 | 57       | 22.8 | 250   | 100.0 |

Fuente: Matriz de datos

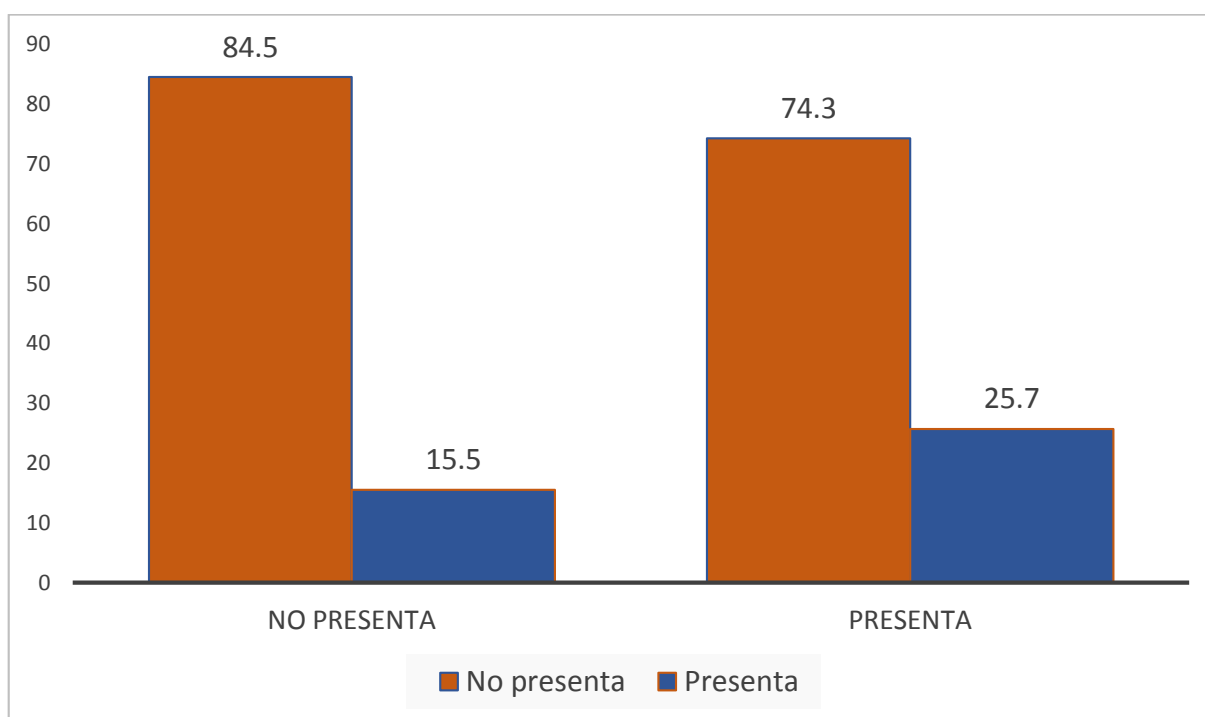
 $P = 0.046$  ( $P < 0.05$ ) S.S.

**INTERPRETACIÓN:**

- En la tabla N.º 6 observamos que el (15.5%) de los que no tenían maloclusión, presentan dislalia; y aquellos con maloclusión, presentan dislalia en un (25.7%).
- Según la prueba estadística aplicada, la diferencia entre niños que presentan y no presentan maloclusión y la presencia de dislalia, es significativa, por lo tanto, las maloclusiones tienen relación con la dislalia.

**GRAFICO N° 6**

**RELACIÓN ENTRE MALOCLUSIÓN DENTAL Y DISLALIA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**



Fuente: Matriz de Datos.

TABLA N° 7

**RELACIÓN ENTRE LOS TIPOS DE MALOCLUSIÓN Y LA DISLALIA EN  
NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

| Clase     | Dislalia    |      |          |      | Total |       |
|-----------|-------------|------|----------|------|-------|-------|
|           | No presenta |      | Presenta |      |       |       |
|           | N°          | %    | N°       | %    | N°    | %     |
| Clase I   | 86          | 77.5 | 25       | 22.5 | 111   | 100.0 |
| Clase II  | 21          | 72.4 | 8        | 27.6 | 29    | 100.0 |
| Clase III | 26          | 66.7 | 13       | 33.3 | 39    | 100.0 |
| Total     | 133         | 74.3 | 46       | 25.7 | 179   | 100.0 |

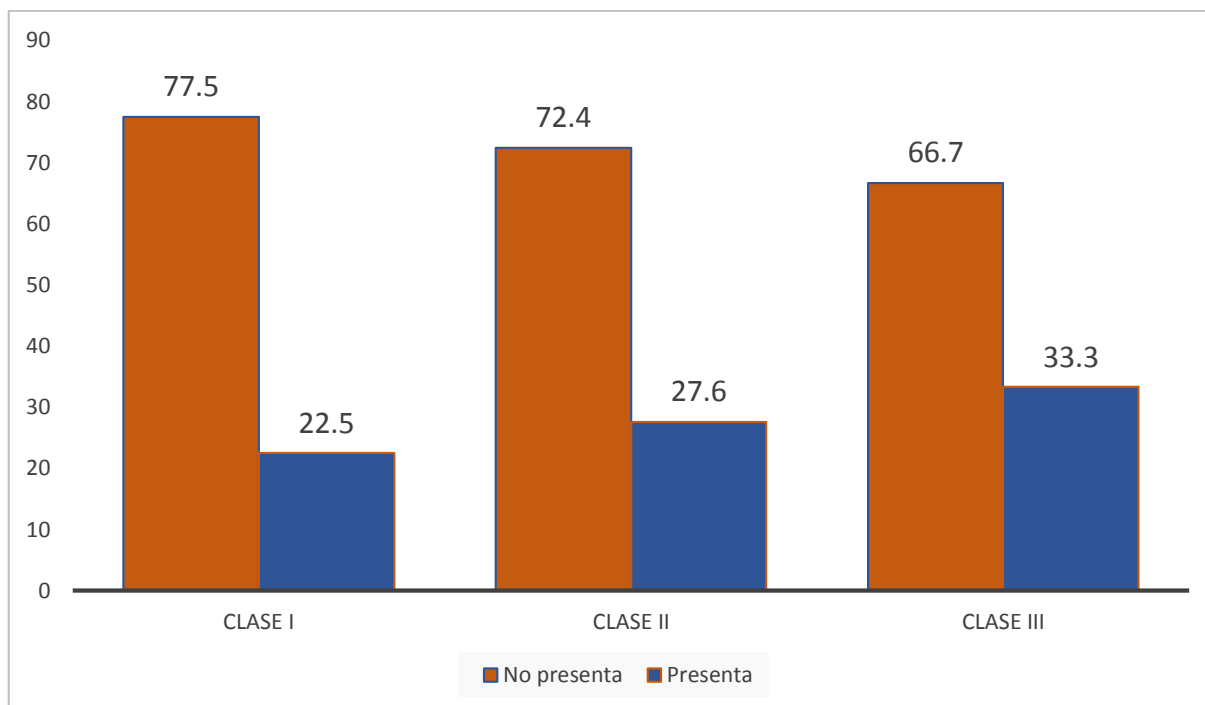
Fuente: Matriz de datos

 $P_1 (CI - CII) = 0.049 (P < 0.05) S.S.$ 
 $P_2 (CII - CIII) = 0.047 (P < 0.05) S.S.$ 
 $P_3 (CI - CIII) = 0.043 (P < 0.05) S.S.$ 
 $P = 0.048 (P < 0.05) S.S.$ 
**INTERPRETACIÓN:**

- Se observa que aquellos niños que presentaban Clase I presentaban dislalia en un (22.5%), además de los niños que presentaban Clase II se observó dislalia en un (27.6%), y de los niños con una Clase III la dislalia se presentó en un (33.3%).
- Es con esa información que al realizar la prueba estadística encontramos una diferencia significativa de la prevalencia de dislalia entre las Clases I, II y III, por lo tanto, la presencia de Clase III en un menor hace más propensa la aparición de dislalia en comparación con las Clases II y más aun con la Clase I.

## GRAFICO Nº 7

### RELACIÓN ENTRE LOS TIPOS DE MALOCLUSIÓN Y LA DISLALIA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA



Fuente: Matriz de datos.

**TABLA N° 8**

**RELACIÓN ENTRE APIÑAMIENTO DENTAL Y DISLALIA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

| Apiñamiento | Dislalia    |      |          |      | Total |       |
|-------------|-------------|------|----------|------|-------|-------|
|             | No presenta |      | Presenta |      |       |       |
|             | N°          | %    | N°       | %    | N°    | %     |
| No presenta | 34          | 72.3 | 13       | 27.7 | 47    | 100.0 |
| Presenta    | 99          | 75.0 | 33       | 25.0 | 132   | 100.0 |
| Total       | 133         | 74.3 | 46       | 25.7 | 179   | 100.0 |

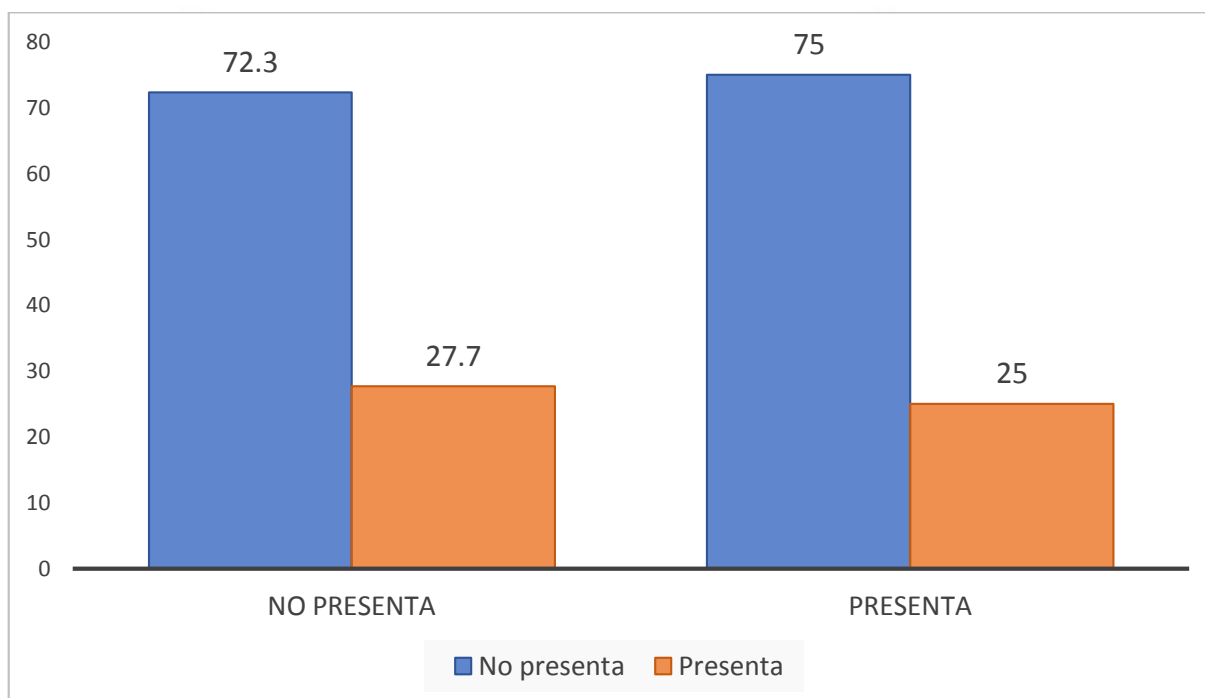
Fuente: Matriz de datos

 $P = 0.720 (P \geq 0.05) \text{ N.S.}$ 
**INTERPRETACIÓN:**

- Aquellos niños que presentan maloclusión, pero no apiñamiento, tenían dislalia en un (27.7%); así mismo los niños que tenían maloclusión y apiñamiento presentaban dislalia en un (25%).
- Según estos datos y al aplicar la prueba estadística encontramos que la diferencia no era significativa, por lo tanto, no hay diferencia entre la presencia y no de apiñamiento dental y la aparición de dislalia.

**GRAFICO N° 8**

**RELACIÓN ENTRE APIÑAMIENTO DENTAL Y DISLALIA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**



Fuente: Matriz de datos.

**TABLA N° 9**

**RELACIÓN ENTRE LA MORDIDA ABIERTA Y LA DISLALIA EN MENORES  
DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

| Mordida Abierta | Dislalia    |      |          |      | Total |       |
|-----------------|-------------|------|----------|------|-------|-------|
|                 | No presenta |      | Presenta |      |       |       |
|                 | N°          | %    | N°       | %    | N°    | %     |
| No presenta     | 107         | 75.4 | 35       | 24.6 | 142   | 100.0 |
| Presenta        | 26          | 70.3 | 11       | 29.7 | 37    | 100.0 |
| Total           | 133         | 74.3 | 46       | 25.7 | 179   | 100.0 |

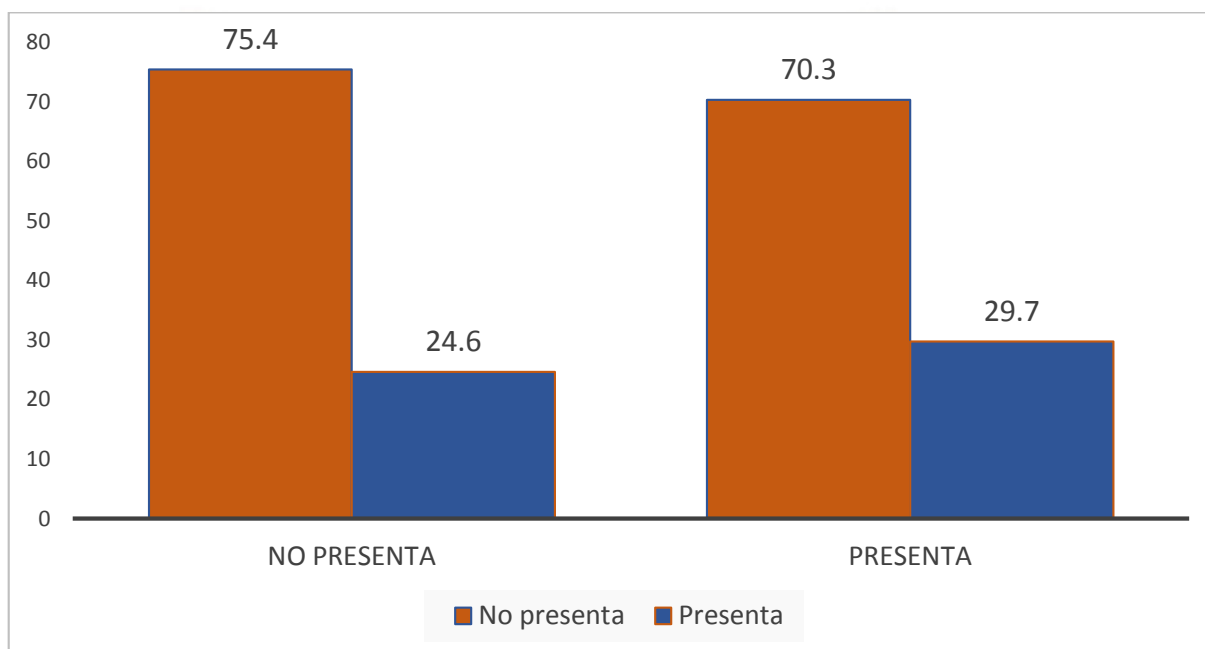
Fuente: Matriz de datos P = 0.529 ( $P \geq 0.05$ )  
N.S.

**INTERPRETACIÓN:**

- De los menores que tenían maloclusión, pero no mordida abierta se encontró que un (24.6%) presentaban dislalia, y de los menores que tenían maloclusión y mordida abierta se encontró que la dislalia se presentaba en un (29.7%).
- Se puede observar que los pacientes con mordida abierta presentan dislalia en mayor medida que los que no tienen dicha maloclusión, exactamente se encontró una diferencia de 5.1%. A pesar de este resultado y al realizar la prueba estadística se encontró que esta diferencia no era significativa estadísticamente.

**GRAFICO N° 9**

**RELACIÓN ENTRE LA MORDIDA ABIERTA Y LA DISLALIA EN MENORES  
DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**



Fuente: Matriz de datos

**TABLA N° 10**

**RELACIÓN ENTRE LA MORDIDA PROFUNDA Y LA DISLALIA EN NIÑOS DE  
6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

| Mordida Profunda | Dislalia    |      |          |      | Total |       |
|------------------|-------------|------|----------|------|-------|-------|
|                  | No presenta |      | Presenta |      |       |       |
|                  | N°          | %    | N°       | %    | N°    | %     |
| No presenta      | 112         | 75.7 | 36       | 24.3 | 148   | 100.0 |
| Presenta         | 21          | 67.7 | 10       | 32.3 | 31    | 100.0 |
| Total            | 133         | 74.3 | 46       | 25.7 | 179   | 100.0 |

Fuente: Matriz de datos

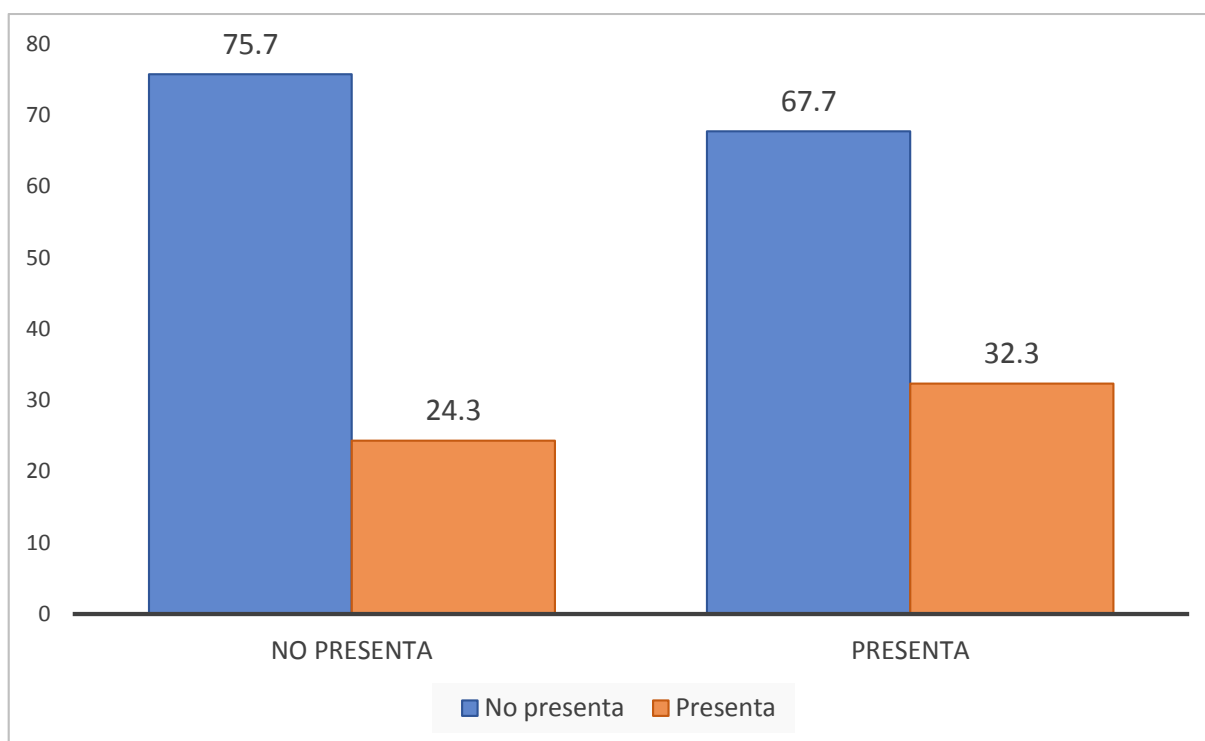
 $P = 0.358$  ( $P \geq 0.05$ ) N.S.

**INTERPRETACIÓN:**

- Aquellos menores que tenían maloclusión, pero no mordida profunda, presentaban dislalia en un (24.3%); aquellos niños que presentaban mordida profunda presentaban dislalia en un (32.3%).
- Los pacientes con mordida profunda presentaban dislalia en mayor porcentaje que los que no sufrían de esta maloclusión. Aun así al realizar la prueba estadística esta no encontró una diferencia significativa a nivel estadístico.

**GRAFICO N° 10**

**RELACIÓN ENTRE LA MORDIDA PROFUNDA Y LA DISLALIA EN NIÑOS DE  
6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**



Fuente: Matriz de datos

**TABLA N° 11**

**RELACIÓN ENTRE LA MORDIDA BIS A BIS Y LA DISLALIA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

| Mordida Bis a Bis | Dislalia    |      |          |      | Total |       |
|-------------------|-------------|------|----------|------|-------|-------|
|                   | No presenta |      | Presenta |      |       |       |
|                   | N°          | %    | N°       | %    | N°    | %     |
| No presenta       | 123         | 74.1 | 43       | 25.9 | 166   | 100.0 |
| Presenta          | 10          | 76.9 | 3        | 23.1 | 13    | 100.0 |
| Total             | 133         | 74.3 | 46       | 25.7 | 179   | 100.0 |

Fuente: Matriz de datos

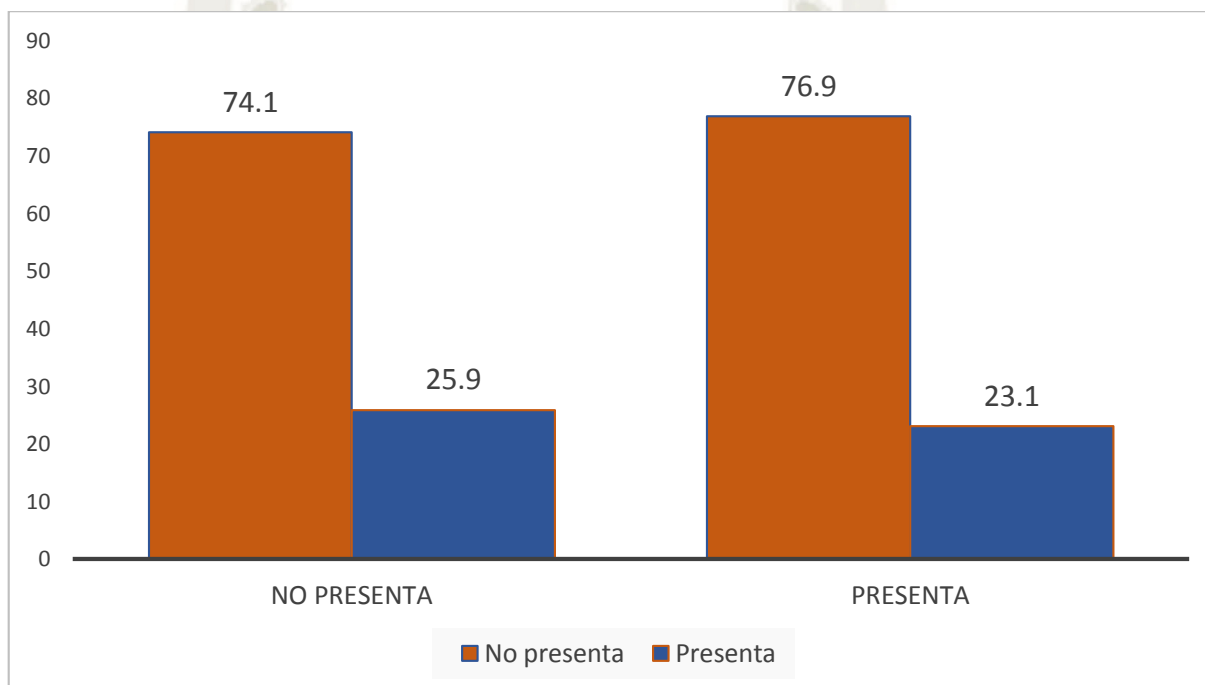
 $P = 0.822$  ( $P \geq 0.05$ ) N.S.

**INTERPRETACIÓN:**

- De los menores que tenían maloclusión, pero no mordida a bis a bis, un (25.9%) presentaban dislalia; de aquellos menores que tenían maloclusión y mordida bis a bis un (23.1%) presentaban dislalia.
- Una vez aplicada la prueba estadística se encontró que la diferencia no era significativa, es así que la relación entre la presencia o no de mordida bis a bis y la dislalia no es significativa.

**GRAFICO N° 11**

**RELACIÓN ENTRE LA MORDIDA BIS A BIS Y LA DISLALIA EN NIÑOS DE 6  
A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**



Fuente: Matriz de datos

## DISCUSIÓN

Se encontró que el (25.7%) de los menores con maloclusión presentaban dislalia mientras que aquellos sin maloclusión presentaban dislalia en un (15.5%) esta es una diferencia significativa y confirma la relación entre la maloclusión y la presencia de dislalia resultados que corroboran estudios que observaron que los defectos del habla se podrían presentar tanto en una oclusión normal como en maloclusiones; sin embargo mostraron que existían mayores alteraciones del habla en los escolares que presentaban maloclusiones. (24)

En el presente trabajo se observó que existe una asociación significativa entre la maloclusión Clase III con los trastornos del habla, siguiéndole los pacientes con Clase II que mostraban una tendencia moderada a la dislalia y por último los pacientes que presentaban una Clase I con una relación poco significativa, datos corroborados por investigaciones como la de Farronato que reporta que la presencia de una oclusión clase III tiene alta tendencia a estar asociada con desordenes del habla tales como la dislalia, mientras que la clase II tiene una baja tendencia a estar asociada a dicho trastorno (10), Álvarez BL. identificó también que existe una asociación significativa entre los planos terminales mesiales (clase III) y distal (clase II) con los trastornos del habla. (3)

Observamos también una tendencia entre las malas relaciones entre arcos o anomalías dentarias grupales con la dislalia, aunque si bien se encontró que los menores que presentaban mordida abierta y mordida profunda son más propensos a presentar dislalia la diferencia no fue significativa a nivel estadístico (este resultado puede ser causado por la cantidad de menores que se encontraron con dichas maloclusiones 37 y 31 respectivamente y el método de observación ya que en este caso se observaron a niños que presentaban y no presentaban maloclusión como variable independiente y niños que presentaban y no dislalia). Esto se apoya y concuerda con lo encontrado por Rathbone quien refiere que existe una relación entre el habla deficiente y la maloclusión, pero no una directa relación entre severidad y variaciones de la maloclusión con el habla (25), pero difiere con otros estudios como el de Farronato que refiere que sumado a la presencia de Clase III las mordidas abiertas y profundas representan una alta tendencia en el desarrollo de desordenes del habla como la dislalia (10), es importante señalar que hay artículos (Tachimura) que sugieren una asociación entre defectos del habla y la pérdida de incisivos superiores. (26)

Dentro del área específica de la dislalia obtuvimos que los fonemas que causaron mas problemas fueron ‘RR’, ‘R’ las Trabadas (que es la conjunción de la r con demás consonantes), y la ‘S’ en menor medida, esto entra en concordancia con lo indicado en diversos estudios que explican que los fonemas más afectados en la lengua española son la ‘RR’ doble, la ‘R’ simple y los grupos consonánticos o sifones de la ‘R’ y ‘L’ (20), porque suponen una mayor discriminación auditiva y por ser los últimos que se adquieren en el desarrollo evolutivo, aunque difiere con otros en los que se encontró que los fonemas mas alterados eran / d / t / s / ch / ñ / en un estudio realizado en Colombia (27) esto debido a las múltiples diferencias en el idioma español dentro de la región latinoamericana, pronunciación, “dejos” o el argot variado que hay incluso dentro de un mismo país y sus divisiones geográficas generan grandes variaciones al momento de articular ciertos fonemas ya que estos no se pronuncian de la misma manera. Es preciso aclarar también que en el caso de la ‘LL’ el llamado yeísmo es una costumbre en Latinoamérica. Siendo común encontrar personas que no solo pronuncian sino también escriben erróneamente este fonema y grafema ‘gayo’ en vez de *gallo*, ‘yama’ en vez de *llama* o al revés ‘halla’ en vez de *haya*, esto no se considera dislalia a excepción de los errores en escritura, ya que en cuanto a la pronunciación este error tiene su origen en una costumbre aferrada a la población de determinadas zonas de Latinoamérica.

Tomando en cuenta que la gran mayoría de los autores son angloparlantes y muchos de estos trabajos de investigación se realizaron con técnicas o criterios diferentes algunos desfasados en la actualidad, no se tiene la certeza y la seguridad de que estos estudios sean totalmente concluyentes, es por ello que quizá observamos la gran diferencia de resultados entre uno y otro autor.

## CONCLUSIONES

- PRIMERA: Se determinó que la maloclusión en relación molar Clase I fue la más frecuente en los menores observados, siendo el apiñamiento la discrepancia de espacio más observada y la mordida abierta la discrepancia vertical más frecuente.
- SEGUNDA: Se observó que los fonemas más afectados al momento de la pronunciación fueron “RR”, “R”, “Trabadas” seguidos en menor medida por los fonemas “S”, “Licuantes”.
- TERCERA: El presente trabajo de investigación determina que existe una relación estadísticamente significativa entre la maloclusión y la presencia de dislalia, y que las relaciones molares Clase III tienen una tendencia agregada a asociarse con dislalia, sucediendo lo mismo en la Clase II y en menor medida en la Clase I a pesar de que la maloclusión como tal ya representa una asociación significativa.
- CUARTA: La presente investigación determinó que los niños que acudían al Centro Odontológico y que presentaban maloclusión tenían casi el doble de riesgo (1.7 estadísticamente) de presentar dislalia que los niños que no tenían maloclusión.

## RECOMENDACIONES

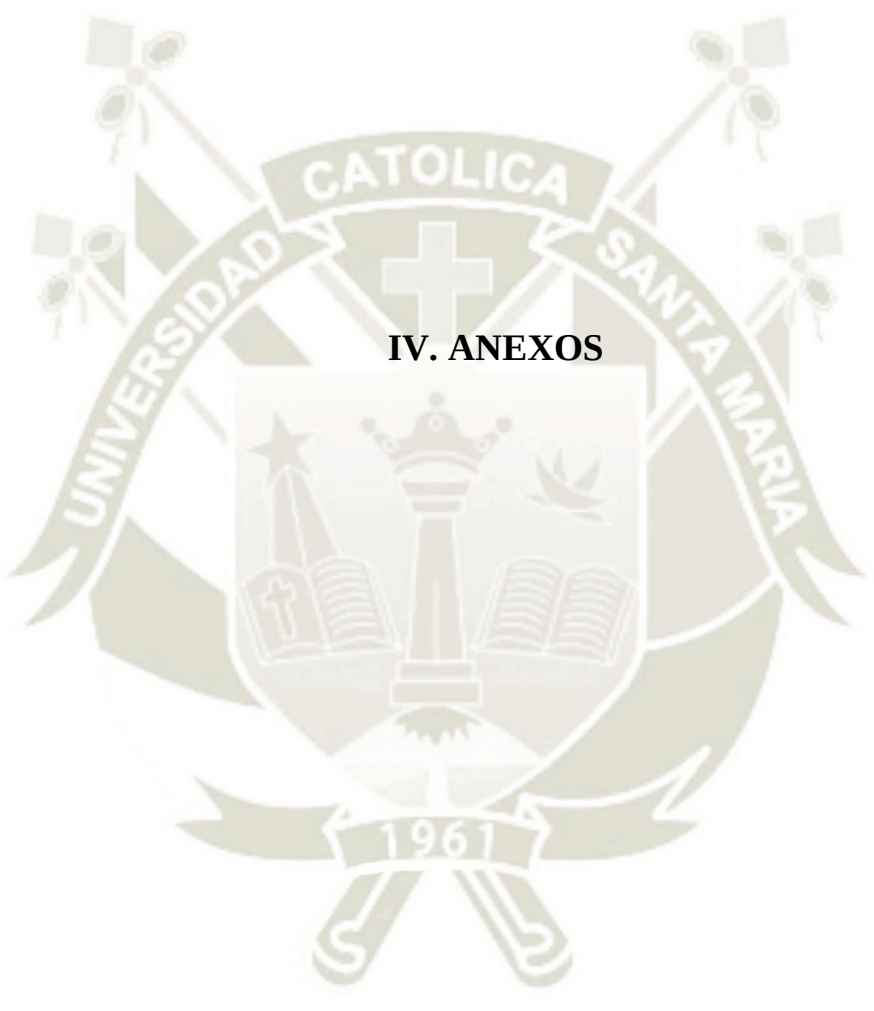
- Dados los resultados de la presente investigación y anteriores publicaciones se puede afirmar que la dislalia no es un trastorno que se pueda tratar solamente con terapia de lenguaje, siendo su diagnóstico y tratamiento una competencia multidisciplinaria entre ortodoncista, odontopediatra y terapeuta de lenguaje sumado al apoyo e interés de los padres.
- Habiendo establecido una tendencia entre la maloclusión y la dislalia se recomienda agregar este conocimiento a las charlas preventivas para así generar mayor interés y hábitos de higiene tan importantes en la prevención de problemas dentales que puedan causar una maloclusión y como consecuencia una dislalia.
- Dado que la dislalia y la maloclusión son patologías bastante frecuentes en la población infantil. Se recomienda que esta investigación sirva como sustento para la realización de más estudios en nuestro medio (Arequipa) que establezcan análisis definitivos que comprueben los resultados de esta investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Veretnik E. Trastornos de Lenguaje y su Correccion. 2nd ed. Lima: CIEICS; 2003.
- 2 Solomon A. Personality and behaviour patterns of children with functional defects of articulation. Londres: Child Development; 1996.
- 3 Alvarez Baños L, Oropeza Murillo P, Elorza Perez H. Trastornos del habla asociados a maloclusion dental en pacientes pediatricos. Revista Odontologica Mexicana. 2005; ix(1).
- 4 Regal Cabrera N. Dislalias. 3rd ed. La Habana: Rev Cub Ortod.; 1999.
- 5 Rojas Padilla SV. Anomalías dentomaxilofaciales en niños de 03 a 08 años con trastorno de articulación de la palabra que se atienden en la unidad de terapia del lenguaje del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital Víctor Lazarte Echegaray, octubre 2007. Trabajo de Investigacion. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, La Libertad; 2008.
- 6 Cortez Mendoza N. Prevalencia de maloclusión según la clasificación de angle en los escolares de 8 a 12 años de edad en la Institución Educativa N° 22313 de Ica en el año 2016. Peru. Ica: Universidad Alas Peruanas, Ica; 2017.
- 7 Flores Mullo CM. ANQUILOGLOSI Y TRASTORNOS DEL HABLA. Trabajo de Investigacion. Tacna: Universidad Privada de Tacna, Tacna; 2019.
- 8 Taboada Aranza O, Torres Zurita A, Cazares Martinez C, Orozco Cuanalo L. Prevalencia de maloclusiones y trastornos del habla en una poblacion preescolar del oriente de la ciudad de mexico. Boletin Medico del Hospital Infantil de Mexico. 2011; III(6).
- 9 Jimenez Ariosa AY, Acosta Basnueva BA, Soto Cantero L, Fernandez Collazo L. Alteraciones del habla en niños con anomalias dentomaxilofaciales. Revista Cubana de Ortodoncia. 1997; I(13).

- 10 Farronato G, Giannini L, Riva R, Galbiati G, Maspero C. CORRELATIONS BETWEEN MALOCCLUSIONS AND DYSLALIAS. European Journal of Paediatric Dentistry. 2012 Marzo; I(13).
- 11 Ash M, Ramfjord S. Oclusion. 3rd ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 1996.
- 12 Ferreira FV. Ortodoncia, Diagnostico y Planificacion Clinica. 2nd ed. Sao Paulo: Artes Medicas Ltda.; 2004.
- 13 Interlandi S. Ortodoncia. Bases para la Iniciacion. 2nd ed. Sao Paulo: Amolca; 2002.
- 14 Moyers R. Manual de Ortodoncia. 4th ed. Buenos Aires: Medica Panamericana S.A.; 1992.
- 15 Dos Santos J. Oclusion, Principios y Conceptos. 3rd ed. Caracas: Amolca; 2000.
- 16 Gurkeerat S. Ortodoncia, Diagnostico y Tratamiento. 2nd ed. Caracas: Amolca; 2009.
- 17 Wylie WL. Malady or malformation. Angle Orthodontics. 1949 June; 3(11).
- 18 Graber TM. Ortodoncia: Teoria y Practica. 3rd ed. Madrid: Interamericana; 1987.
- 19 Quiros Alvarez O. Ortodoncia Nueva Generacion. 2nd ed. Caracas: Amolca; 2003.
- 20 Sos Abad AM, Sos Lansac ML. Logopedia Practica. 3rd ed. Madrid.: Wolters Kluwer Educacion; 2011.
- 21 Mura S. Dinamica Articulatoria. Buenos Aires: Corpus; 2011.
- 22 Laine T. Malocclusion traits and articulatory components of speech. Eur J Orthod. 1992; 302(9).
- 23 Gonzales de Melgar M. Como Detectar al Niño con Problemas del Habla. 5th ed. Buenos Aires: Trillas; 2008.
- 24 Hopkin G, McEwen J. Speech defects and malocclusion; a palatographic investigation. Dent Pract. 1986; 123(56).

- 25 Rathbone J. Appraisal of speech defects in dental anomalies. The Angle Orthod. 1985; 1081(89).
- 26 Tachimura T, Nohara K, Wada T. Effect of placement a speech appliance on levator veli palatini muscle activity during speech. Cleft Palate: Craniofacial Journal. 1999; V(57).
- 27 Ocampo-Parra A, Escobar-Toro B, Sierra Alzate V, Rueda Z, Lema M. Prevalence of dyslalias in 8 to 16 year-old students with anterior open bite in the municipality of Envigado, Colombia. BMC Oral Health. 2015; III(5).
- 28 Canut Brusola JA. Ortodoncia Clinica y Terapeutica. 2nd ed. Madrid: Elsevier Masson; 2000.
- 29 C , R J. Tooth position and speech-is there a relationship? The Angle Orthodontist. 1999; 306(10).
- 30 Frowine von K, Moser H. Relationship of dentition and speech. J Am Dent Assoc. 1984; 1081(89).
- 31 Lopez Najera S, Marichi Rodriguez J, Flores Ledesma A, Ibarra Grajeda D, Canseco Jimenez J, Cuairan Ruidiaz V. MALOCLUSION Y POSICION DE BORDES INCISALES-BORDE BERMELLON DEL LABIO. Revista Mexicana de Ortodoncia. 2016; IV(4).
- 32 Peña M, Rojas M, Tirado A, Benavides B, Hurtado M, Ruiz A. Prevalencia de la malocclusion en tres planos del espacio en pacientes diagnosticados con defectos del habla en las clinicas de especializacion de ortopedia funcional y ortodoncia en la Universidad Cooperativa de Colombia. Revista de Estomatologia Colombiana. 2014; 22(26-32).



## IV. ANEXOS

## ANEXO N.º 1 – DICTAMEN DE APROBACIÓN DE PERFIL DE TESIS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

Proyecto 051

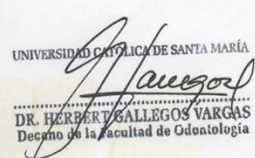
Exp.017229 FLORES VENTURA LUIS HERNAN  
Dictaminador de Plan de Tesis

Arequipa, 6 de MAYO del 2019

**PASE A : DR JAIME GALLEGOS ZANABRIA**

Para que de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad, se sirva dictaminar el presente

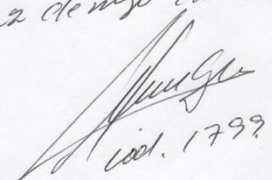
Atentamente,

  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
DR. HERBERT GALLEGOS VARGAS  
Decano de la Facultad de Odontología

HGV/Dec.  
mrg

*Sr. Decano de la facultad. El graduando Luis H. Flores Ventura, a pedido y realizado cambio sufriendo por mi parte, y en concordancia con su examen aprobó el título de ser investigador "Relación de la Maloclusión dentales con la Oclusión Ocular en Niños de 5 a 12 años" y acuerdo al ~~form~~ centro odontológico de la UCSM. Dado de puja, julio y agosto 2019". Puede continuar con su investigación.*

*Se aprueba 22 de mayo del 2019*

  
jul. 1799

(5154) 251210 (5154) 252542 ucsm@ucsm.edu.pe http://www.ucsm.edu.pe 0016078

Dictamen de aprobación del perfil de tesis por parte del doctor dictaminador. Dr. Jaime Gallegos Zanabria con fecha 22/05/19.

## ANEXO N.º 2 – SOLICITUD DE USO DE INSTALACIONES

  
*Universidad Católica de Santa María*  
☎ (51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ [ucsm@ucsm.edu.pe](mailto:ucsm@ucsm.edu.pe) 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado:1350  
AREQUIPA - PERÚ

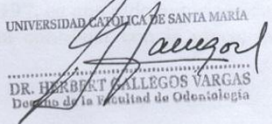
REFERENCIA: Expediente 2019-19803.- LUIS HERNÁN FLORES VENTURA.- Solicita Autorización  
Aplicación del Instrumento de Investigación – Proyecto de Tesis .....

Señor Doctor  
CHRISTIAN ROJAS VALENZUELA  
Director del Centro Odontológico de la UCSM  
Presente.-

Es grato dirigirme a usted, haciendo de su conocimiento el requerimiento formulado por el señor  
LUIS HERNÁN FLORES VENTURA – D.N.I. 70759063, a efecto de aplicar el instrumento de investigación  
del Proyecto de Tesis aprobado y titulado “RELACIÓN DE LAS MALOCCLUSIONES DENTALES CON LA  
DISLALIA ORGÁNICA EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA  
UCSM DURANTE JUNIO, JULIO, AGOSTO DEL 2019”. Por lo expuesto, contando con la autorización de  
este Decanato, mucho le agradeceré, tenga a bien disponer a quien corresponda, se concedan las  
facilidades del caso, con fines académicos, al solicitante FLORES VENTURA.

Arequipa, 2019 mayo 27

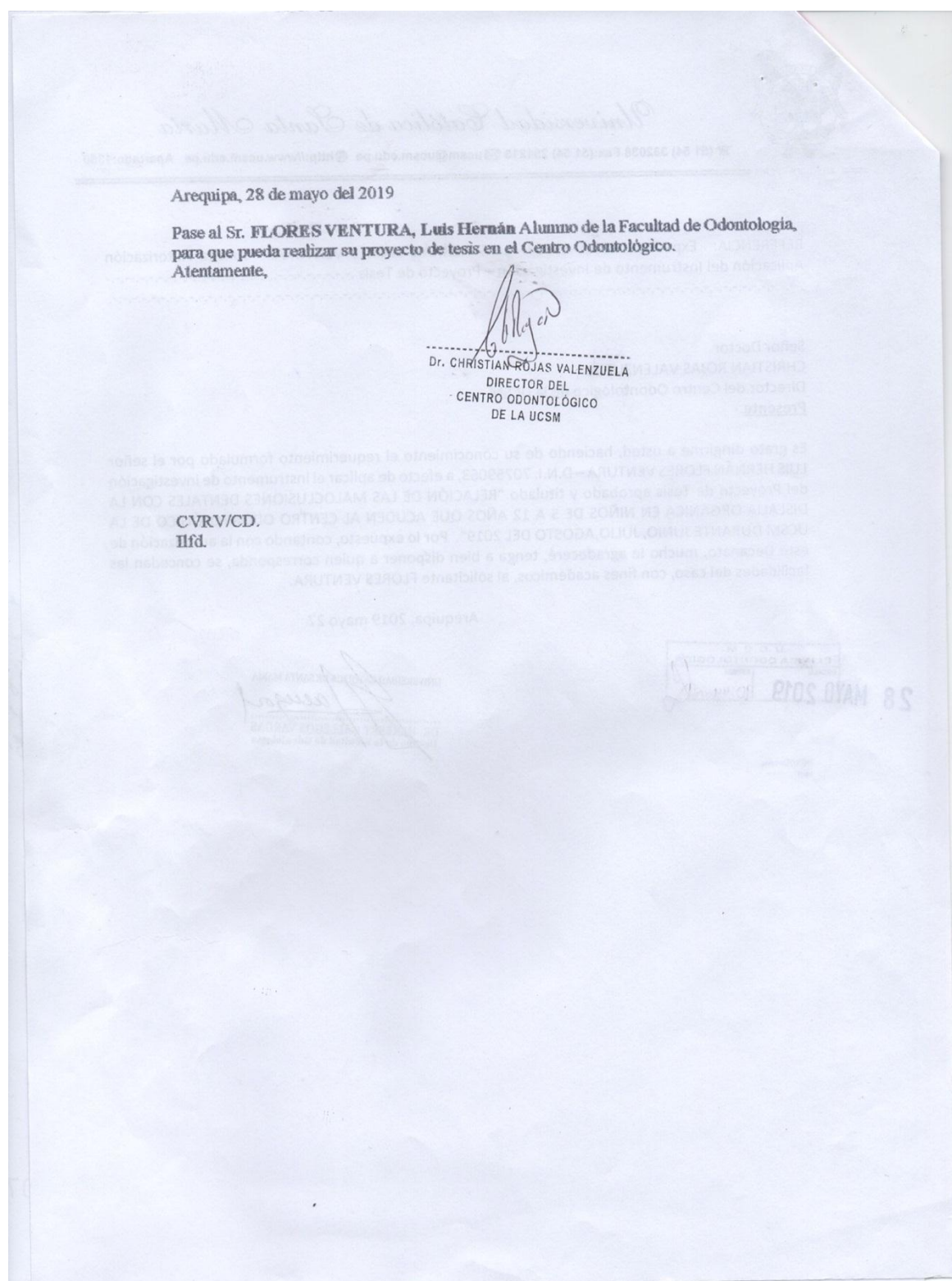
  
HGV//Decano  
tqm



RECIBIDO

Solicitud dirigida al Dr. Christian Rojas Valenzuela para la aprobación del uso de las  
instalaciones del Centro Odontológico de la UCSM con fecha 27/05/19.

**ANEXO N.º 3 – DOCUMENTO DE APROBACIÓN DE USO DE INSTALACIONES**



Firma y aprobación para el uso de las instalaciones del Centro Odontológico de la UCSM  
por parte del director de las instalaciones Dr. Christian Rojas Valenzuela con fecha  
28/05/19.

## ANEXO N°. 4 – VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

#### I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante : Juan Alberto Fuentes Carrillo  
 1.2. Cargo e Institución donde labora : Tecnólogo Médico en Terapia de Lenguaje  
 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación : Hospital III Goyeneche  
 1.4. Autor del Instrumento : Juan Alberto Fuentes Carrillo

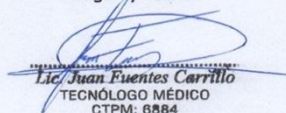
#### II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

| INDICADORES     | CRITERIOS                                                             | CALIFICACIÓN         |                   |                 |                     |                      |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
|                 |                                                                       | Deficiente<br>01-20% | Regular<br>21-40% | Buena<br>41-60% | Muy Buena<br>61-80% | Excelente<br>81-100% |
| 1. CLARIDAD     | Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.                 |                      |                   |                 |                     | X                    |
| 2. OBJETIVIDAD  | Permite medir hechos observables                                      |                      |                   |                 | X                   |                      |
| 3. ACTUALIDAD   | Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología                      |                      |                   |                 | X                   |                      |
| 4. ORGANIZACIÓN | Presentación Ordenada                                                 |                      |                   |                 |                     | X                    |
| 5. SUFICIENCIA  | Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente. |                      |                   |                 |                     | X                    |
| 6. PERTINENCIA  | Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados       |                      |                   |                 | X                   |                      |
| 7. CONSISTENCIA | Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.        |                      |                   |                 | X                   |                      |
| 8. ANALISIS     | Descompone adecuadamente las variables/ Indicadores/ medidas.         |                      |                   |                 | X                   |                      |
| 9. ESTRATEGIA   | Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.     |                      |                   |                 | X                   |                      |
| 10. APLICACIÓN  | Existencia de condiciones para aplicarse.                             |                      |                   |                 | X                   |                      |

#### III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Marcar con una aspa)

| APROBADO | DESAPROBADO | OBSERVADO |
|----------|-------------|-----------|
| ✓        |             |           |

Lugar y fecha:

  
 Lic/ Juan Fuentes Carrillo  
 TECNÓLOGO MÉDICO  
 CTPM: 6884

Firma del Experto Informante

DNI

Teléfono No

Validación de instrumento (ficha para evaluación de dislalia) por parte del Dr. Fuentes Carrillo, Juan Alberto especialista en Terapia del Lenguaje.

## ANEXO N°. 5 – VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

#### I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante : Centeno San Román Gilberto  
 1.2. Cargo e Institución donde labora : Universidad Católica d Santa Mar  
 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación : \_\_\_\_\_  
 1.4. Autor del Instrumento : José Maximiliano P. Tercero

#### II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

| INDICADORES     | CRITERIOS                                                             | CALIFICACIÓN         |                   |                 |                     |                      |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
|                 |                                                                       | Deficiente<br>01-20% | Regular<br>21-40% | Buena<br>41-60% | Muy Buena<br>61-80% | Excelente<br>81-100% |
| 1. CLARIDAD     | Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.                 |                      |                   |                 | ✓                   |                      |
| 2. OBJETIVIDAD  | Permite medir hechos observables                                      |                      |                   |                 | ✓                   |                      |
| 3. ACTUALIDAD   | Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología                      |                      |                   |                 | ✓                   |                      |
| 4. ORGANIZACIÓN | Presentación Ordenada                                                 |                      |                   |                 | ✓                   |                      |
| 5. SUFICIENCIA  | Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente. |                      |                   |                 | ✓                   |                      |
| 6. PERTINENCIA  | Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados       |                      |                   |                 | ✓                   |                      |
| 7. CONSISTENCIA | Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.        |                      |                   |                 | ✓                   |                      |
| 8. ANALISIS     | Descompone adecuadamente las variables/ Indicadores/ medidas.         |                      |                   |                 | ✓                   |                      |
| 9. ESTRATEGIA   | Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.     |                      |                   |                 | ✓                   |                      |
| 10. APLICACIÓN  | Existencia de condiciones para aplicarse.                             |                      |                   |                 | ✓                   |                      |

#### III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Marcar con una aspa)

| APROBADO | DESAPROBADO | OBSERVADO |
|----------|-------------|-----------|
| ✓        |             |           |

Lugar y fecha:

DNI  
29618839

Teléfono No

958329176

  
Firma del Experto Informante

Validación del instrumento (ficha para evaluación de la maloclusión) por parte del Dr.  
Centeno San Román, Gilberto especialista en Ortodoncia.

## ANEXO N°. 6 – PRUEBA ESTADÍSTICA

### PRUEBA DE TEST - RETEST

| Resultado | Medición |       |         |       |
|-----------|----------|-------|---------|-------|
|           | Primera  |       | Segunda |       |
|           | Nº       | %     | Nº      | %     |
| Error     | 4        | 10.0  | 0       | 0.0   |
| Acierto   | 36       | 90.0  | 40      | 100.0 |
| Total     | 40       | 100.0 | 40      | 100.0 |

Fuente: Matriz de datos

Wilcoxon:  $P = 0.000$  ( $P < 0.05$ ) S.S.

Prueba estadística TEST-RETEST con el objetivo de calibrar al examinador, Bachiller en Odontología Flores Ventura, Luis Hernan. Los resultados muestran una confianza del 90% en la primera medición lo que es excelente según el rango de Wilcoxon.

## ANEXO N.º 7 - FOTOGRAFÍA



Fuente: Elaboración propia.

Se observa al examinador realizando la prueba para identificar la ausencia o presencia de dislalia en un paciente que acude al Centro Odontológico de la UCSM.

## ANEXO N.º 8 - FOTOGRAFÍA



Fuente: Elaboración propia.

Se observa el libro con imágenes a color que los menores parte del estudio observaban como parte de la prueba diseñada para identificar la dislalia

## ANEXO N.º 9: FOTOGRAFÍA



Fuente: Elaboración propia.

Libros con imágenes a todo color y fáciles de reconocer utilizadas como parte del examen realizado a los menores que fueron parte de la investigación.

## ANEXO N°. 10: CONSENTIMIENTO INFORMADO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado padre de Familia o Tutor; se esta realizando un trabajo de investigación titulado:

*“Relación de la maloclusión dental con la dislalia orgánica en niños de 6 a 12 años que acuden al centro odontológico de la Universidad Católica de Santa María durante los meses de junio, julio y agosto. Arequipa 2019.”*

Investigador: Luis Hernán Flores Ventura

La participación de su hijo y/o hija, consisten en:

1. Realizar examen clínico bucal.
2. Realizar una prueba de dicción para identificar posibles Dislalias.

La participación es importante, Ud. está en libertad de aceptar o rechazar esta invitación. Usted en calidad de padre o tutor de aceptar la invitación debe saber que el estudio a realizar será individual y la información solo será utilizada con fines de estudio para la referida investigación.

Yo: \_\_\_\_\_, acepto la participación de mi menor hijo y/o hija o menor apoderado en el presente trabajo de investigación.

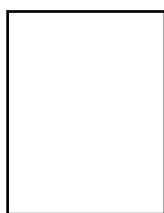
Firma: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Arequipa.....de, .....del 2019

## ANEXO N°. 11: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA CLÍNICA N°: .....



Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Colegio: \_\_\_\_\_

Huella Digital

Padre de familia o Apoderado: \_\_\_\_\_

### CRITERIOS DETERMINANTES DE MALOCLUSIÓN.

*Manual de Ortodoncia. Robert Moyers.*

SIN MALOCLUSIÓN ( )

### SÍNDROME CLASE I

|                            |                              |                 |                |           |
|----------------------------|------------------------------|-----------------|----------------|-----------|
| SÍNDROME<br>CLASE I<br>( ) | RELACIÓN<br>MOLAR CLASE<br>I | Presente<br>( ) | Ausente<br>( ) |           |
|                            | PERFIL                       | Convexo ( )     | Cóncavo ( )    | Recto ( ) |
|                            | MORDIDA<br>ABIERTA           | Presente<br>( ) | Ausente<br>( ) |           |
|                            | MORDIDA<br>PROFUNDA          | Presente<br>( ) | Ausente<br>( ) |           |
|                            | APIÑAMIENTO                  | Presente<br>( ) | Ausente<br>( ) |           |
|                            | MALPOSICIÓN<br>DENTAL        | Presente<br>( ) | Ausente<br>( ) |           |

Observaciones:

.....

**SÍNDROME CLASE II**

|                              |                                    |                 |                |           |
|------------------------------|------------------------------------|-----------------|----------------|-----------|
| <b>SÍNDROME<br/>CLASE II</b> | <b>RELACIÓN MOLAR<br/>CLASE II</b> | Presente<br>( ) | Ausente<br>( ) |           |
|                              | <b>PERFIL</b>                      | Convexo ( )     | Cóncavo ( )    | Recto ( ) |

|                                    |                                                          |                 |                |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------|----------------|
| <b>SCII<br/>DIVISIÓN 1<br/>( )</b> | <b>INCISIVOS SUPERIORES<br/>CON<br/>VESTIBULOVERSION</b> | Presente<br>( ) | Ausente<br>( ) |
|                                    | <b>MORDIDA PROFUNDA</b>                                  | Presente ( )    | Ausente ( )    |
|                                    | <b>MORDIDA ABIERTA</b>                                   | Presente ( )    | Ausente ( )    |
|                                    | <b>APIÑAMIENTO</b>                                       | Presente ( )    | Ausente ( )    |
|                                    | <b>RESALTE</b>                                           | Disminuido ( )  | Aumentado ( )  |

|                                    |                                                               |                 |                |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|
| <b>SCII<br/>DIVISIÓN 2<br/>( )</b> | <b>INCISIVOS SUPERIORES<br/>RECTOS O EN<br/>LINGUOVERSION</b> | Presente<br>( ) | Ausente<br>( ) |
|                                    | <b>MORDIDA PROFUNDA</b>                                       | Presente ( )    | Ausente ( )    |
|                                    | <b>MORDIDA ABIERTA</b>                                        | Presente ( )    | Ausente ( )    |
|                                    | <b>APIÑAMIENTO</b>                                            | Presente ( )    | Ausente ( )    |
|                                    | <b>RESALTE</b>                                                | Disminuido ( )  | Aumentado ( )  |

**Observaciones:**

.....

### SÍNDROME CLASE III

|                                          |                                     |                     |                    |           |
|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------|-----------|
| <b>SÍNDROME<br/>CLASE III</b><br><br>( ) | <b>RELACIÓN MOLAR<br/>CLASE III</b> | Presente<br><br>( ) | Ausente<br><br>( ) |           |
|                                          | <b>PERFIL</b>                       | Convexo ( )         | Cóncavo ( )        | Recto ( ) |
|                                          | <b>MORDIDA INVERTIDA</b>            | Presente<br><br>( ) | Ausente<br><br>( ) |           |
|                                          | <b>MORDIDA ABIERTA</b>              | Presente<br><br>( ) | Ausente<br><br>( ) |           |
|                                          | <b>APIÑAMIENTO</b>                  | Presente ( )        | Ausente ( )        |           |

**Observaciones:**

.....

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>CLASIFICACIÓN</b>   |  |
| <b>CARACTERÍSTICAS</b> |  |

Nº DE FICHA: .....

## 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 |     |          |

|             |            |  |  |
|-------------|------------|--|--|
| <b>‘PR’</b> | Preso      |  |  |
|             | Sorpresa   |  |  |
| <b>‘TR’</b> | Tren       |  |  |
|             | Astronauta |  |  |
| <b>‘DR’</b> | Dragón     |  |  |
|             | Ladrillo   |  |  |

.....

| <b>DIAGNOSTICO</b>                 |                  |                |
|------------------------------------|------------------|----------------|
| <b>DISLALIA</b>                    |                  |                |
| <b>NUMERO DE ACIERTOS Y FALLOS</b> | <b>ACIERTOS:</b> | <b>FALLOS:</b> |
| <b>FONEMAS AFECTADOS</b>           |                  |                |

**FECHA:** .....