



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y SU INFLUENCIA
EN LA ARTICULACIÓN DEL HABLA EN NIÑOS DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ GALVEZ
JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:
Bach. PAOLA ELIZABETH NEYRA ONQUE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
CIRUJANO DENTISTA

JULIACA – PERÚ
2025



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

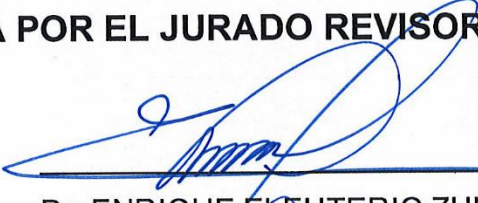
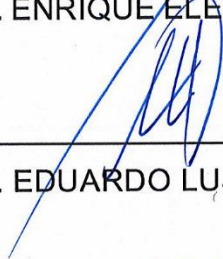
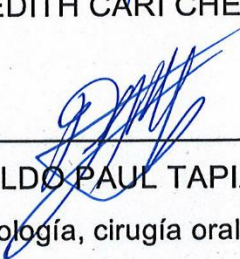
**PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y SU INFLUENCIA
EN LA ARTICULACIÓN DEL HABLA EN NIÑOS DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ GALVEZ
JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. PAOLA ELIZABETH NEYRA ONQUE

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
CIRUJANO DENTISTA**

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE	:	 Dr. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA
PRIMER MIEMBRO	:	 Dr. EDUARDO LUJAN URVIOLA
SEGUNDO MIEMBRO	:	 Dra. EDITH CARI CHECA
ASESOR DE TESIS	:	 Dr. RILDO PAUL TAPIA CONDORI
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:		Odontología, cirugía oral, medicina oral – P31



Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"

SE APRUEBA LA FECHA Y HORA DE SUSTENTACION PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL

RESOLUCIÓN N° 315-2025-D-F.OD-UANCV-J

Juliaca, 04 de diciembre de 2025

VISTOS:

El expediente N° 12624/CU-2025, presentado por el (la) Bachiller: **NEYRA ONQUE, PAOLA ELIZABETH**; quien solicita nominación de jurados, fecha y hora de sustentación, para rendir el examen de Sustentación y defensa de la Tesis: Titulado: **PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y SU INFLUENCIA EN LA ARTICULACIÓN DEL HABLA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ GALVEZ JULIACA 2024**; conducente para optar el Título Profesional de CIRUJANO DENTISTA



CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el artículo 8° numeral b) del Reglamento General de Grados y Títulos de la UANCV vigente, es procedente acceder a la petición del interesado:

Que, Al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R; de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

Que, el director de Investigación y el Decano de la Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología; Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca, han revisado el expediente del interesado, y;

Estando, a la opinión favorable del director de la Unidad de Investigación y del Decano de la Facultad de Odontología y en uso de las atribuciones que confiere el artículo 28 del Reglamento Interno de Trabajo de Investigación conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - DECLARAR APTO, para la sustentación presencial del Informe Final de Investigación, del (la) Bachiller: **NEYRA ONQUE, PAOLA ELIZABETH**; para optar el Título Profesional de CIRUJANO DENTISTA, en virtud a los considerandos expuestos.

ARTÍCULO SEGUNDO. - NOMINAR JURADOS, para la sustentación presencial y defensa de la Tesis a los siguientes docentes ordinarios:

PRESIDENTE	: Dr. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA
PRIMER MIEMBRO	: Dr. EDUARDO LUJAN URVIOLA
SEGUNDO MIEMBRO	: Dra. EDITH CARI CHECA
ASESOR	: Dr. RILDO PAÚL TAPIA CONDORI



RESOLUCIÓN N° 315-2025-D-F.OD-UANCV-J

ARTÍCULO TERCERO. – PROGRAMAR FECHA Y HORA,

de sustentación de tesis según se detalla:

LUGAR : SALA DE GRADOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
FECHA : LUNES 29 DE DICIEMBRE 2025
HORA : 8:30 A.M.

ARTÍCULO CUARTO. - Realizado el Examen de Sustentación de Tesis, el Jurado levanta el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el (la) Bachiller que se somete al examen.

ARTÍCULO QUINTO. - DISPONER que la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad, secretaria académica y administrativa, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CUMPLASE.



UNIVERSIDAD ANDINA "NESTOR CACERES VELASQUEZ"
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Dr. Rildo Paul Tapia Condori
DECANO

DISTRIBUCION:
F. Odontología, (1)
Asesor (1)
Interesada, (1)
Jurados (3)
RPTC/cch



SE APRUEBA LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL

RESOLUCIÓN N° 338-2024-D-F.OD-UANCV-J

Juliaca, 2024 octubre 14

VISTOS:

El Expediente N° 12796-24 de fecha 11 de setiembre de 2024, presentado por (el), (la) Bach. **NEYRA ONQUE PAOLA ELIZABETH**, quien solicita Revisión de la Propuesta de Investigación y el Anexo (02 o 03) FICHA DE OPINIÓN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVO DEL MIEMBRO DEL COMITÉ REVISOR, que fue revisada por el Comité de Investigación de la Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología.

CONSIDERANDO:

Que, las Unidades de Investigación son unidades académicas que agrupan a docentes y estudiantes de diversas disciplinas, en razón del desarrollo de investigación científica, tecnológica y humanista de acuerdo al Estatuto Universitario Modificado 2020 de nuestra primera Casa Superior de Estudios;

Que, el (la) Bach. **NEYRA ONQUE PAOLA ELIZABETH**, quien solicita la revisión y aprobación de la Propuesta de Investigación Titulado: **PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y SU INFLUENCIA EN LA ARTICULACIÓN DEL HABLA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ GALVEZ JULIACA 2024**. Para optar el título profesional de CIRUJANO DENTISTA;

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R / de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca;

Que, el Comité de Investigación dio su opinión favorable a la Propuesta de Investigación, el mismo que ha emitido el dictamen para que pueda ser aprobado por Resolución;

Que, el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología, nomino como **ASESOR DE TESIS**: al **DR. RILDO PAUL TAPIA CONDORI**, quien debe de estar acreditado y facultado para orientar y ayudar al asesorado en el proceso de elaboración del Trabajo de Investigación (Tesis), y;

Estando, el opinión favorable del comité de Investigación, en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria y el estatuto de la UANCV, que confiere a facultades de la Unidad de Investigación de la Facultad de Odontología.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR Y AUTORIZAR LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN, titulado: **PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y SU INFLUENCIA EN LA ARTICULACIÓN DEL HABLA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ GALVEZ JULIACA 2024**. Presentado por el (la) Bach. **NEYRA ONQUE PAOLA ELIZABETH**; en virtud de los considerandos expuestos.



ARTÍCULO SEGUNDO: RECONOCER, como ASESOR DE TESIS:
al **DR. RILDO PAUL TAPIA CONDORI.**

ARTÍCULO TERCERO: DISPONER que, el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad y las secretarías académica y administrativa, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CUMPLASE.



UNIVERSIDAD ANDINA "NESTOR CACERES VELASQUEZ"
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Dr. Rildo Paul Tapia Condori
DECANO

DISTRIBUCION:
F. Odontología, (1)
Asesor (1)
Interesada. (1)
Gabby H.



SE APRUEBA INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL

RESOLUCIÓN N° 217-2025-D-F.OD-UANCV-J

Juliaca, 19 de setiembre de 2025

VISTOS:

El Expediente N° 7666/CU de fecha 09 de setiembre de 2025, presentado por (el), (la) **Bach. NEYRA ONQUE, PAOLA ELIZABETH**, quien solicita Revisión del Informe Final de Investigación y del Anexo (04 o 05) FICHA DE OPINIÓN DE INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, que fue revisada por el Comité de Investigación de la Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología.

CONSIDERANDO:

Que, las Unidades de Investigación son unidades académicas que agrupan a docentes y estudiantes de diversas disciplinas, en razón del desarrollo de investigación científica, tecnológica y humanista de acuerdo al Estatuto Universitario Modificado 2020 de nuestra primera Casa Superior de Estudios;

Que, (el), (la) **Bach. NEYRA ONQUE, PAOLA ELIZABETH**, quien solicita Revisión del Informe Final de Investigación, del tema titulado: **PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y SU INFLUENCIA EN LA ARTICULACIÓN DEL HABLA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ GALVEZ JULIACA 2024**

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R; de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; el Comité de Investigación emitió su opinión favorable al Informe Final de Investigación, para que pueda ser aprobado por Resolución;

Que, el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología, corrobora el asesoramiento del Informe Final de Investigación del **ASESOR DE TESIS: DR. RILDO PAUL TAPIA CONDORI**, y;

Estando, el opinión favorable del comité de Investigación, en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria y el estatuto de la UANCV, que confiere a facultades de la Unidad de Investigación de la Facultad de Odontología.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR Y AUTORIZAR EL INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN para la **REVISIÓN DE SIMILITUD TURNITIN**, del tema titulado: **PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y SU INFLUENCIA EN LA ARTICULACIÓN DEL HABLA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ GALVEZ JULIACA 2024** Presentado por el (la) **Bach. NEYRA ONQUE, PAOLA ELIZABETH**; para optar el Título Profesional de **CIRUJANO DENTISTA**, en virtud a los considerandos expuestos.



ARTÍCULO SEGUNDO: RECONOCER, como ASESOR DE TESIS: al DR. RILDO PAUL TAPIA CONDORI.

ARTÍCULO TERCERO: DISPONER que, la Facultad y las secretarías académica y administrativa, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CUMPLASE.



UNIVERSIDAD ANDINA "NESTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Dr. Rildo Paul Tapia Condori
DECANO

DISTRIBUCION:
F. Odontología, (1)
Asesor (1)
Interesada, (1)
Gabby.



PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y SU INFLUENCIA EN LA ARTICULACIÓN DEL HABLA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ GALVEZ JULIACA 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Andina Nestor
Caceres Velasquez

Trabajo del estudiante

8%

2

repositorio.uancv.edu.pe

Fuente de Internet

2%

3

Submitted to Universidad Abierta para
Adultos

Trabajo del estudiante

1%

4

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

5

dspace.unl.edu.ec

Fuente de Internet

1%

6

repositorio.upla.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

7

www.slideshare.net

Fuente de Internet

<1%



Metadatos complementarios - UANCV



Título de la Tesis	
PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y SU INFLUENCIA EN LA ARTICULACIÓN DEL HABLA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ GALVEZ JULIACA 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	Paola Elizabeth Neyra Onque
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	70123199
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0004-2585-830X
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Rildo Paul Tapia Condori
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	30859137
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-6195-2932
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Enrique Eleuterio Zúñiga Medina
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02419543
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4793-9053
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Eduardo Luján Urviola
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02374488
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-2022-1260
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Edith Cari Checa



Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01556817
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-6100-1099
Datos de investigación	
Línea de investigación	ODONTOLOGÍA, CIRUGÍA ORAL, MEDICINA ORAL – P31
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Centro poblado: Juliaca Urbanización: Taparachi Ubigeo: 211101 Calle: Jr. Panamá s/n 15°30'51.9"S 70°07'45.2"W 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2024 - 2025
URL de disciplinas OCDE	Odontología, Cirugía, Medicina Oral https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.1 Salud Pública https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05




Dr. Eduardo Lujan Urviole
DIRECTOR
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo Paola Elizabeth Neyra Onque, identificado con DNI
Nro. 70123199 en mi condición de egresado de:

☒ Escuela Profesional

☐ Programa de Segunda Especialidad,

☐ Programa de Maestría o Doctorado

ODONTOLOGÍA

informo que he elaborado el/la ☒ Tesis o ☐ Trabajo de Investigación, ☐ Trabajo Académico
denominada:

“ Prevalencia de Angiologlosia y su influencia en la
articulación del habla en niños de la Institución
Educativa José Galvez Juliaca 2024 ”

Asesorado por: Dr. Rildo Paul Tapia Condori

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 09 de Enero del 2026


FIRMA (Asesor)


FIRMA (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A mis padres, por su amor incondicional, a mi madre por sus sacrificios, su fortaleza y sus palabras que me motivaron cada día a ser mejor persona y profesional; a mi padre, aunque no esté presente físicamente, vive en cada recuerdo y este logro también es gracias a él; a mi hija Peyton que es mi mayor motivación para concluir con éxito este proyecto de tesis.



AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por ser mi pilar, por su amor y sacrificio y por confiar en mí, su apoyo ha sido mi mayor fortaleza.

Quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a cada uno de los participantes que formaron parte de este estudio. Su disposición a compartir no sólo su valioso tiempo, sino también sus profundas y enriquecedoras perspectivas ha sido fundamental para el desarrollo de este trabajo.

Este trabajo es el reflejo de un esfuerzo colectivo. Gracias a todos.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xii

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1.	Problema general.....	3
1.2.2.	Problemas específicos	3
1.3	JUSTIFICACIÓN	3
1.4	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.4.1.	Objetivo general	5
1.4.2.	Objetivos Específicos	6
1.5	HIPÓTESIS	6
1.5.1.	Hipótesis general.....	6
1.5.2.	Hipótesis específicas	6
1.6	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	7

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS



2.1	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	8
2.1.1.	A nivel internacional	8
2.1.2.	A nivel nacional.....	10
2.1.3.	A nivel local.....	16
2.2	MARCO TEÓRICO.....	17
2.2.1.	Lengua	17
2.3	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	30
CAPÍTULO III		
METODOLOGÍA		
3.1	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	32
3.2	MÉTODO	33
3.3	ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN	33
3.4	POBLACIÓN Y MUESTRA	33
3.5	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	34
3.6	RECOGIDA DE DATOS	34
CAPÍTULO IV		
ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN		
4.1	PRESENTACIÓN	36
4.2	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	56
CONCLUSIONES		64
RECOMENDACIONES.....		66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		68
APÉNDICES		78
APÉNDICE N° 1MATRIZ DE CONSISTENCIA.....		79
APÉNDICE N° 2GUÍA DE OBSERVACIÓN		81



APÉNDICE N° 3 GUÍA DE OBSERVACIÓN VALIDADA POR EXPERTOS	82
APÉNDICE N° 4 AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE ESTUDIO	83
APÉNDICE N° 5 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO	85
APÉNDICE N° 6 DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	88
APÉNDICE N° 7 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA	89
APÉNDICE N° 8 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS	92



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Edad de niños de la I.E. José Gálvez de Juliaca 2024.....	36
Tabla 2	Genero de niños de la I.E. José Gálvez	38
Tabla 3	Presencia de anquiloglosia en niños	39
Tabla 4	Clase de anquiloglosia en niños.....	40
Tabla 5	Dislalia en niños de la I.E. José Gálvez.....	41
Tabla 6	Influencia de la edad en la dislalia de los niños.....	42
Tabla 7	Influencia del género en la dislalia de los niños.....	44
Tabla 8	Influencia de la presencia de anquiloglosia en la dislalia en niños.....	46
Tabla 9	Influencia de la clase de anquiloglosia en la dislalia en niños según la característica personal edad.	48
Tabla 10	Influencia de la clase de anquiloglosia en la dislalia en niños según la característica personal género.....	52
Tabla 11	Influencia de la clase de anquiloglosia en la dislalia en niños de la I.E. José Galvez	54



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Edad de niños de la I.E. José Gálvez de Juliaca 2024.....	36
Figura 2	Genero de niños de la I.E. José Gálvez	38
Figura 3	Presencia de anquiloglosia en niños	39
Figura 4	Clase de anquiloglosia en niños.....	40
Figura 5	Dislalia en niños de la I.E. José Gálvez.....	41
Figura 6	Influencia de la edad en la dislalia de los niños.....	42
Figura 7	Influencia del género en la dislalia de los niños.....	44
Figura 8	Influencia de la presencia de anquiloglosia en la dislalia en niños.....	46
Figura 9	Influencia de la clase de anquiloglosia en la dislalia en niños según la característica personal edad.	49
Figura 10	Influencia de la clase de anquiloglosia en la dislalia en niños según la característica personal género.....	52
Figura 11	Influencia de la clase de anquiloglosia en la dislalia en niños de la I.E. José Galvez	54



RESUMEN

Objetivo: Determinar la influencia de la prevalencia de anquiloglosia en la articulación del habla en niños de la Institución Educativa José Galvez Juliaca 2024. **Materiales y métodos:** Enfoque cuantitativo, tipo prospectivo, transversal, observacional, nivel explicativo, diseño no experimental, método cuantitativo. La muestra fue censal, 96 niños de 6 a 9 años. La técnica la observación. Los instrumentos guía de observación y el Test de articulación a la repetición (TAR). **Resultados:** el 71.88% de niños presentaron anquiloglosia, de ellos el 84.06% presentaron anquiloglosia clase I (leve), el 15.94% clase II (moderada). Sobre la presencia de anquiloglosia y dislalia, del 53.13% de niños que no presentaron dislalia, el 26.04% no presentaron anquiloglosia y 27.08% si presentaron. Del 39.58% de niños que presentaron dislalia en fonemas; el 38.54% presentaron anquiloglosia. Del 4.17% de niños que presentaron dislalia en dífonos consonánticos; 3.13% presentaron anquiloglosia. Del 3.13% de niños que presentaron dislalia en palabras polisilábicas, todos presentaron anquiloglosia. La clase de anquiloglosia no influye significativamente en la dislalia de niños de 6 años $p=1.0000$, 7 años, $p=0.1635$, 8 años, $p=0.5222$, 9 años $p=0.0549$, 10 años $p=0.2005$, 11 años $p=1.0000$. Con respecto a la dislalia según la clase de anquiloglosia, en el género masculino predominó la dislalia en fonemas y anquiloglosia leve (Clase I) en 38.24% y en niñas en 42.86%. A la prueba de Ji-cuadrado $p=0.0000$ (presencia anquiloglosia), 1.0000(edad), $p=0.0224$ (género femenino). **Conclusión:** La prevalencia de anquiloglosia influye significativamente en la articulación del habla en niños.

Palabras clave: anquiloglosia, prevalencia, pruebas de articulación del habla.



ABSTRACT

Objective: To determine the influence of the prevalence of ankyloglossia on speech articulation in children at the José Galvez Juliaca 2024 Educational Institution. **Materials and methods:** Quantitative approach, prospective, cross-sectional, observational type, explanatory level, non-experimental design, quantitative method. The sample was census-based, 96 children aged 6 to 9 years. The technique was observation. The observation guide instruments and the Repetition Articulation Test (TAR). **Results:** 71.88% of children had ankyloglossia, of which 84.06% had class I ankyloglossia (mild), 15.94% class II (moderate). Regarding the presence of ankyloglossia and dyslalia, of the 53.13% of children who did not have dyslalia, 26.04% did not have ankyloglossia, and 27.08% did. Of the 39.58% of children who presented phonemic dyslalia, 38.54% had ankyloglossia. Of the 4.17% of children who presented consonant dyslalia, 3.13% had ankyloglossia. Of the 3.13% of children who presented dyslalia in polysyllabic words, all presented ankyloglossia. The type of ankyloglossia does not significantly influence the dyslalia of 6-year-old children ($p=1.0000$), 7-year-olds, $p=0.1635$, 8-year-olds, $p=0.5222$, 9-year-olds, $p=0.0549$, 10-year-olds, $p=0.2005$, and 11-year-olds, $p=1.0000$. Regarding dyslalia according to the type of ankyloglossia, dyslalia in phonemes and mild ankyloglossia (Class I) predominated in males (38.24% of cases), and in girls (42.86%). Chi-square test showed $p=0.0000$ (presence of ankyloglossia), 1.0000 (age), $p=0.0224$ (females). **Conclusion:** The prevalence of ankyloglossia significantly influences speech articulation in children.

Keywords: ankyloglossia, prevalence, speech articulation tests

INTRODUCCIÓN

El incremento del vocabulario en la primera etapa de vida es un conjunto de procesos complejos que dependerán de una variedad de causas anatómicas, neurológicas, funcionales y sociales. Dentro de los aspectos anatómicos, la lengua cumple un papel fundamental en la producción de los sonidos del habla, ya que interviene directamente en la articulación de fonemas al modificar la posición, presión y contacto con otras estructuras orales. Cualquier alteración en su movilidad puede comprometer este proceso, como ocurre en el caso de las anquiloglosias, también denominado como frenillos linguales corto. (1)

La anquiloglosia será la condición congénita caracterizada por una inserción anormalmente baja o una extensión limitada de los frenillos sublinguales, la cual restringe el movimiento lingual. Aunque en algunos casos puede pasar desapercibida, cuando la limitación es significativa puede generar dificultades en funciones esenciales como la succión, deglución, masticación y, en particular, en la articulación del habla. Los niños afectados por esta alteración pueden presentar dificultades para emitir ciertos fonemas, como /r/, //, /s/, entre otros, generando así distorsiones o sustituciones que afectan la claridad y fluidez del lenguaje verbal. (2)

Diversos estudios han señalado lo importante de hallar el diagnóstico temprano para estas condiciones, dado que su intervención oportuna ya sea a través de terapia miofuncional o procedimientos quirúrgicos como la frenotomía, puede mejorar considerablemente las funciones orales y prevenir trastornos articulatorios persistentes. No obstante, en muchos contextos escolares y



familiares, la anquiloglosia sigue siendo subdiagnosticada, especialmente cuando no se presenta con dificultades evidentes desde el nacimiento, como problemas en la lactancia.

En el contexto local, es escasa la información sistematizada sobre la prevalencia de anquiloglosia y su alteración en el incremento del lenguaje infantil. Para las instituciones educativas como la I.E. José Gálvez de Juliaca, no siempre se cuenta con mecanismos de tamizaje o seguimiento fonológico que permitan identificar a tiempo a los niños con limitaciones en la movilidad lingual. Esta situación puede afectar negativamente su proceso de aprendizaje, socialización y autoestima, al enfrentarse a dificultades de comunicación en el entorno escolar.

Por estas razones, el actual estudio tiene como fin conocer la prevalencia de anquiloglosia y analizar su influencia en la articulación del habla en niños de nivel primaria, brindando evidencia que permita visibilizar esta condición, orientar estrategias de detección oportuna y promover una intervención interdisciplinaria entre odontólogos, fonoaudiólogos y docentes.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La anquiloglosia se denomina también como frenillo de la lengua corto, es una patología congénita que afecta al movimiento lingual debido a una inserción anormal de los frenillos linguales. A nivel internacional, se ha investigado cómo la anquiloglosia puede influir en el desarrollo del habla en niños, particularmente en la aparición de trastornos del habla como las dislalias, que posee como característica una dificultad al articular de manera correcta el sonido del lenguaje. Diversos estudios han demostrado que los niños con anquiloglosia pueden presentar dificultades en la pronunciación de algunos fonemas que van a requerir un rango de movimiento lingual adecuado. (1) Sin embargo, la prevalencia de anquiloglosia y su impacto en el desarrollo del habla varía entre diferentes poblaciones debido a factores genéticos, culturales, y ambientales, lo que subraya la necesidad de estudios más específicos en diversos contextos para comprender plenamente esta relación.

En nuestro País, los estudios sobre la anquiloglosia y su influencia en la articulación del habla en niños son limitados. La mayor parte de los estudios



en el país se han centrado en problemas de salud más generalizados, y dejaron un vacío para comprender cómo esta condición específica afecta el desarrollo del habla en la infancia. La falta de datos nacionales relacionados con la presencia de anquiloglosia y su asociación con la alteración del lenguaje como las dislalias es preocupante, ya que impide una adecuada identificación y manejo de esta condición en los servicios de salud y educación. Además, no se ha implementado ampliamente el uso del Test de Articulación a la Repetición (TAR), una herramienta diagnóstica clave para evaluar las habilidades de articulación en niños con posibles dificultades del habla, lo que limita la capacidad para abordar efectivamente estos trastornos a nivel clínico y educativo. (2)

En Juliaca, específicamente en la Escuela José Gálvez, no existen estudios previos que analicen la presencia, frecuencia de anquiloglosia en los estudiantes de primaria ni su impacto en la articulación del habla. Esta falta de información es significativa, dado que una alta prevalencia de anquiloglosia sin un diagnóstico y tratamiento oportuno puede llevar a problemas persistentes de habla, afectando la actividad social, rendimiento escolar y otros en los menores. Evaluar la prevalencia de anquiloglosia, así como la articulación del habla, alteraciones del lenguaje como las dislalias, utilizando herramientas como el Test de Articulación a la Repetición, siendo fundamental para que se desarrollen intervenciones tempranas para contar con un buen estado de salud para estudiantes, lo cual facilita su integración plena a nivel educativo.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cómo influye la prevalencia de anquiloglosia en la articulación del habla en niños de la Institución Educativa José Galvez Juliaca 2024?

1.2.2. Problemas específicos

PE₁: ¿Cuál es la influencia de la presencia de anquiloglosia en la articulación del habla respecto a la Dislalia en niños de la Institución Educativa José Galvez?

PE₂: ¿Cómo influye la clase de anquiloglosia en la articulación del habla respecto a la Dislalia en niños de la Institución Educativa José Galvez según la característica personal edad?

PE₃: ¿Cuál es la influencia de la clase de anquiloglosia en la articulación del habla respecto a la Dislalia en niños de la Institución Educativa José Galvez según la característica personal género?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Justificación teórica: la lengua es una estructura clave en la producción del habla, cuya movilidad adecuada permite la correcta articulación de fonemas. en este contexto, la anquiloglosia es una condición de carácter congénito que se caracteriza por la presencia de un frenillo corto en la lengua y representa una alteración estructural que puede afectar significativamente la función articulatoria. a nivel teórico, este estudio se sustenta en los aportes de la anatomía funcional y la fonoaudiología, que reconocen la relación directa entre la libertad de movimiento lingual y la capacidad para emitir ciertos sonidos del habla con precisión. autores como



kotlow han propuesto clasificaciones clínicas que permiten identificar el grado de anquiloglosia en función del rango de movilidad lingual, contribuyendo así a una valoración objetiva de la afección. del mismo modo, en el campo del lenguaje, se han desarrollado instrumentos estandarizados como el tar-test de articulación de repetición, que permite detectar dislalias en la infancia y establecer si existe una limitación funcional que podría estar asociada a causas orgánicas como la anquiloglosia. por tanto, esta investigación aporta a la comprensión teórica de la influencia de factores estructurales orales y los trastornos articulatorios del lenguaje.

Justificación práctica: en el ámbito escolar, los problemas de articulación del habla pueden afectar la comunicación, el rendimiento a nivel académico y la autoestima de los escolares. sin embargo, condiciones como la anquiloglosia frecuentemente pasan desapercibidas, sea por falta de conocimiento de los docentes o por la ausencia de evaluaciones específicas. este estudio adquiere relevancia práctica al buscar identificar cuántos niños presentan anquiloglosia en una institución educativa específica como la i.e. José Gálvez y cómo esta condición puede influenciar en la presencia de dificultades como la articulación de fonemas.

al evidenciar esta influencia, se podrán desarrollar estrategias más efectivas de detección y derivación oportuna hacia servicios odontológicos o fonoaudiológicos, promoviendo una intervención interdisciplinaria que aborde tanto la causa anatómica como las consecuencias funcionales. además, los resultados podrán ser utilizados por docentes, padres de

familia y profesionales de salud para comprender la importancia de evaluar y tratar a tiempo alteraciones que, aunque puedan parecer menores, tienen impacto directo en el desarrollo del lenguaje y la socialización de los niños.

Justificación metodológica: éste estudio se basó en un enfoque cuantitativo, tipo transversal, nivel explicativo (causa-efecto), con el fin de analizar la influencia de la presencia de anquiloglosia en la articulación del habla en niños en etapa escolar temprana. para ello, se empleó una guía de observación clínica que incorporó la clasificación de kotlow, permitiendo establecer el tipo de anquiloglosia según la extensión del frenillo y la movilidad lingual. a la vez, se trabajó con el tar-test de articulación de repetición como instrumento específico para identificar la presencia de dislalias o errores articulatorios frecuentes. esta combinación de instrumentos permite obtener datos tanto anatómicos como funcionales, favoreciendo una evaluación integral de los participantes. la metodología empleada se adapta a las características del entorno escolar, garantizando la viabilidad del estudio y la pertinencia de los hallazgos para contextos educativos similares, especialmente en regiones con limitada cobertura especializada en salud bucodental y del lenguaje.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo general

Determinar la influencia de la prevalencia de anquiloglosia en la articulación del habla en niños de la Institución Educativa José Galvez Juliaca 2024

1.4.2. Objetivos Específicos

- OE₁:** Identificar la influencia de la presencia de anquiloglosia en la articulación del habla respecto a la Dislalia en niños de la Institución Educativa José Galvez
- OE₂:** Especificar la influencia de la clase de anquiloglosia en la articulación del habla respecto a la Dislalia en niños de la Institución Educativa José Galvez según la característica personal edad.
- OE₃:** Determinar la influencia de la clase de anquiloglosia en la articulación del habla respecto a la Dislalia en niños de la Institución Educativa José Galvez según la característica personal género.

1.5 HIPÓTESIS

1.5.1. Hipótesis general

La prevalencia de anquiloglosia influye significativamente en la articulación del habla en niños de la Institución Educativa José Galvez Juliaca 2024

1.5.2. Hipótesis específicas

- HE₁:** Existe influencia de la presencia de anquiloglosia en la articulación del habla respecto a la Dislalia en niños de la Institución Educativa José Galvez.
- HE₂:** La clase de anquiloglosia influye significativamente en la articulación del habla respecto a la Dislalia en niños de la Institución Educativa José Galvez según la característica personal edad.

HE₃: La clase de anquiloglosia influye significativamente en la articulación del habla respecto a la Dislalia en niños de la Institución Educativa José Galvez según la característica personal género.

1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE VALORACIÓN
V.I. Prevalencia de anquiloglosia	- Presencia de anquiloglosia - Clase de anquiloglosia	Longitud de la inserción del frenillo a punta de la lengua Clasificación de Anquiloglosia según Kotlow	- No presenta - Si presenta - Clase I: Leve (12-16 m) - Clase II: Moderada (8 – 11mm) - Clase III: Severa (3 – 7mm) - Clase IV: Completa (menos de 3mm)
V.D. Articulación del habla	Dislalia (Alteración del habla)	Test de articulación a la repetición (TAR)	- No presenta - En fonemas - En dífonos vocálicos - En dífonos Consonánticos - En palabras polisilábicas
Variable Interviniente Características personales	Edad Género	Años cumplidos Sexo	- 6 a 9 años - Femenino - Masculino



CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A nivel internacional

Lima GG. Ecuador 2019. El fin fue especificar como influye la dislalia de carácter funcional en la autoestima de escolares de la Institución Pio Jaramillo. La metodología, estudio de tipo descriptivo; analítico, prospectivo, observacional. La muestra fueron 6 niños seleccionados por conveniencia. El instrumento empleado fue el TAR y la Escala de Autoestima de Lucy Reidl. En los resultados, 33% de los escolares si presentaron problemas de lenguaje (dislalia funcional), afectando notablemente a su autoestima. El TAR, evaluó el nivel fonológico de los niños en los cuales ellos repetían palabras luego de escuchar su pronunciación, en el test se evaluaron diversos fonemas tanto al inicio, al medio y al final. Y se determinó que el 17% presentaron dificultades en la pronunciación de fonemas sobre todo en la posición inicial, medial, también el 33% tuvo problemas en la articulación de consonantes dífonos, el 33% manifestaron tener dificultad en la pronunciación de vocales difónicas, el 17% mostraron



inconvenientes en la articulación de diversos fonemas consonánticos. Concluyendo que existe dislalia funcional en los niños mediante el TAR se obtuvo mayor alteración cuando pronunciaron fonemas de tipo alveolar y en los fonemas postdentales. (1)

Pastrano SI. Ecuador 2019. El propósito fue determinar el estado del frenillo lingual y su correlación con el habla en escolares de ambos sexos de la Institución San Luis Gonzaga. La metodología: el tamaño muestral fueron 233 niños en edades de 6 a 12 años, sin tratamiento fonoaudiológico, sin terapia de lenguaje, a quienes no se les realizó ninguna cirugía de frenillo y que no reciben tratamiento ortodóntico. Se evaluó el frenillo lingual y se realizaron pruebas funcionales para el habla. Los resultados: los varones tenían en mayor porcentaje alteraciones del frenillo lingual y su afectación en el habla en 32.2% a diferencia de las mujeres en las que se presentó en 24.5%. Concluyendo que la anquiloglosia prevaleció en los varones. La anquiloglosia se relaciona con las alteraciones del habla y el frenillo lingual corto generó alteraciones del habla (dislalia). (3)

Quizhpi LA. Ecuador 2019. El propósito fue especificar la frecuencia de trastornos del habla en niños de 6 a 12 años de una Institución Educativa. La metodología, tipo prospectivo, descriptivo, transversal, diseño no experimental. Se aplicó el TAR para identificar la presencia de trastornos del habla. El tamaño muestral fueron 102

niños, 53 mujeres y 49 varones. Los resultados, el 28% presentaron el trastorno del habla o alteración del lenguaje y se identificó que los varones entre 6 a 7 años tenían padres con nivel educativo bajo siendo éstos identificados como factores predisponentes para la presencias de trastornos del habla. Concluyendo que le trastorno del habla en los niños fue disminuyendo conforma tenían más edad, es así que a los 6 o 7 años se presentó en 41.16% y 44.44% versus el 17.66% o 16.66% en mayores de 7 años. (4)

2.1.2. A nivel nacional

Ninahuaman CV. Lima 2024. El fin fue establecer la prevalencia de trastornos o alteraciones del habla (TSH) en niños en Lima Metropolitana. La metodología, estudio cuantitativo, prospectivo, descriptivo, transversal. El tamaño muestral fueron 706,788 niños entre 3 a 5 años de edad, estudio realizado en cuatro años desde el 2018 al 2022, se aplicó el TAR. Los resultados, la frecuencia de TSH en niños fue mayor en el 2019; a la edad de 5 años (1.18%), 4 años (1.11%) y 3 años (0.77%), y de menor frecuencia en el 2020, 5 años (0.56%), 4 años (0.41%), 3 años (0.26%). Concluyendo que los niños de menor edad fueron los menos afectados por TSH. (5)

Santa Cruz G. Lima 2023. El propósito identificar las características de la articulación del habla en niños con y sin anquiloglosia en edades de 5 a 7 años y alterado en una escuela en Carabayllo. La metodología, investigación prospectiva, transeccional,

observacional, las unidades de estudio fueron 30 niños en etapa escolar. Clínicamente se evaluó el frenillo para determinar la presencia o no de alteración o anquiloglosia. Los resultados, el 70% de niños presentaron frenillo lingual adecuado, y el 30% presentaron anquiloglosia. Los niños con frenillo de la lengua adecuado, no presentaban trastornos del habla, y los niños con anquiloglosia, el 100% presentó alteraciones del habla sobre todo en los fonemas y consonantes. Concluye que los niños con anquiloglosia presentaron trastornos del habla, sobre todo en fonemas vibrantes y consonantes. (6)

Chocce RL. Lima 2023. El objetivo fue identificar el grado de Trastorno del habla (TSH) en escolares de 2° grado de primaria de una escuela de la UGEL 05, en Lima. La metodología, investigación cuantitativa, básica, prospectiva, transversal, relacional, la muestra 66 estudiantes, se utilizó la prueba para la articulación del habla. El resultado, del 100% de los escolares, el 75,8% presenta trastorno del habla moderado y leve, y solo el 24,2% no presenta TSH. Concluyendo que existió trastornos del habla en niños en 75.8%. (7)

Sándi HC. Lima 2022. El propósito fue especificar las características del habla en niños con anquiloglosia en edades de 6 a 12 años de la Institución 3046 en Lima. La metodología: investigación cuantitativa, descriptiva, prospectiva, transeccional. El tamaño muestral fueron 37 niños con anquiloglosia, se aplicó la clasificación de frenillos para

detectar la clase de frenillo alterado que presenta el niño, previo consentimiento informado de los padres. Los resultados: Existió mayor frecuencia de anquiloglosia en 59.5%. Se presentó una mayor elevación del piso con un 77.3% y existió dislalia o distorsión del habla en 50%; articulación trabada en 40.9% para el Frenillo Corto. Concluyendo que existió una mayor frecuencia de anquiloglosia sobre todo en los varones. Sobre las características anatómicas del frenillo lingual, se presentó mayor elevación del piso. En las características del habla hubo presencia de dislalia o trastorno del habla y una articulación trabada. (8)

Lovato IK. Lima (2022). El propósito fue diferenciar los niveles de dislalia en niños de 1° grado de primaria de 3 Instituciones educativas primarias de la UGEL 07. La metodología, investigación cuantitativa, prospectiva, transeccional, descriptiva, comparativa. El tamaño muestral fueron 75 escolares. La técnica la observación y el instrumento se utilizó el Test de articulación, teniendo en cuenta la dislalia. Se obtuvo el valor $p=0.237$. Los resultados, en la institución B el 56% de los niños presentaron dislalia, en la institución C en 44% y en la institución A con 32%. Concluye que no hubo evidencia significativa para afirmar que existió diferencia de nivel de dislalia en los estudiantes de 1° grado de tres instituciones educativas. (9)

Marcos U, Reynoso ST. Lima 2021. El propósito fue identificar la frecuencia de anquiloglosia en niños de 6 a 12 años de la escuela

Corazón de Jesús en Chorrillos. La metodología, científica de nivel descriptivo, básico, prospectivo y transeccional. La muestra fueron 178 estudiantes de 6 a 12 años y el instrumento la ficha de recolección de datos con la clasificación de Kotlow y Coryllos. Los resultados, el 62.92% de niños presentan anquiloglosia y 37.08% no la presenta. Según la clasificación de Coryllos el 59.55% de los niños presentaron anquiloglosia tipo IV y según la clasificación de Kotlow, el 37.08% no presentó anquiloglosia, el 59.55% presentó clase I, el 1.12% clase II y el 2.25% clase III. Encontrándose que no existió correlación entre anquiloglosia y sexo $p=0.153$ ($0,00 < 0,05$). Con el grado de estudios p-valor es 0.220, no existiendo relación. Sin embargo, respecto a la edad se halló valor $p=0.000$, existiendo relación edad y anquiloglosia. Concluyendo que la anquiloglosia se presentó en niños de diversas edades y en ambos sexos y grado educativo. (10)

Chunga TC. Lima 2021. El propósito fue identificar la frecuencia de anquiloglosia según género y su alteración la articulación del habla en niños de 3 a 5 años de la escuela 1133 Santísima Virgen de Fátima. La metodología, enfoque y método cuantitativo, prospectivo, descriptivo, transeccional y diseño no experimental, el tamaño muestral 80 niños. Se evaluó clínicamente el frenillo lingual. Los resultados la frecuencia de alteraciones en el frenillo lingual fue 18.5%, predominó la anquiloglosia en 60%. Además, los niños con anquiloglosia presentaron problemas en la articulación del habla,

presentando dislalia por distorsión y la articulación trabada. Concluye que la frecuencia de anquiloglosia fue mínima entre niños y niñas, además la anquiloglosia predominó en 60%. (11)

Abad NS. Huancayo 2019. El fin fue especificar la prevalencia de anquiloglosia en niños de una escuela estatal en Huancayo. La metodología, estudio de tipo básico, prospectivo, transversal, descriptivo, diseño no experimental, la muestra fueron 118 niños entre 6 a 12 años. Para el recojo de información se utilizó la ficha de recojo de datos, validado mediante Alpha de Cronbach y la confiabilidad fue 0,862. La lengua fue evaluada mediante la clasificación de Kotlow. En los resultados: a los 9 años se presentó mayor porcentaje anquiloglosia, siendo los niños en los que se presentó en 53 %, y el tipo 2 se presentó en un 26,3%. Concluyendo: que la frecuencia de anquiloglosia fue 59,3%. (12)

Solórzano EV. Lima 2019. El propósito fue especificar las características del frenillo lingual y de la articulación del habla en niños de dos I.E. públicas de Huaycán. La metodología, investigación cuantitativa, prospectiva, transversal. El tamaño muestral fueron 100 niños entre 6 a 7 años. Se evaluó clínicamente la clase de frenillo, aplicando el TAR. Los resultados, el 18% de los niños presentÓ anquiloglosia, y el 54% presentó trastornos del habla, de origen fonético en 30%. Las alteraciones del habla de mayor incidencia fueron las dislalias por sustitución en 88.9%.

Concluye que la anquiloglosia, es una alteración que conlleva a la alteración del habla. (13)

Acuña FA, et al. Ancash 2019. El propósito fue identificar la articulación del habla en niños en Marcará en Ancash. La metodología, investigación descriptiva, observacional, prospectivo, transeccional. El tamaño de la muestra 63 niños entre 5 a 6 años. Los instrumentos empleados fueron una ficha de datos, el TAR y el Test de evaluación fonológica. Los resultados: los niños de 5 años fueron en 60.3%, de 6 años 39.7%; respecto al género el 47.6% fueron varones y el 52.4% mujeres. El 55,2% de los niños de 5 años presentaron dislalia por omisión y a los 6 años fue de 20,0%. La sustitución de vocales fue 15,7% en niños de 5 años y en los de 6 años fue 4,0%. Concluyendo que existe diferencia de la articulación del habla respecto a la edad. (2)

Mendoza MF, Ynfantes KA. Lima 2019. El propósito fue identificar la asociación entre la anquiloglosia y trastornos del habla en niños de la escuela "La Fe de María". La metodología: investigación prospectiva transeccional, observacional, analítica. Las unidades de estudio fueron 92 niños de 3 a 6 años. Evaluaron el frenillo lingual y la articulación del habla. Se analizaron los resultados y se presentaron frecuencias absolutas y relativas. Los resultados: el 40.21% de los niños presentaron anquiloglosia y el 23.91% no presentaron anquiloglosia; el 23.91% presentó anquiloglosia severa.

De los niños con anquiloglosia, el 44.11% presentaban trastornos del habla. Las alteraciones en el habla más frecuentes fueron dislalias por omisión y en menor porcentaje dislalia por adición. Concluyendo: que del 40.21% de niños presentaron anquiloglosia, existiendo alteraciones de los fonemas es decir presentaron dislalias. (14)

2.1.3. A nivel local

Salazar KL. Juliaca 2021. El propósito fue identificar la asociación entre la Anquiloglosia y los trastornos del habla en niños del Centro de Odontología pediátrica DentiKids. La metodología: estudio prospectivo, relacional, transeccional, analítico y observacional. El tamaño muestral 45 niños de 4 a 6 años. Se evaluó mediante la clasificación de Kotlow la lengua y frenillo lingual y se aplicó el TAR para identificar si los niños presentaban o no trastornos del habla. Los resultados: El 82.80% presentaron anquiloglosia leve y el 31.10% no presentó trastornos en la articulación del habla, el 4.40% presentaron dislalia de sustitución, en el 17.80% por omisión, 28.90% de distorsión. El 17.80% presentaron anquiloglosia moderada, y el 4.40 % de niños no presentó trastorno del habla, el 8.90% presentó dislalia de omisión. A la prueba de ji-cuadrado se obtuvo $p=0.288144$. Concluyendo: que no existe correlación entre la anquiloglosia y los trastornos del habla en niños. (15)

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1. Lengua

Musculo que se sitúa al interior de la cavidad oral, teniendo como una función principal a la masticación, siendo la deglución como una parte la digestión y el habla. Es el órgano primordial del gusto, este se encuentra recubierto por miles de papilas del gusto, puesto que el dorso lingual se encuentra de manera especializada los receptores, los cuales sirven como medio natural en la eliminación natural de las piezas dentarias. (16)

Comprende desde la punta lingual, que no es más que el área lingual con mayor movilidad, hasta una base en la zona inferior lingual y se conecta al resto de la cavidad bucal. La diferencia la zona de adelante, que es aproximadamente dos tercios, puesto que es muy móvil, de la zona base o posterior, que es un tercio con menor movimiento. Estas se separan debido a un conjunto incrementos de la mucosa en forma de V, o también llamada como uve lingual. (16)

La lengua tiene dos caras: dorsal y ventral.

En la zona dorsal o anterior de la lengua se halla un surco o precipitación, el cual recorre sobre la línea medial, dividiendo la lengua en dos partes diestra y siniestra. El área anterior se recubre por tejido mucoso en el que se alojan los botones gustativos, como circulares, fungiformes, foliados y filiformes. (16)

La zona lingual se halla en contacto íntimo con suelo de boca, siendo esta porción posterior al dorso, estar conformada por mucosas engrosadas, las cuales poseen folículos linfoides. En la línea media hay una cavidad media, se unen piso bucal, mediante un repliegue mucoso denominado lingual. (16)

Al inicio entre la cuarta a séptima semana de edad intrauterina la formación de la lengua, es en el momento en que se une al suelo de la cavidad bucal y cumple las funciones de guía para su desarrollo. En la octava semana intra uterina, tiene lugar un suceso llamado necrosis fisiológica de las membranas bucofaríngeas conocida también de Apoptosis. A lo largo de este proceso, el frenillo lingual puede verse afectado, presentando modificaciones en su tamaño, en la inserción y grado que posee de fijado al fondo de la cavidad oral, lo cual da inicio a la anquiloglosia. Las mucosas que recubren los dos tercios anteriores del área lingual provienen del primer arco faríngeo, las desviaciones en el desarrollo normal generan con mayor probabilidad las anomalías en la fijación y longitud de los frenillos. (17–19)

- **FRENILLO:** Se denomina al pliegue del tejido muscular, fibroso o de ambos, que recubre de mucosa oral, tratando de mantenerlos fijos a las mucosas de labios, lengua, carrillos, encía, periostio o hueso alveolar. (20–22)

En la cavidad oral se puede hallar generalmente siete frenillos, sin embargo, puede en ocasiones hallarse más frenillos,

normalmente se encuentra un frenillo lingual, 2 frenillos labiales y cuatro laterales. (23)

- **FRENILLO LINGUAL:** Los frenillos son pliegues o bandas de tejidos que unen el labio, lengua y músculos con el hueso alveolar. Poseen la función de equilibrar los tejidos blandos y duros durante el desarrollo.(24)

El frenillo de la lengua es un tejido blando mucoso, este va desde la línea medial de la cara ventral, hasta el piso de la cavidad oral, permitiendo el movimiento lingual. (25) Esta fascia se encuentra inmediatamente debajo de las mucosas orales, los tejidos conectivos se fusionan centralmente por el área ventral de la lengua. Los conductos submandibulares, así como las glándulas sublinguales se encuentran revestidos por la capa facial, mientras que la fibra genioglosa previa se encuentran pendida bajo estas. Las ramificaciones de los nervios linguales se localizan de manera superficial por la cara ventral del musculo lingual, justo por abajo de las facias. La estructura de los frenillos de la lengua no son visible en la línea media, se compone de la elevación constante de un pliegue medial en la superficie de la fascia bucal. (26,27)

Por lo general los frenillos linguales no causan problemas, sin embargo, en ocasiones se manifiestan frenillos con inserciones cortas, llegando a convertirse en una patología. (20–22)

Los frenillos pueden ser:

- **Fibroso:** formado por tejidos conectivo y mucoso.

- **Muscular:** formado por músculos geniohioideo y geniogloso.
- **Mixto o fibromuscular:** Posee en una zona una unión tendinosa firme en el suelo de la cavidad bucal, y en la otra área existe un cordón fibroso que se une a los procesos alveolares. (20–22)

2.2.2.1. Anquiloglosia

La terminología de anquiloglosia deriva de las raíces griegas “Agkilos” que significa lazo o atadura y “Glossa” que es lengua, por lo que se entiende como un frenillo corto, el cual limita los movimientos linguales. Por ende, trae consecuencias tales como alteración en la función, longitud del frenillo, reducida elasticidad y puntos de inserción de la lengua que limitara el movimiento.(28)

Anquiloglosia se describe como la anomalía congénita durante el crecimiento de la lengua, identificando a un frenillo lingual corto, generándose una anquiloglosia parcial al limitar el movimiento lingual, o una anquiloglosia total al simular que la lengua está unida al piso de boca. (21,24,29)

La anquiloglosia es una condición que genera problemáticas como una limitación en la protrusión lingual, dificultades en el amamantamiento, problemas en el habla, así también altera la fonación y deglución. La terapéutica dependerá de lo grave de su inserción lingual. (30)

Según la AEP (Asociación Española de Pediatría), la prevalencia sobre la anquiloglosia, está ubicada de 1.7 a 4.8% en los recién nacidos, existiendo tres veces con mayor frecuencia en varones que en mujeres. (31)

A nivel nacional el diagnóstico de frenillo lingual alterado se realiza tardíamente, puesto que los familiares expresan su preocupación a partir de la dificultad en su desarrollo del lenguaje. Un diagnóstico tardío repercute en el lenguaje del niño, alterando su articulación, por lo tanto, genera una mala pronunciación.(32–34)

Se denomina trastornos fonéticos a esta alteración del habla, este puede generar con el paso del tiempo problemas emocionales, como baja autoestima, problemáticas sociales al limitar la interacción con su entorno, mínima comunicación en su hogar, colegio o sitios q frecuente, puede colocar al individuo como víctima de Bullying. Esto en conjunto impide que el menor crezca sanamente en lo físico y psicológico. (35)

- PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA

El tema del frenillo lingual se ha estudiado de manera internacional, existiendo mayor incidencia en Brasil, donde los estudios evidencian que existe asociación entre los trastornos fonéticos en el habla y el frenillo lingual alterado. Para Marchesan en el año 2003, determina que un 9% posee un frenillo lingual alterado, evidenciando que un

48.81% tenía alterado el habla, es decir dislalia, tanto de fonemas como de grupos consonánticos (8). Mientras que para el 2009 Braga et al. encuentra que un 18% presentó alteraciones del frenillo lingual, de estos un 72% presentó alteraciones en la articulación del habla, del sonido y problemática en trabarse. (36)

En el ámbito nacional, investigaciones demuestran que la frecuencia de anquiloglosia en niños menores a 7 años es de 58.33% y de estos un 58.33% presenta alteración en el habla.(37)

Se cree que la anquiloglosia es menos frecuente en la adultez en comparación con los menores, ciertas investigaciones señalan una incidencia de 25% a 60% (4), lo que indica una hipótesis de ciertos casos de anquiloglosia mejorarían al crecer. No señalan predilección por alguna raza específica, se describe antecedentes familiares positivos en un 10 a 53%. (38)

- **ETIOLOGÍA DE LA ANQUILOGLOSIA:**

No se conoce una causa precisa de la etiología, pero uno factor predominante es la genética, ya que los genes desempeñan un rol de importancia en los individuos con esta patología, donde existe en ciertas familias de manera hereditaria (39). Sin embargo, no existe investigación que apoye de manera contundente esta conexión.

- **SINTOMATOLOGÍA:**

Los signos y síntomas de la anquiloglosia son:

- Inconveniente para poder elevar la lengua hasta las piezas dentarias superiores o realizar movimientos laterales.
- Dificultad para colocar la lengua más allá de las piezas anteriores mandibulares.
- Tipo de lengua que, al sacarla de la boca, posee la forma de corazón o presenta una hendidura.. (40)

La anquiloglosia por lo general no presenta sintomatología o puede pasar de inadvertida, así también, la anquiloglosia posee signos que la pueden identificar, así como cuando la punta de la lengua no llega a salir más allá de la encía o dientes, también cuando la lengua se levanta dando una forma de "V", de igual manera al sobresalir, se demarca un pliegue al medio, lo cual da una forma acorazonada o en dos, denominada también como "lengua bífida". Por lo general en los casos de mayor severidad se presentan dificultades para lactar, hablar y alimentarse. (40)

- **CLASIFICACIÓN DE KOTLOW:**

Propone Kotlow la clasificación que permite medir la distancia de inserción de los frenillos linguales hasta la punta lingual, esta se dividió en 4 clases. Considerando como aceptable al frenillo que está dentro del rango normal, siendo mayor esto a 16mm. (17,41)

- ✓ Clase I: ligera anquiloglosia: 12 a 16 mm
- ✓ Clase II: modera anquiloglosia: 8 a 10 mm
- ✓ Clase III: severa anquiloglosia: mayor a 3 mm
- ✓ Clase IV: completa anquiloglosia: < 3 mm

- **TRATAMIENTO DE LA ANQUILOGLOSIA:**

La sintomatología de una atadura lingual tiene relación con un menor movimiento de la punta lingual. Existe un gran debate en cuanto a la medida de esta patología afecta a la función del habla y alimentación. El movimiento de la punta lingual es fundamental para generar los sonidos del habla. (42)

El tratamiento de la anquiloglosia es variado, el principal objetivo es recuperar la función lingual, así como su armonía en el aparato estomatognático.(43) Para la terapéutica participan diversas especialidades tales como odontopediatría, maxilofacial, periodoncia, otorrinolaringología, logopedia y otras.(24)

La terapéutica a definir en la anquiloglosia se dará entre una técnica conservadora y la técnica convencional o quirúrgica, esta última se realiza mediante láser o bisturí. En la técnica conservadora se fundamenta en la mejora o compensación de las modificaciones generadas por el frenillo corto por medio de logopedia o terapias del lenguaje. (24)

La frenotomía es el tratamiento de disección parcial mínimamente invasivo para el frenillo. (30) Esta técnica quirúrgica libera solo al frenillo lingual. Es una metodología efectiva, simple y segura, en este método quirúrgico se debe acompañar de apoyos para desarrollar las habilidades orales. (29)

2.1.2.3 Articulación del habla

- EL HABLA:

El habla para las personas es la principal forma de comunicarse. Generar el habla es una actividad motora de complejidad, la cual necesita una presión de aire al controlar la respiración, función vocal en la fonación, articular correctamente, planificación motriz y la función velo-faríngea. Para poder producir el habla de manera clara, debe existir una coordinación completa en los distintos componentes. (44)

El responsable del habla es el sistema estomatognático, para la correcta ejecución del habla los órganos que componen este sistema deben permanecer en condiciones adecuadas. (3)

- ALTERACIÓN DEL HABLA:

Las complicaciones en el habla de los infantes con anquiloglosia se describen como trastornos del habla, se producen por el movimiento limitado de la punta lingual, generando por la alteración de los frenillos. (45)

La evidencia clínica y científica describe que, ciertos menores con anquiloglosia pueden desarrollar el habla con normalidad, sin embargo, una gran cantidad experimenta dificultades en el habla. (46) El trastorno del habla es considerado como una afección adquirida o congénita, existiendo una alteración en las capacidades de comprensión o de crear formas habladas del lenguaje. (45)

- **DISLALIA:**

Se define como la alteración en el momento de producción oral, debido a causas de la anatomía y/o fisiología, con un origen no neurológico.(43)

Se entenderá como trastornos en la fonética a la alteración en la que existe desorden al producir el habla, existiendo dificultad en la fisiología al articular sonidos linguales, produciendo oraciones espontáneas donde se realizará de forma errónea.(47)

En la etapa preescolar, los niños suelen obtener control sobre una gran parte de las consonantes. La dislalia evolutiva, también conocida como el proceso de evolución del habla, es una etapa habitual en el desarrollo del niño cuando todavía no logra reproducir las palabras acorde a los que oye al construir estereotipos articulatorios de forma correcta. Por esta etapa, el

niño imita las palabras de manera equivocada desde una perspectiva fonológica. (48)

Se consideran normales los síntomas que surgen en esta fase antes de los 4 o 5 años y son los que corresponden a la dislalia, ya que existirá una ausencia de articulación. En relación al normal desarrollo de madurez de los niños, esta sintomatología se superará de manera progresiva, sin embargo, al mantenerse más allá de 4 a 5 años, se podrá incluir en patológicas, siendo fundamental la evaluación del profesional.(48)

- **TEST DE ARTICULACIÓN A LA REPETICIÓN (TAR):(49)**

Un instrumento fonoaudiológico de Edith Schwalm Arteaga (1981), se creó con la finalidad de determinar en los menores “problemas del lenguaje”, identificando las malformaciones de las palabras, por lo cual discernimiento al interpretar los resultados hace referencia en un modo muy superficial. (49)

El instrumento se creó para su uso individual, teniendo en cuenta las circunstancias más propicias para ello, , evitando distracciones auditivas y visuales. El evaluador instruye al niño a prestar atención a la palabra a pronunciar, ya que la debe replicarla luego que la oiga. Es necesario tener cuidado en que el evaluado no perciba los movimientos articulatorios del examinador. La repetición dada el niño o niña se anotan de manera textual en la ficha, en el espacio marcado situado al lado

de cada palabra. Se ofrece una instrucción parecida en la sección de oraciones, señalando prestar atención a las frases, especificando que 1° serán breves y luego extensas, las cuales deben ser repetidas de la mejor manera una vez escuchada.(1)

El TAR, posee 5 etapas y son: (49)

FONEMAS: Consta de 124 palabras de dos y tres sílabas, las cuales se componen según el sistema fonológico en español de los 17 fonemas consonánticos. Los fonemas se evalúan según su denominación inicial, media, final y trabante, con dos oportunidades en cada posición para tener una mayor seguridad en el registro del desempeño del menor.

Es considerado en una posición inicial cuando el fonema esta al iniciar la palabra en la primera sílaba, ejemplo /d/ para dama, esta será medial al ubicarse en medio de una palabra trisilábica, ejemplo la /d/ en cadena, y se denominan final al ubicarse en la última sílaba, ejemplo la /d/ en codo. Se considera posición trabante al fonema en una ubicación final de la sílaba, en la coda silábica, por decir la /d/ en la palabra admite. (49)

DIPTONGOS (también llamados para el test dífonos vocálicos): Consta de 26 palabras que poseen 13 posibles diptongos en el español, de forma crecientes y decrecientes. (49)

SECUENCIAS CONSONÁNTICAS: Incluye 25 palabras con diferentes secuencias consonánticas. (49)

PALABRAS POLISILÁBICAS: Es de 10 palabras, de las cuales 5 poseen palabras de sílabas sencillas, ejemplo mariposa, otras 5 palabras tienen estructura silábica de mayor dificultad en su estructura con secuencia consonántica de homosílabos, ejemplo bicicleta, y de sílabas de cada sílabica como helicóptero.

El seleccionar las palabras de manera equitativa, siendo la mitad con estructuras silábicas simples y la mitad de estructura compleja, pone en evidencia el equilibrio de esta selección. (49)

ORACIONES: Esta parte consta de seis oraciones que van ordenadas de menos a más en la complejidad la cual se determina por la longitud y estructura de la gramática. Desde estas evidencias actuales sobre la relación de dificultad que tienen los infantes con trastornos específicos del lenguaje en relación a las repeticiones de las oraciones. (49)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

LENGUA: Es el órgano que se ubica en la zona interna de la cavidad oral, donde las funciones principales son: el habla, la masticación y la deglución que conforma el proceso de digestión. Se considera como el órgano primordial del gusto, se encuentra recubierto por papilas gustativas, de igual forma la lengua es considerada como el medio natural para la higiene oral. (16)

FRENILLO LINGUAL: Es la banda o un pliegue de tejido que conecta el labio, músculos y lengua con el hueso alveolar. Posee la función de conservar el equilibrio de los tejidos blandos y duros en el desarrollo.(24)

ANQUILOGLOSIA: Es cuando se limita el movimiento lingual debido a un frenillo corto. Por ende, tiene la consecuencia de generar alteraciones en la función. La longitud de los frenillos, elasticidad y punto de inserción lingual poseen gran impacto en el nivel de restricción del movimiento.(28)

CLASIFICACIÓN DE KOTLOW: Es la clasificación que realiza la medida de la inserción del frenillo a la punta lingual, dividida en 4 clases. Es considerado aceptable clínicamente el frenillo lingual en el rango normal si es mayor a 16mm. (17,41)

HABLA: Es la principal forma de comunicarse con sus pares que posee el ser humano. (44)



ALTERACIÓN DEL HABLA: Son las patologías que presenta el habla de los niños, se denominan trastornos del habla y se generan debido al movimiento limitado de la punta lingual, que se ocasiona por las alteraciones del frenillo. (45)

DISLALIA: Se define como la alteración del habla, que se ocasiona debido a causas anatómicas y/o fisiológicas, así como neurológicas. (43)

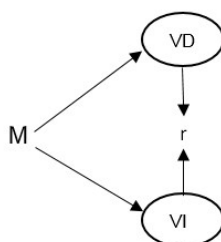
TEST DE ARTICULACIÓN A LA REPETICIÓN: Son métodos fonoaudiológicos que ayudan a conocer patologías del lenguaje en los niños, de esta forma identificar las alteraciones de las palabras, por ende, el criterio de interpretación sobre los resultados hace referencia de manera general. (49)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

- ✓ Enfoque cuantitativo porque se fundamentó un esquema deductivo y lógico, se formuló preguntas e hipótesis para su posterior ocontrastación. (50)
- ✓ De tipo prospectivo, transversal, comunicacional, observacional y explicativo. El estudio se llevó a cabo una vez aprobada la propuesta de investigación, se recogieron los datos por única vez, se observaron los hechos como se encontraban. (50)
- ✓ Nivel explicativo, porque la finalidad fue conocer la influencia de una variable sobre la otra es decir causa-efecto. (50)
- ✓ El diseño fue no experimental, porque no hubo manipulación deliberada de las variables. (50)



3.2 MÉTODO

Cuantitativo porque el procesamiento y análisis estadístico se expresó cuantitativamente. (50)

3.3 ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

Institución Educativa José Galvez en la ciudad de Juliaca.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población la conformaron 96 niños de 6 a 9 años, matriculados en el año 2024 y la muestra fue censal, considerándose a todos los niños en el estudio.

Criterios de Inclusión:

- Niños de 6 a 9 años y de ambos géneros
- Niños que querían participar en el estudio y que sus padres dieron su autorización por escrito.

Criterios de Exclusión:

- Niños >s de 9 años
- Que sus padres no autorizaron la participación de sus menores hijos en el estudio
- Niños con habilidades diferentes.

3.5 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

VARIABLE	TECNICA	INSTRUMENTO
Prevalencia de anquiloglosia	Observación	Guía de observación
Articulación del habla	Observación	Test de articulación a la repetición (TAR)

- VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS:

Para la variable Prevalencia de Anquiloglosia, se utilizó la guía de observación donde se incluyó la Clasificación de Anquiloglosia según Kotlow. Para la variable Articulación del habla, se utilizó el test de articulación a repetición (TAR) creado por de Edith Schwalm Arteaga (1981) y validado por Maggiolo MA.(49), el cual en su parte final fue modificado y se encuentra validado por expertos.

3.6 RECOGIDA DE DATOS

- Se presentó la documentación para solicitar el permiso para la recolección de datos al Director de la I.E.P. José Galvez
- Enn coordinación con el tutor del salón los padres firmaron el consentimiento.
- Inmediatamente se evaluó a los niños seleccionados y se procedió a emplear una regla milimetrada y se midió la longitud que existía desde la inserción del frenillo lingual por su cara ventral hasta la punta de la lengua (Kotlow) y se determinó si el niño presentaba o no anquiloglosia. En caso de presentar se registró que clase de anquiloglosia presentaba de acuerdo al siguiente baremo:



- ✓ Clase I: ligera anquiloglosia: 12 a 16 mm
- ✓ Clase II: modera anquiloglosia: 8 a 10 mm
- ✓ Clase III: severa anquiloglosia: mayor a 3 mm
- ✓ Clase IV: completa anquiloglosia: < 3 mm

- Luego se procedió a aplicar el TAR-Test de articulación a repetición para determinar la presencia o no de dislalia. Para ello se indicó al niño (a) que ponga atención a la palabra indicada y que la repita 1 vez luego de oirla. Se tuvo cuidado que el niño no observe el movimiento articulatorio de parte de la investigadora. Las repeticiones se registraron en la ficha. Para las oraciones las indicaciones fueron las mismas. (1)
- Luego de aplicar el Test se determinó si presentaba o no dislalia y dónde la presentaba:
 - En fonemas
 - En dífonos vocálicos
 - En dífonos consonánticos
 - En palabras polisilábicas
- Se elaboró la matriz de sistematización de datos con la información recabada y se procesaron los resultados en el paquete estadístico SPSSV27, se realizó el análisis uni y bivariado y los resultados se presentan numéricamente en tablas con frecuencias y porcentajes. La probable influencia de la prevalencia de la anquiloglosia en la articulación del habla, se contrastó con la prueba de X^2

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 PRESENTACIÓN

TABLA N° 1

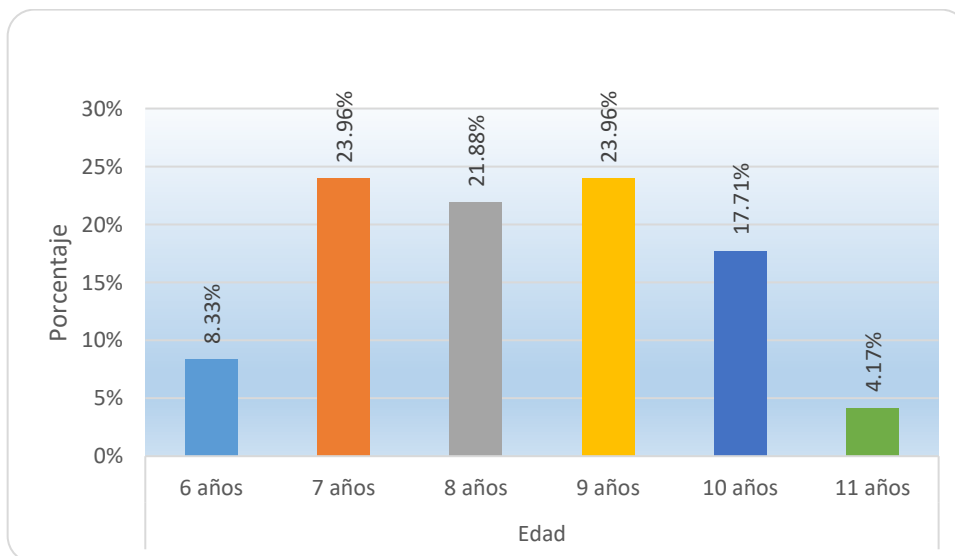
EDAD DE NIÑOS DE LA I.E. JOSÉ GÁLVEZ DE JULIACA 2024

Edad	<i>f</i>	%
6 años	8	8.33
7 años	23	23.96
8 años	21	21.88
9 años	23	23.96
10 años	17	17.71
11 años	4	4.17
Total	96	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

FIGURA N° 1

EDAD DE NIÑOS DE LA I.E. JOSÉ GÁLVEZ DE JULIACA 2024



Fuente: Tabla N° 1



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La tabla N° 1 muestra la edad de niños de la I.E. José Gálvez de Juliaca en el año 2024, y en 96 niños el 23.96% de los niños tenían 7 años, 23.96% tenían 9 años. Además, el 21.88% tenían 8 años, seguido por el 17.71% tenían 10 años, el 8.33% tenían 6 años, y finalmente el 4.17% tenían 11 años.

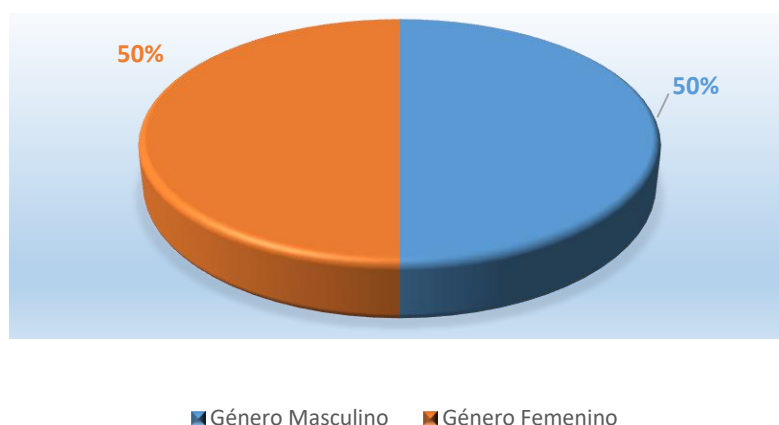
La muestra estudiada se concentra principalmente entre los 7 y 9 años, mientras que los niños de 6 y 11 años representan las menores proporciones.

TABLA N° 2
GÉNERO DE NIÑOS DE LA I.E. JOSÉ GÁLVEZ

Género	<i>f</i>	%
Masculino	48	50.00
Femenino	48	50.00
Total	96	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

FIGURA N° 2
GÉNERO DE NIÑOS DE LA I.E. JOSÉ GÁLVEZ



Fuente: Tabla N° 2

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

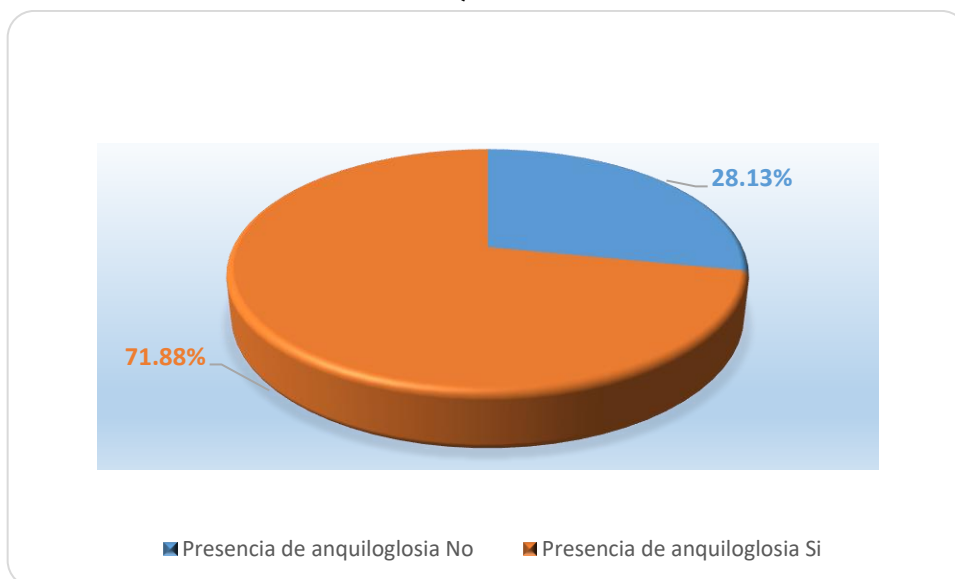
La tabla N° 2 muestra el género de niños de la I.E. José Gálvez de Juliaca en el año 2024, y en 96 niños la distribución es equitativa: el 50.00% eran varones y mujeres eran el otro 50.00%-

TABLA N° 3
PRESENCIA DE ANQUILOGLOSIA EN NIÑOS

Presencia de anquiloglosia	<i>f</i>	%
No	27	28.13
Si	69	71.88
Total	96	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

FIGURA N° 3
PRESENCIA DE ANQUILOGLOSIA EN NIÑOS



Fuente: Tabla N° 3

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La tabla N° 3 muestra la presencia de Anquiloglosia en niños, y en 96 niños, el 71.88% presentaron anquiloglosia, y el 28.13% no la presentó.

TABLA N° 4
CLASE DE ANQUILOGLOSIA EN NIÑOS

Clase de Anquiloglosia	f	%
Clase I (Leve)	58	84.06
Clase II (Moderada)	11	15.94
Total	69	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

FIGURA N° 4
CLASE DE ANQUILOGLOSIA EN NIÑOS



Fuente: Tabla N° 4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

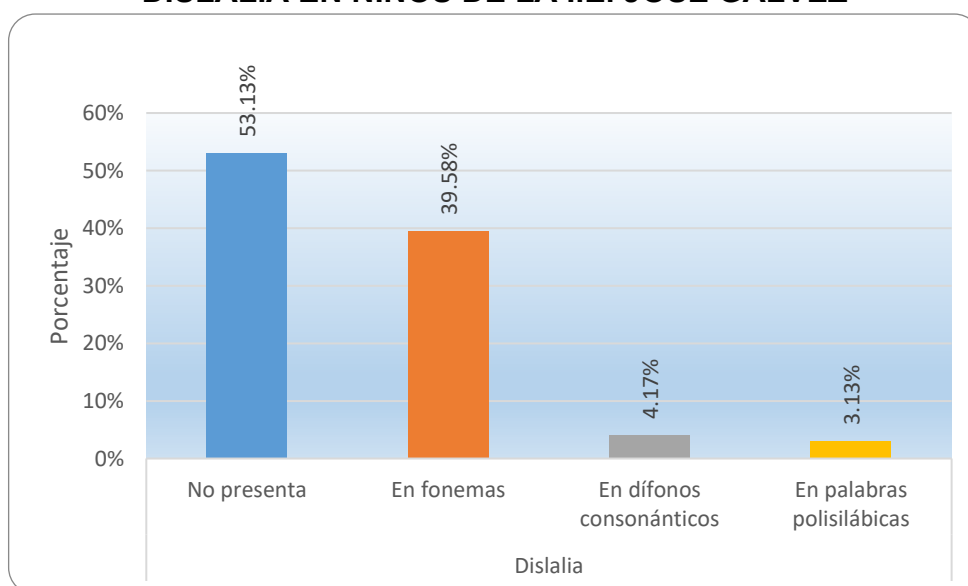
La tabla N° 4 muestra la clase de Anquiloglosia de niños de la I.E. José Gálvez, y en 96 niños, el 84.06% presentaron anquiloglosia clase I (leve), el 15.94% presentaron anquiloglosia clase II (moderada).

TABLA N° 5
DISLALIA EN NIÑOS DE LA I.E. JOSÉ GÁLVEZ

Dislalia	<i>f</i>	%
No presenta	51	53.13
En fonemas	38	39.58
En dífonos consonánticos	4	4.17
En palabras polisilábicas	3	3.13
Total	96	100.0

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

FIGURA N° 5
DISLALIA EN NIÑOS DE LA I.E. JOSÉ GÁLVEZ



Fuente: Tabla N° 5

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La tabla N° 5 muestra la frecuencia de dislalia en niños de la I.E. José Gálvez, y en 96 niños, el 53.13% de los niños no presentaron problemas de dislalia. Sin embargo, el 39.58% presentaron dislalia en fonemas, el 4.17% dislalia en dífonos consonánticos, y el 3.13% presentaron dislalia en palabras polisilábicas.

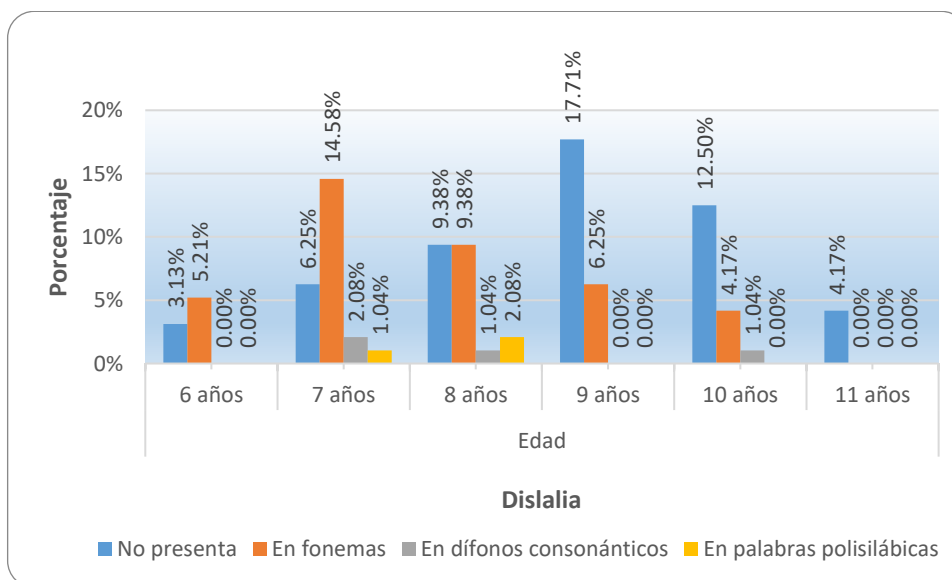
TABLA N° 6
INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA DISLALIA DE LOS NIÑOS

Edad	Dislalia									
	No presenta		En fonemas		En dífonos consonánticos		En palabras polisilábicas		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
6 años	3	3.13	5	5.21	0	0.00	0	0.00	8	8.33
7 años	6	6.25	14	14.58	2	2.08	1	1.04	23	23.96
8 años	9	9.38	9	9.38	1	1.04	2	2.08	21	21.88
9 años	17	17.71	6	6.25	0	0.00	0	0.00	23	23.96
10 años	12	12.50	4	4.17	1	1.04	0	0.00	17	17.71
11 años	4	4.17	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	4.17
Total	51	53.13	38	39.58	4	4.17	3	3.13	96	100.00

Fuente: Procesados de la matriz de sistematización de datos.

$$\alpha = 0.05 \quad gl = 15 \quad X_c^2 = 23.1650 \quad X_t^2 = 24.9958 \quad p = 0.0807$$

FIGURA N° 6
INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA DISLALIA DE LOS NIÑOS



Fuente: Tabla N° 6

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La tabla N°6 muestra la Influencia de la edad en la dislalia de los niños de la I.E. José Gálvez, y en 96 niños se halló:

Acerca de la dislalia en los niños; el 53.13% no presentaron problemas de dislalia, el 39.58% presentaron dislalia en fonemas, el 4.17% presentaron dislalia en dífonos consonánticos y el 3.13% presentaron dislalia en palabras polisilábicas.

En relación a la edad; el 8.33% tenían 6 años, el 23.96% 7 años , el 21.88% 8 años, el 23.96% 9 años, el 17.71% que tenían 10 años, y el 4.17% 11 años.

Además, del 53.13% de niños que no presentó problemas de dislalia; el 3.13% tenían seis años, el 6.25% siete , el 9.38% ocho, el 17.71% nueve años, el 12.50% 10 años y el 4.17% tenían 11 años.

Del 39.58% de niños con dislalia en fonemas; el 5.21% tenían 6 años, el 14.58% de los niños 7 años, el 9.38% 8 años, el 6.25% 9 años, el 4.17% 10 años.

Del 4.17% de los niños que presentaron dislalia en dífonos consonánticos; el 2.08% tenían 7 años, el 1.04% tenían 8 años y el 1.04% que tenían 10 años.

Del 3.13% de los niños que presentaron dislalia en palabras polisilábicas; el 1.04% tenían 7 años y el 2.08% tenían 8 años.

También, la edad no influye significativamente en dislalia de niños de la I.E. José Gálvez de Juliaca en el año 2024, ya que el nivel de probabilidad de error de la prueba ji-cuadrado $p=0.0807$ fue $>$ al nivel de significancia $\alpha=0.05$.

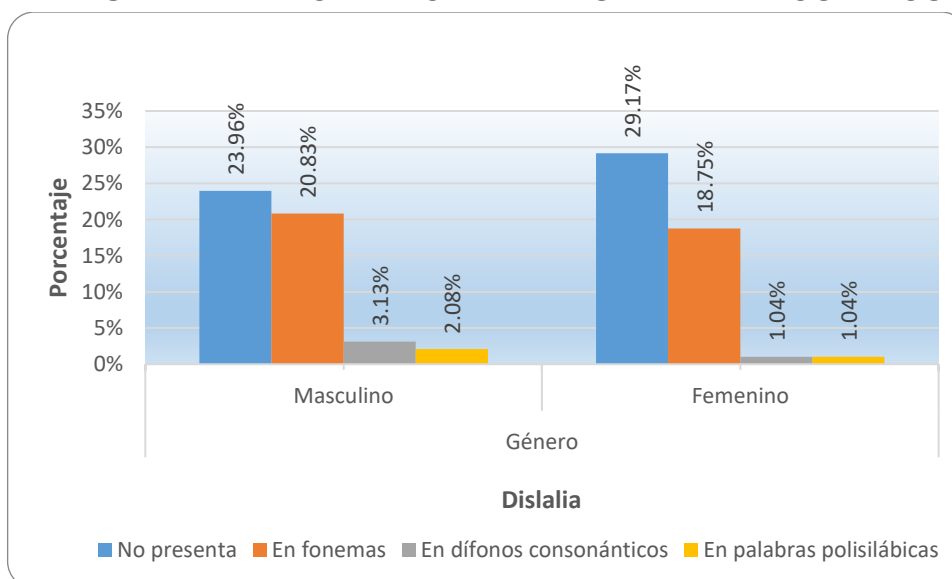
TABLA N° 7
INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LA DISLALIA DE LOS NIÑOS

Género	Dislalia									
	No presenta		En fonemas		En dífonos consonánticos		En palabras polisilábicas		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Masculino	23	23.96	20	20.83	3	3.13	2	2.08	48	50.00
Femenino	28	29.17	18	18.75	1	1.04	1	1.04	48	50.00
Total	51	53.13	38	39.58	4	4.17	3	3.13	96	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$$\alpha = 0.05 \quad gl = 3 \quad X_c^2 = 1.9290 \quad X_t^2 = 7.8147 \quad p = 0.5873$$

FIGURA N° 7
INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LA DISLALIA DE LOS NIÑOS



Fuente: Tabla N° 7

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La tabla N°7 muestra la dislalia y género de niños de la I.E. José Gálvez, y en 96 niños se halló:

Sobre la dislalia de los niños; el 53.13% no presentó problemas de dislalia, el 39.58% si presentó dislalia en fonemas, el 4.17% dislalia en dífonos consonánticos y el 3.13% dislalia en palabras polisilábicas.

En lo relacionado con el género; el 50.00% eran varones y el 50.00% mujeres.

Además, del 53.13% de niños que no presentó problemas de dislalia; el 23.96% fueron varones y el 29.17% mujeres.

Del 39.58% de niños con dislalia en fonemas; el 20.83% eran varones y el 18.75% mujeres.

Del 4.17% de niños con dislalia en dífonos consonánticos; el 3.13% eran varones y el 1.04% mujeres.

Del 3.13% de niños con dislalia en palabras polisilábicas; el 2.08% eran varones y el 1.04% mujeres.

El género no influye significativamente en la dislalia de niños de la I.E. José Gálvez, $p=0.5873$.

TABLA N° 8
INFLUENCIA DE LA PRESENCIA DE ANQUILOGLOSIA EN LA DISLALIA EN NIÑOS

Presencia de anquiloglosia	Dislalia									
	No presenta		En fonemas		En dífonos consonánticos		En palabras polisilábicas		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
No	25	26.04	1	1.04	1	1.04	0	0.00	27	28.13
Si	26	27.08	37	38.54	3	3.13	3	3.13	69	71.88
Total	51	53.13	38	39.58	4	4.17	3	3.13	96	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$$\alpha = 0.05$$

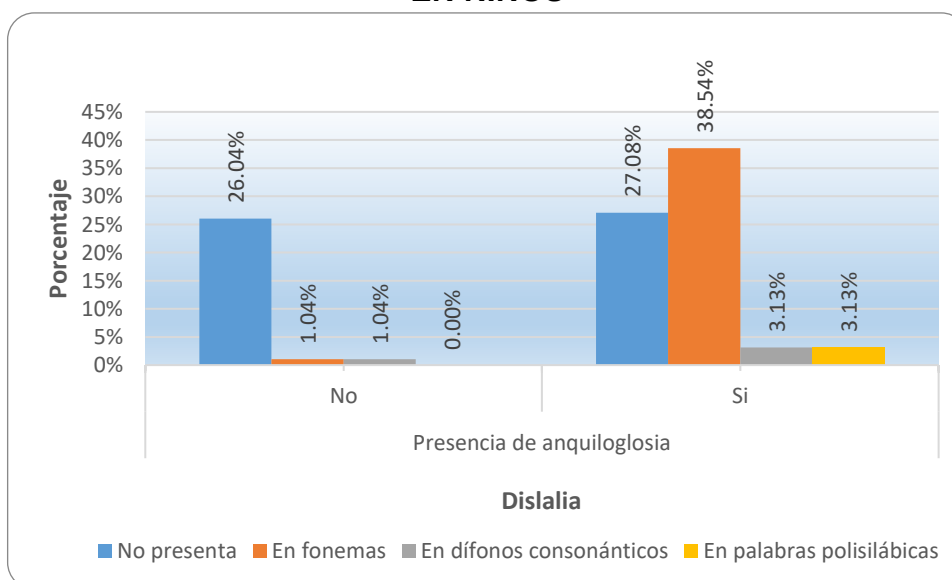
$$gl = 3$$

$$X_c^2 = 24.4250$$

$$X_t^2 = 7.8147$$

$$p = 0.0000$$

FIGURA N° 8
INFLUENCIA DE LA PRESENCIA DE ANQUILOGLOSIA EN LA DISLALIA EN NIÑOS



Fuente: Tabla N° 8

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La tabla N° 8 muestra la Influencia de la presencia de anquiloglosia en la dislalia en niños, y en 96 niños se halló:

En cuanto a la dislalia de los niños; el 53.13% de los niños no presentaron problemas de dislalia, el 39.58% presentaron dislalia en fonemas, el 4.17% presentaron dislalia en dífonos consonánticos y el 3.13% presentaron dislalia en palabras polisilábicas.

En lo que concierne a la presencia de anquiloglosia de los niños; el 28.13% no presentaron anquiloglosia y el 71.88% si presentaron anquiloglosia.

Además, del 53.13% de niños que no present+o problemas de dislalia; el 26.04% no presentaron anquiloglosia y el 27.08% si presentaron anquiloglosia.

Del 39.58% de niños con dislalia en fonemas; el 1.04% no presentaron anquiloglosia y el 38.54% si presentaron anquiloglosia.

Del 4.17% de los niños que presentaron dislalia en dífonos consonánticos; el 1.04% no presentaron anquiloglosia y el 3.13% si presentaron anquiloglosia.

Del 3.13% de los niños que presentaron dislalia en palabras polisilábicas, todos presentaron anquiloglosia.

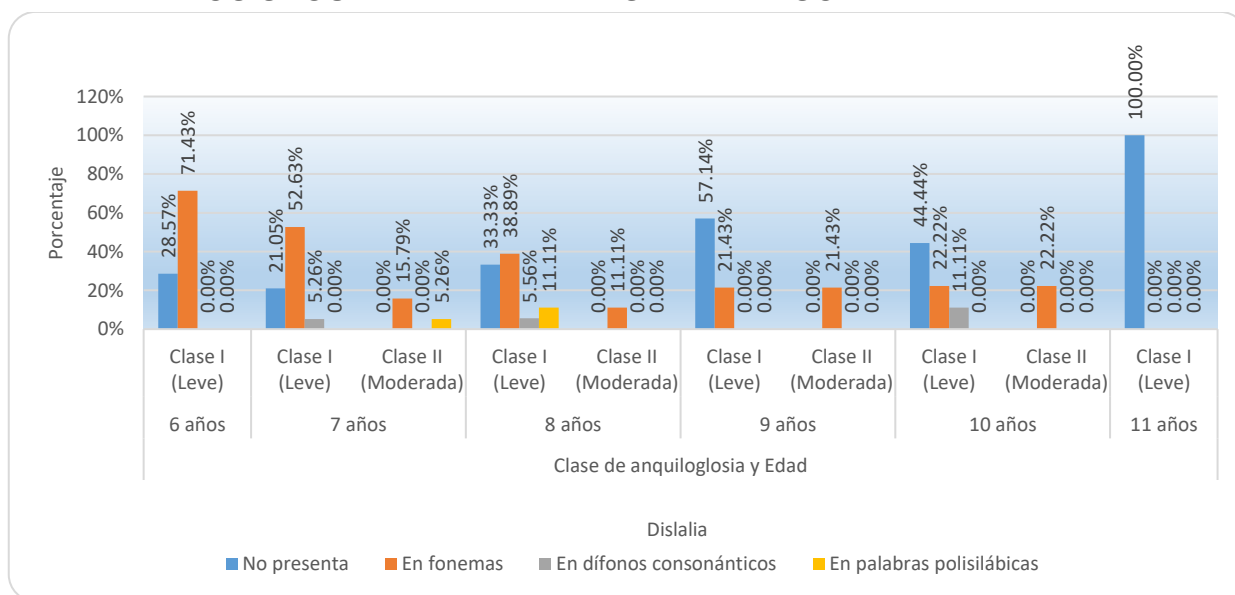
También, la presencia de anquiloglosia influye significativamente en la dislalia de niños de la I.E. José Gálvez 2024, $p = 0.0000 < 0.05$.

TABLA N° 9
INFLUENCIA DE LA CLASE DE ANQUILOGLOSIA EN LA DISLALIA EN NIÑOS SEGÚN LA CARACTERÍSTICA PERSONAL EDAD

Edad	Clase de anquilo-glosia	Dislalia										Nivel p
		No presenta		En fonemas		En dífonos consonánticos		En palabras polisilábicas		Total		
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
6 años	Clase I	2	28.57	5	71.43	0	0.00	0	0.00	7	100.00	1.0000
	Total	2	28.57	5	71.43	0	0.00	0	0.00	7	100.00	
7 años	Clase I	4	21.05	10	52.63	1	5.26	0	0.00	15	78.95	
	Clase II	0	0.00	3	15.79	0	0.00	1	5.26	4	21.05	0.1635
	Total	4	21.05	13	68.42	1	5.26	1	5.26	19	100.00	
8 años	Clase I	6	33.33	7	38.89	1	5.56	2	11.11	16	88.89	
	Clase II	0	0.00	2	11.11	0	0.00	0	0.00	2	11.11	0.5222
	Total	6	33.33	9	50.00	1	5.56	2	11.11	18	100.00	
9 años	Clase I	8	57.14	3	21.43	0	0.00	0	0.00	11	78.57	
	Clase II	0	0.00	3	21.43	0	0.00	0	0.00	3	21.43	0.0549
	Total	8	57.14	6	42.86	0	0.00	0	0.00	14	100.00	
10 años	Clase I	4	44.44	2	22.22	1	11.11	0	0.00	7	77.78	
	Clase II	0	0.00	2	22.22	0	0.00	0	0.00	2	22.22	0.2005
	Total	4	44.44	4	44.44	1	11.11	0	0.00	9	100.00	
11 años	Clase I	2	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	100.00	1.0000
	Total	2	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	100.00	

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

FIGURA N° 9
INFLUENCIA DE LA CLASE DE ANQUILOGLOSIA EN LA DISLALIA EN NIÑOS SEGÚN LA CARACTERÍSTICA PERSONAL EDAD



Fuente: Tabla N° 9

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La tabla N° 9 muestra la Influencia de la clase de anquiloglosia en la dislalia en niños según la característica personal edad, donde se halló:

Con respecto a la dislalia según la clase de anquiloglosia de 7 niños de 6 años, se presentó con mayor frecuencia dislalia en fonemas y anquiloglosia leve (Clase I), con el 71.43% (5 niños). Además, la clase de anquiloglosia no influye significativamente en la dislalia de niños de 6 años, con un nivel $p = 1.0000$.

En lo referido a la dislalia según la clase de anquiloglosia de 19 niños de 7 años, se presentó con mayor frecuencia dislalia en fonemas y anquiloglosia leve (Clase I), con el 52.63% (10 niños). Además, la clase de anquiloglosia no influye significativamente en la dislalia de niños de 7 años, con un nivel $p = 0.1635$.

En lo que refiere a la dislalia según la clase de anquiloglosia de 18 niños de 8 años, se presentó con mayor frecuencia dislalia en fonemas y anquiloglosia leve (Clase I), con el 38.89% (7 niños). Además, la clase de anquiloglosia no influye significativamente en la dislalia de niños de 8 años, con un nivel $p = 0.5222$.

En lo que concierne a la dislalia según la clase de anquiloglosia de 14 niños de 9 años, se presentó con mayor frecuencia niños sin dislalia y anquiloglosia leve (Clase I), con el 57.14% (8 niños). Además, la clase de anquiloglosia no influye significativamente en la dislalia de niños de 9 años, con un nivel $p = 0.0549$.



Acerca de la dislalia según la clase de anquiloglosia de 9 niños de 10 años, se presentó con mayor frecuencia de niños sin dislalia y anquiloglosia leve (Clase I), con el 44.44% (4 niños). Además, la clase de anquiloglosia no influye significativamente en la dislalia de niños de 10 años, con un nivel $p = 0.2005$.

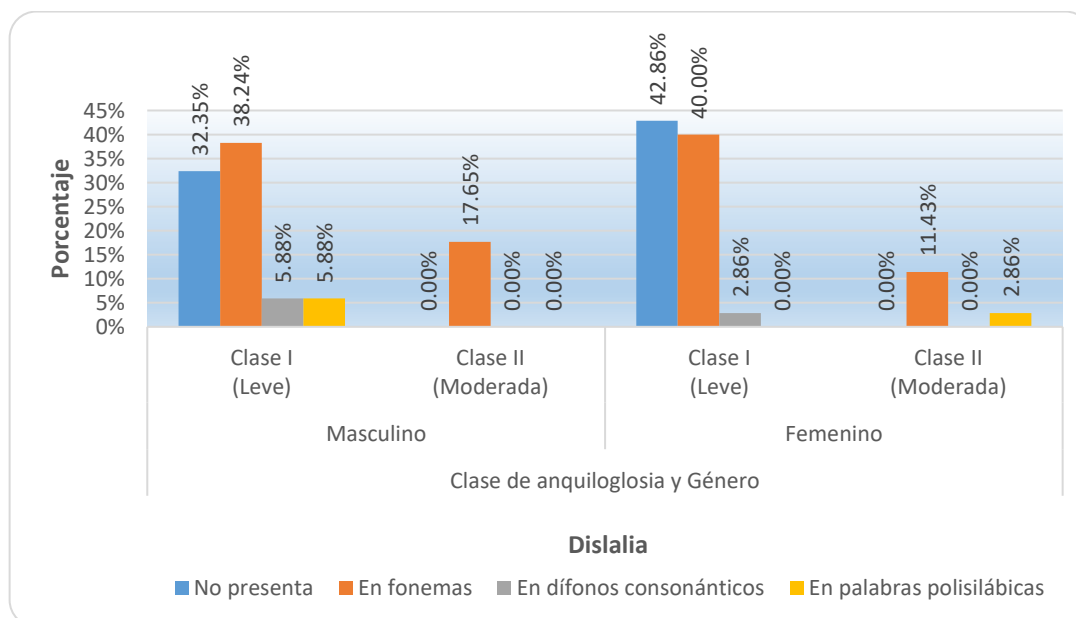
Sobre la dislalia según la clase de anquiloglosia de 2 niños de 11 años, se presentó con mayor frecuencia niños sin dislalia y anquiloglosia leve (Clase I), con el 100% (2 niños). Además, la clase de anquiloglosia no influye significativamente en la dislalia de niños de 11 años, con un nivel $p = 1.0000$.

TABLA N° 10
INFLUENCIA DE LA CLASE DE ANQUILOGLOSIA EN LA DISLALIA EN NIÑOS SEGÚN LA CARACTERÍSTICA PERSONAL GÉNERO

Género	Clase de anquilo-glosia	Dislalia										Nivel p
		No presenta		En fonemas		En dífonos consonánticos		En palabras polisilábicas		Total		
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Masculino	Clase I	11	32.35	13	38.24	2	5.88	2	5.88	28	82.35	0.1243
	Clase II	0	0.00	6	17.65	0	0.00	0	0.00	6	17.65	
	Total	11	32.35	19	55.88	2	5.88	2	5.88	34	100.00	
Femenino	Clase I	15	42.86	14	40.00	1	2.86	0	0.00	30	85.71	0.0224
	Clase II	0	0.00	4	11.43	0	0.00	1	2.86	5	14.29	
	Total	15	42.86	18	51.43	1	2.86	1	2.86	35	100.00	

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

FIGURA N° 10
INFLUENCIA DE LA CLASE DE ANQUILOGLOSIA EN LA DISLALIA EN NIÑOS SEGÚN LA CARACTERÍSTICA PERSONAL GÉNERO



Fuente: Tabla N° 10

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La tabla N° 10 muestra la influencia de la clase de anquiloglosia en la dislalia en niños según la característica personal género, donde se observó:

Con respecto a la dislalia según la clase de anquiloglosia de 34 niños de género masculino, se presentó con mayor frecuencia la dislalia en fonemas y anquiloglosia leve (Clase I) con el 38.24% (13 niños). Además, la clase de anquiloglosia no influye significativamente en la dislalia de niños de género masculino, $p = 0.1243$.

En lo que refiere a la dislalia según la clase de anquiloglosia de 35 niñas, se presentó con mayor frecuencia niñas sin dislalia y anquiloglosia leve (Clase I), con el 42.86% (15 niños). Además, la clase de anquiloglosia influye significativamente en la dislalia de niñas, $p = 0.0224$.

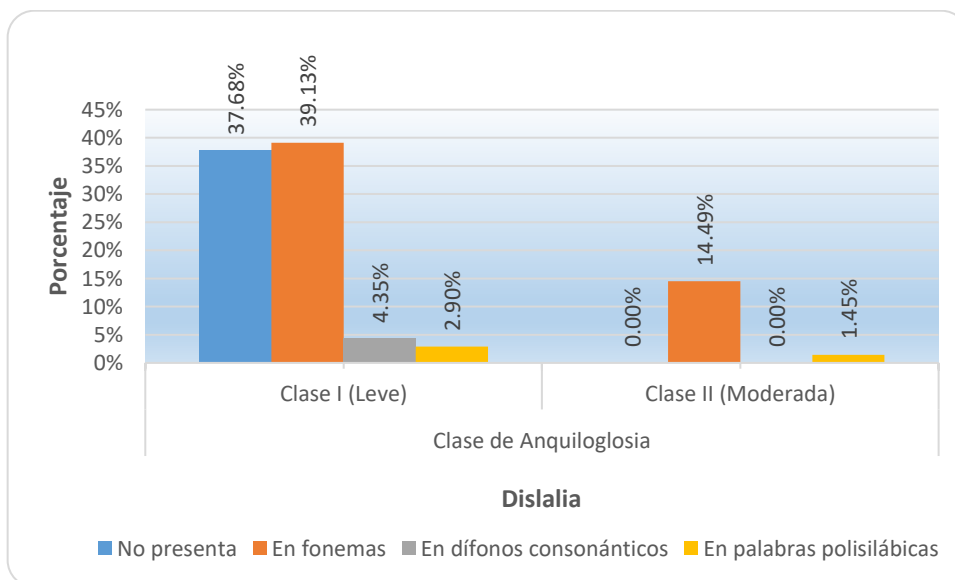
TABLA N° 11
INFLUENCIA DE LA CLASE DE ANQUILOGLOSIA EN LA DISLALIA EN
NIÑOS DE LA I.E. JOSÉ GALVEZ

Clase de anquiloglosia	Dislalia									
	No presenta		En fonemas		En dífonos consonánticos		En palabras polisilábicas		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Clase I (Leve)	26	37.68	27	39.13	3	4.35	2	2.90	58	84.06
Clase II (Moderada)	0	0.00	10	14.49	0	0.00	1	1.45	11	15.94
Total	26	37.68	37	53.62	3	4.35	3	4.35	69	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$$\alpha = 0.05 \quad gl = 3 \quad X_c^2 = 9.5700 \quad X_t^2 = 7.8147 \quad p = 0.0226$$

FIGURA N° 11
INFLUENCIA DE LA CLASE DE ANQUILOGLOSIA EN LA DISLALIA EN
NIÑOS DE LA I.E. JOSÉ GALVEZ



Fuente: Tabla N° 11

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La tabla N° 11 muestra la Influencia de la clase de anquiloglosia en la articulación del habla respecto a la Dislalia en niños, y en 69 niños que presentaron anquiloglosia se halló:

Sobre la dislalia de los niños; el 37.68% no presentó problemas de dislalia, el 53.62% presentó dislalia en fonemas, el 4.35% presentaron dislalia en dífonos consonánticos y el 4.35% presentaron dislalia en palabras polisilábicas.

En cuanto a la clase de anquiloglosia de los niños; el 84.06% presentó anquiloglosia clase I (leve), mientras que el 15.94% presentaron anquiloglosia clase II (moderada).

Además, del 37.68% de niños que no presentaron problemas de dislalia, todos presentaron anquiloglosia clase I (leve).

Del 53.62% de niños que presentaron dislalia en fonemas; el 39.13% presentaron anquiloglosia clase I (leve), mientras que el 14.49% presentaron anquiloglosia clase II (moderada).

Del 4.35% de niños que presentaron dislalia en dífonos consonánticos, todos los niños no presentaron anquiloglosia clase I (leve).

Del 4.35% de niños que presentaron dislalia en palabras polisilábicas, el 2.90% presentaron anquiloglosia clase I (leve), mientras que el 1.45% presentaron anquiloglosia clase II (moderada).

También, la clase de anquiloglosia influye significativamente en la dislalia de niños de la I.E. José Gálvez, $p = 0.0226 < \alpha = 0.05$.

4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio evidenció una elevada prevalencia de anquiloglosia en niños de la Institución Educativa José Gálvez de Juliaca, encontrándose que el 71.88% de los escolares evaluados presentaban algún grado de restricción lingual, siendo el tipo más frecuente la anquiloglosia leve (clase I) en el 84.06%. Estos hallazgos alertan sobre una condición anatómica que, si bien en muchos casos puede parecer leve, adquiere relevancia clínica cuando se relaciona con dificultades en la articulación del habla.

Mediante el uso del Test de Articulación por Repetición o TAR, se identificó que el 46.88% de los niños presentaban algún tipo de dislalia, siendo más frecuentes los errores en la pronunciación de fonemas (39.58%), seguidos por alteraciones en dífonos consonánticos (4.17%) y palabras polisilábicas (3.13%). Esta distribución coincide parcialmente con lo reportado por Lima GG (1), quien también empleó el test TAR y encontró que el 33% de los escolares presentaban dislalia funcional, siendo la afectación más común la dificultad en dífonos consonánticos y vocálicos (33%), además de alteraciones en fonemas consonánticos (17%). En comparación, si bien en el presente estudio la dislalia en fonemas fue más frecuente, ambos trabajos coinciden en que la alteración fonológica más común involucra sonidos consonánticos individuales o combinados, lo que refuerza la sensibilidad del TAR como herramienta diagnóstica en el entorno escolar.

Respecto a la edad, se evidenció que se presenta con mayor frecuencia la dislalia en menor entre 7 a 8 años, aunque no se encontró asociación

estadísticamente significativa ($p=0.0807$), lo cual coincide con lo reportado por Quizhpi LA (4), quien también identificó mayor presencia de trastornos de habla en niños de 6 y 7 años, aunque no se precisó una relación significativa. Este comportamiento etario puede explicarse por el hecho de que en este grupo se consolidan los fonemas más complejos, y cualquier limitación anatómica como la anquiloglosia puede hacer más evidentes los errores articulatorios en esa etapa de desarrollo fonológico.

En cuanto al género, en esta investigación no se halló relación significativa entre el sexo del niño y la presencia de dislalia ($p=0.5873$), aunque se observó una ligera tendencia a mayor afectación en varones, con predominio en dislalia por fonemas. Este patrón también fue descrito por Quizhpi LA (4), quien observó que los niños varones presentaron mayor incidencia de trastornos del habla, reforzando la idea de que, si bien el género no determina la aparición de alteraciones articulatorias, puede existir cierta predisposición conductual o neuromotriz en el desarrollo del lenguaje en los varones.

El hallazgo más resaltante fue la conexión estadística de importancia dada por la presencia de la anquiloglosia con la aparición de la dislalia ($p=0.0000$). Se encontró que la gran mayoría de niños con dislalia en fonemas presentó también algún grado de anquiloglosia, particularmente de tipo leve. Además, los casos de dislalia en palabras polisilábicas y dífonos consonánticos se observaron exclusivamente en niños con anquiloglosia, lo que señala una conexión directa dada por la restricción

lingual y la dificultad para producir secuencias fonéticas complejas. Estos resultados refuerzan las observaciones de Lima GG, quien concluyó que las dislalias funcionales están estrechamente ligadas a la producción de fonemas afectados por movimientos linguales precisos.

En cuanto a la influencia de la clase de anquiloglosia sobre la dislalia, si bien en los análisis por edad y género no siempre se alcanzó significancia estadística, sí se evidenció una asociación significativa global ($p=0.0226$), concluyéndose que, a mayor severidad de la anquiloglosia, mayor fue la probabilidad de presencia y complejidad de las dislalias. Este hallazgo resulta clínicamente relevante, ya que pone de manifiesto que incluso las formas leves de anquiloglosia pueden generar dificultades en la articulación si no son detectadas y tratadas a tiempo, especialmente cuando coinciden con etapas críticas del desarrollo del lenguaje.

Finalmente, se destaca que en niñas se halló correlación importante dada por la clase de anquiloglosia y la dislalia ($p=0.0224$), a diferencia de los niños, donde no fue significativa ($p=0.1243$). Esta diferencia puede responder a distintos ritmos madurativos neuromotores en la adquisición del lenguaje entre ambos géneros, así como a factores individuales en la adaptación articulatoria.

Estos resultados coinciden de manera parcial con el resultado de Marcos U (10), quien reportó una prevalencia de anquiloglosia del 62.92%, también con predominio del tipo leve (clase I) en 59.55% de los casos. Ambos

estudios evidencian que la anquiloglosia es una condición frecuente en la población infantil escolar y que, si bien la mayoría de los casos corresponden a formas leves según la clasificación de Kotlow, estas no deben subestimarse clínicamente, ya que pueden tener impacto funcional.

Respecto al análisis por sexo, en el actual estudio no se halló conexiones significativas entre el género y presencia de la dislalia ($p=0.5873$), y de igual forma, Marcos U concluyó que no existe asociación estadísticamente significativa entre anquiloglosia y el sexo del niño ($p=0.153$). Esta coincidencia refuerza la idea de que la anquiloglosia afecta a ambos géneros por igual y que su detección no debe condicionarse a factores demográficos, sino a evaluaciones clínicas objetivas.

Sin embargo, en relación a la edad, los hallazgos difieren parcialmente. Mientras que Marcos U reportó conexiones estadísticas de impacto dadas por la edad y la existencia de anquiloglosia ($p=0.000$), en el presente estudio no se encontró conexión de importancia dada por la edad y la presencia de dislalia ($p=0.0807$), ni entre la clase de anquiloglosia y la dislalia según grupo etario. Esta diferencia puede atribuirse a que en el estudio de Marcos U se analizó la edad como factor asociado directamente a la anquiloglosia, mientras que en el presente trabajo se evaluó su influencia funcional, es decir, su repercusión sobre la articulación del habla, lo que implica una relación más compleja que involucra maduración neuromotora, práctica fonológica y desarrollo individual del lenguaje.

En conjunto, ambos estudios coinciden en que la anquiloglosia es altamente prevalente en escolares y que su forma más común es la clase I, pero no concuerda en la relación de la influencia de la edad con esta condición. La actual investigación describe que además de que la anquiloglosia sí influye significativamente en la aparición de dislalias ($p=0.0000$), lo que aporta evidencia sobre su impacto funcional, especialmente en la articulación de fonemas. Este aspecto no fue explorado por Marcos U, lo que destaca la relevancia del presente trabajo en ampliar el conocimiento sobre las implicancias fonológicas de esta alteración anatómica, más allá de su simple diagnóstico morfológico.

Los resultados de éste estudio coincide con estudios como el de Sándi HC (8), quien reportó una prevalencia del 59.5%, y con Chunga TC (11), quien encontró una frecuencia del 60%. De forma similar, Abad NS (12) indicó una prevalencia del 59.3% y destacó que el tipo II fue el más frecuente, mientras que en nuestro estudio predomina el tipo I. Estas cifras demuestran que la anquiloglosia no es una condición poco frecuente en el entorno escolar, aunque muchas veces pasa desapercibida por no estar incorporada dentro de los controles sistemáticos de salud oral y desarrollo del lenguaje.

Con relación a la articulación del habla, se encontró que el 46.88% de los niños presentaron dislalias, siendo más frecuentes las dificultades en fonemas (39.58%), seguidas por las que involucran dífonos consonánticos y palabras polisilábicas. Estos datos se alinean con el estudio de Solórzano

EV (13), quien señaló que el 88.9% de las alteraciones del habla en niños con anquiloglosia correspondían a dislalias, y también con Mendoza MF (14), quien identificó que los trastornos del hablar con mayor presencia en menores con frenillo lingual patológico fueron precisamente las dislalias. Esta coincidencia evidencia que, más allá de la morfología del frenillo, lo que preocupa en el contexto educativo y terapéutico es su efecto funcional sobre la inteligibilidad del habla y el desarrollo fonético

Uno de los datos hallado de mayor interés en el estudio fue la asociación estadística importante dada por la presencia de anquiloglosia con la dislalia ($p=0.0000$). Esta relación también fue observada por Pastrano SI (3) quien concluyó que el frenillo lingual corto interfiere directamente con la articulación del habla, especialmente en los casos que generan dislalias funcionales. Asimismo, en el estudio de Santa Cruz G (6), se evidenció que todos los niños con anquiloglosia presentaban alteraciones en su pronunciación de fonemas, así como de grupos consonánticos, mientras que los infantes con el frenillo adecuado no mostraban problemas del habla. Estos datos respaldan de forma contundente lo observado en nuestra población estudiada, donde incluso los casos con anquiloglosia leve podían presentar dificultades articulatorias.

Respecto al tipo de anquiloglosia, en nuestro estudio también se halló la relación significativa dada por la clase de anquiloglosia, así como la aparición de dislalias ($p=0.0226$), siendo los niños con formas moderadas (clase II) los que presentaban mayor dificultad, especialmente en la pronunciación de fonemas complejos. De forma similar, el estudio de

Salazar KL (15) identificó una mayor proporción de dislalia en los niños con anquiloglosia moderada (8.90%) frente a los que tenían anquiloglosia leve (28.90%). Sin embargo, a diferencia de nuestros hallazgos, Salazar KL concluyó que no existía correlación estadística significativa entre anquiloglosia y trastornos del habla ($p=0.2881$). Esta diferencia puede explicarse por el tamaño muestral, los criterios clínicos de evaluación del habla, o la edad de los niños evaluados, factores que varían entre estudios y pueden influir en la obtención de significancia estadística.

En cuanto al análisis por género, nuestro estudio no halló conexión significativa dada por el sexo, así como de la existencia dislalias ($p=0.5873$), aunque se observó una tendencia ligeramente mayor en varones. De forma similar, Abad NS (12) indicó que el 53% de los casos de anquiloglosia correspondían al sexo masculino, y Pastrano SI también reportó mayor frecuencia de alteración del frenillo y dislalia en varones (32.2%) frente a mujeres (24.5%). Aunque estas diferencias no siempre son significativas, sí reflejan una tendencia observada en distintos contextos, posiblemente relacionada con diferencias en el desarrollo fonológico o motriz oral.

Finalmente, la edad no mostró relación significativa con la dislalia en este estudio ($p=0.0807$), aunque se observó mayor frecuencia de errores articulatorios en niños de 7 a 8 años. En contraste, Abad NS (12) señaló que la edad con mayor prevalencia de anquiloglosia fue la de 9 años. Estas discrepancias refuerzan la necesidad de considerar no solo la presencia del



frenillo alterado, sino también el momento en que sus efectos se hacen evidentes, lo cual suele coincidir con la etapa escolar en la que el lenguaje oral se consolida y se vuelve socialmente más exigente.

En conjunto, nuestros hallazgos confirman lo descrito por la mayoría de estudios revisados: la anquiloglosia, incluso en su forma leve, puede interferir significativamente en la articulación del habla en la infancia, especialmente en lo que respecta a fonemas complejos o grupos consonánticos. Por ello, es fundamental que tanto el personal de salud como los docentes cuenten con herramientas para identificar esta condición desde edades tempranas y que se promueva una atención interdisciplinaria que integre lo odontológico y lo fonoaudiológico, favoreciendo un desarrollo lingüístico integral en los niños

CONCLUSIONES

PRIMERA: La prevalencia de anquiloglosia influye significativamente en la articulación del habla en niños de la I.E. José Gálvez Juliaca (presencia de anquiloglosia $p=0.0000$, género $p=0.0224$ pero no influye según la edad de los niños $p=0.0000$. (Tabla N°8 y 11)

SEGUNDA: Del 53.13% de niños que no presentaron problemas de dislalia; el 26.04% no presentaron anquiloglosia y el 27.08% si presentaron anquiloglosia. Del 39.58% de niños que presentaron dislalia en fonemas; el 38.54% presentaron anquiloglosia. Del 4.17% de niños que presentaron dislalia en dífonos consonánticos; el 3.13% si presentaron anquiloglosia. Del 3.13% de niños que presentaron dislalia en palabras polisilábicas, todos presentaron anquiloglosia. Concluyendo que la presencia de anquiloglosia influye significativamente en la articulación del habla respecto a la dislalia de niños, $p=0.0000$. (Tabla N°8)

TERCERA: La clase de anquiloglosia no influye significativamente en la articulación del habla respecto a la dislalia de niños de 6 años $p=1.0000$, de 7 años, $p=0.1635$, de 8 años, $p=0.5222$, de 9 años $p=0.0549$, de 10 años $p=0.2005$ ni en niños de 11 años $p=1.0000$. (Tabla N°9)



CUARTA: La clase de anquiloglosia influye significativamente en la articulación del habla respecto a la Dislalia solo en el género femenino $p=0.0224$. (Tabla N°10)

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Al Director de la I.E. José Galvez: se recomienda implementar programas preventivos de salud bucodental y del lenguaje en coordinación con el Decano del Colegio Odontológico Región Puno y centros de salud locales. Esta articulación permitirá desarrollar campañas de despistaje de anquiloglosia, talleres de orientación a padres y docentes, así como actividades educativas sobre la importancia de una lengua funcional en el desarrollo del habla y el rendimiento escolar. La colaboración con entidades especializadas asegurará intervenciones de calidad y seguimiento profesional.

SEGUNDA: A los docentes de nivel inicial y primaria de la I.E. José Galvez: es fundamental observar de forma activa el lenguaje oral de los niños en el aula, especialmente en aquellos que presentan dificultades para expresarse con claridad. Se recomienda articular esfuerzos con los servicios de salud escolar para canalizar oportunamente los casos que puedan estar asociados a limitaciones anatómicas como la anquiloglosia

TERCERA: A los padres de familia de la I.E. José Galvez: se recomienda estar atentos a las señales tempranas de dificultad en la pronunciación de palabras, sonidos distorsionados o falta de claridad al hablar. Ante cualquier sospecha, se sugiere acudir a una evaluación odontológica y fonoaudiológica para descartar la presencia de anquiloglosia y prevenir complicaciones futuras en el desarrollo del lenguaje.



CUARTA: A los investigadores: desarrollar estudios clínicos y poblacionales que profundicen en la relación entre anquiloglosia y trastornos articulares, considerando variables como edad, género, nivel socioeducativo y acceso a servicios especializados. Ello contribuirá a generar políticas públicas basadas en evidencia.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lima GG. La dislalia funcional y su incidencia en la autoestima de los escolares de cuarto año de Educación General Básica de la Unidad Educativa "Pio Jaramillo Alvarado" periodo 2018 [Tesis Pregrado] Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2019. 105p. Available from: [https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/21750/1/GABRIELA LIMA OJEDA.pdf](https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/21750/1/GABRIELA_LIMA_OJEDA.pdf)
2. Acuña FA CKCC. Medición de los procesos de simplificación fonológica en niños de 5 a 6 años en una zona altoandina del Perú [Tesis Pregrado] Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019. 38p. Available from: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7314/Medicion_AcunaValencia_Fabiola.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Pastrano SI. Condición del frenillo lingual y su relación con el habla en escolares de 6 – 12 años de edad de la Unidad Educativa San Luis Gonzaga [Tesis Pregrado] Ecuador: Universidad Nacional de Ecuador; 2019. 116p. Available from: <https://www.dspace.uce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/2b3be1ca-764f-4c53-8543-6ce09f76226d/content>
4. Quizhpi LA. "Prevalencia del trastorno de los sonidos del habla en niños de 6 a 12 años". [Tesis Pregrado en psicología] Ecuador: Universidad de Cuenca. 2019.37p. Available from: [https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30216/1/Trabajo de Titulación.pdf](https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30216/1/Trabajo_de_Titulación.pdf)
5. Ninahuaman CV. Prevalencia del trastorno de los sonidos del habla en niños de Lima Metropolitana. Lima, 2022 [Tesis Pregrado Licenciado]



- Tecnólogo Médico enTerapia de lenguaje] Lima: Universidad Nacional Federico Villareal. 54p. Available from:
https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/9064/TESI_S_NINAHUAMAN_AGUILAR_CLAUDIA_VERONICA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Santa Cruz G. Características de la producción del habla en niños de 5 a 7 años según el frenillo lingual de una institución educativa particular del distrito de Carabayllo, 2021 [Tesis Magister en Fonoaudiología] Lima: Pontifica Universidad Católica del Perú; 2023. 68p [Internet]. Available from:
https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/26128/SANTA_CRUZ_VALLADARES_GIULIANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Chocce RL. Trastornos de sonidos del habla y comprensión lectora en niños del segundo grado de una institución educativa, UGEL 05, 2023 [Tesis Maestría en Problemas de Aprendizaje.] Lima: Universidad César Vallejo; 2023. 83p. Available from:
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/120701>
8. Sáandi HC. Características anatómicas y del habla según tipo de frenillo lingual alterado en niños de 6 a 12 años de la I.E. "San Martín de Porres N° 3046" [Tesis Pregrado] Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2021. 67p. Available from:
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNF_c5e1b55e6641b7b6ecda43b22080793d
9. Lovato IK. Dislalia funcional en estudiantes de primer grado en tres



- Instituciones Educativas de la Unidad de Gestión Educativa Local 07.
2022; Available from:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/101261/Lovato_CDRIK-SD.pdf?sequence=4
10. Marcos U R ST. Frecuencia de anquiloglosia en escolares de una Institución Educativa Primaria - Lima. [Tesis Pregrado] Lima: Universidad Peruana Los Andes; 2021. 133p. Available from:
[https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/2703/TESI S FINAL.pdf?sequence=1](https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/2703/TESI%20FINAL.pdf?sequence=1)
11. Chunga TC. Prevalencia del tipo de frenillo de la lengua en niños de 3 a 5 años de la I.E 1133 Santísima Virgen de Fátima durante el periodo Agosto-Diciembre 2019. [Tesis Pregrado.] Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2021. 67p. Available from:
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNF_347d6c7c8cc91e71171bb76628162851
12. Abad NS. Prevalencia de anquiloglosia según la clasificación de kotlow en niños de 6 a 12 años en una Institución Educativa Estatal, Huancayo 2019 [Tesis Pregrado] Huancayo: Universidad Continental; 2019. 47p. Available from:
https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/7129/2/IV_FCS_503_TE_Abad_Villaizan_2019.pdf
13. Solórzano EV. Características del frenillo lingual y de la producción del habla en niños de 6 y 7 años de dos I.E. Públicas de Huaycán, 2018. [Tesis Magíster en fonoaudiología con mención en motricidad orofacial, voz y tartamudez.] Lima: Pontificia Universidad Católica. Available from:



- <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio//handle/20.500.12404/15795>
14. Mendoza MF YK. Relación entre frenillo lingual y trastornos fonéticos en niños de 3 a 6 años [Tesis Pregrado Licenciado en Tecnología Médica, Especialidad de Terapia de Audición, Voz y Lenguaje] Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019. 44p. Available from: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7687/Relacion_MendozaClaros_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 15. Salazar KL. Anquiloglosia y su relación con los trastornos del habla en niños de 4 a 6 años que acuden al Centro Odontológico DENTIKIDS Juliaca 2021 [Tesis Pregrado] Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2021. Available from: <https://repositorio.uancv.edu.pe/collections/6ec9c0a0-fc5f-41af-ac19-c43fc2b15393?cp.page=2>
 16. Rouvière H DA. Anatomía Humana Descriptiva, topográfica y funcional. Tomo 1. Cabeza y cuello 11th Edition. 2005. 712 p.
 17. Mills N, Pransky SM, Geddes DT MS. What is a tongue tie? Defining the anatomy of the in-situ lingual frenulum. Clin Anat. 2019 Sep;32(6):749-761. Available from: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/8086/TesisE.FE.2022.Frenotomía.Mora.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 18. Ganesan K, Girgis S MS. Lingual frenotomy in neonates: past, present, and future. Br J Oral Maxillofac Surg. 2019 Apr;57(3):207-213. doi: 10.1016/j.bjoms.2019.03.004. Epub 2019 Mar 23. PMID: 30910412. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30910412/>
 19. Reddy R, Marudhappan Y, Renuka D NS. Clipping the (tongue) tie. Journal



- of Indian Society of Periodontology,(2014) 18(3), 395–398. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4095637/>
20. Azma E SN. Diode laser application in soft tissue oral surgery. J Lasers Med Sci. 2013 Fall;4(4):206-11. PMID: 25606331; PMCID: PMC4282004. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25606331/>
 21. Revuelta R. La cavidad bucal del nacimiento a la infancia: Desarrollo, patologías y cuidados. Perinatol Reprod Hum. 2009;23(2):82-89. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip092f.pdf>
 22. Castro Y. Consideraciones diagnósticas de los frenillos aberrantes. Revisión bibliográfica. Rev. Dental de Chile. 2016; 107 (1): 4-7.
 23. Castro Y. Tratamiento del frenillo aberrante, frenectomía y frenotomía. Revisión de tema. Revista Nacional de Odontología. 2018;14(26):1-10. Available from: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/2046>
 24. Jangid K, Alexander AJ, Jayakumar ND, Varghese S RP. Ankyloglossia with cleft lip: A rare case report. J Indian Soc Periodontol. 2015 Nov-Dec;19(6):690-3. doi: 10.4103/0972-124X.162207. PMID: 26941523; PMCID: PMC4753717. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26941523/>
 25. Guinot F, Carranza N, Veloso A, Parri S V, MM. Prevalencia de anquiloglosia en neonatos y relación con datos auxológicos del recién nacido o con otras malformaciones o enfermedades asociadas. Rev Odontopediatr Latinoam [Internet]. 15 de febrero de 2021;11(1). Disponible en: <https://revistaodontopediatr>.
 26. O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CPF, Breathnach D, Jacobs SE, Todd DA DP. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. Cochrane Database of



- Systematic Reviews, Issue 3. Art. No.: CD011065. 2017. Available from:
[https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/downloads/other-nihr-research/cochrane-programme-grants/Frenotomy for tongue-tie in newborn infants.pdf](https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/downloads/other-nihr-research/cochrane-programme-grants/Frenotomy_for_tongue-tie_in_newborn_infants.pdf)
27. Power RF MJ. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. Arch Dis Child. 2015 May;100(5):489-94. doi: 10.1136/archdischild-2014-306211. Epub 2014 Nov 7. PMID: 25381293. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25381293/>
28. Junqueira MA, Cunha NN, Costa e Silva LL, Araújo LB, Moretti AB, Couto Filho CE SV. Surgical techniques for the treatment of ankyloglossia in children: a case series. J Appl Oral Sci. 2014 Jun;22(3):241-8. doi: 10.1590/1678-775720130629. PMID: 25025566; PMCID: PMC4072276. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25025566/>
29. Szucs KA LM. Directrices para la evaluación y el tratamiento de la anquiloglosia neonatal y sus complicaciones en la diada de la lactancia materna. J Hum Lact. 2011. Available from: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/8086/TesisE.FE.2022.Frenotomía.Mora.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. Mora M. Frenotomía con láser diodo en pacientes pediátricos con anquiloglosia: scoping review y serie de casos [Tesis Especialidad en Estomatología Pediátrica] México: Universidad Autónoma de San Luis de Potosí; 2022. 71p. Available from: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/8086/TesisE.FE.2022.Frenotomía.Mora.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Asociación Española de Pediatría. Frenillo lingual corto ¿Cuándo es un



- problema? En familia. 2014. Available from:
<https://gacetadental.com/2023/10/frenillo-lingual-corto-como-tratarlo-49968/>
32. Coacalla VP. Prevalencia de anquiloglosia según la clasificación de Coryllos y Hazelbaker en niños de 6 a 12 años en el distrito de Chucuito – Puno, 2016 [Tesis Pregrado] Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2017. Available from:
<https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3274950?show=full>
33. Ramírez S, Gómez E BJ. Frenillos labiales. Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. In. Available from:
<https://www.secomcyc.org/wp-content/uploads/2014/01/cap01.pdf>
34. Fajardo NY HM. Características en la producción del habla en niños de 6 a 7 años con frenillo lingual alterado de la I.E Liceo Naval “Almirante Guise” [Tesis de Maestría en fonoaudiología] Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2014. 6-19 p. Available from:
<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/5781>
35. Cohen NJ. El Impacto del desarrollo del lenguaje sobre el desarrollo psicosocial y emocional de niños pequeños. Canadá, 2010.
36. Dos Santos LA, da Silva J, Leal C RA. Prevalência de alteração no frênulo lingual e suas implicações na fala de escolares. Rev. CEFAC. 2009; 11(3):378-390. Available from:
<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/RFzcKLLdVt5RGxjZWFBQ4dm/?format=pdf&lang=pt>
37. Dávila YM PR. Alteraciones del habla en niños de 6 y 7 años de edad con



- frenillo lingual alterado del Colegio Santa Rita de Casia [Tesis Pregrado]
Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2018. 94 p. Available from:
<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/12896>
38. Tsaousoglou P, Topouzelis N, Vouros I SA. Diagnosis and treatment of ankyloglossia: A narrative review and a report of three cases. Quintessence Int. 2016;47(6):523-34. doi: 10.3290/j.qi.a36027. PMID: 27222891. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222891/>
39. Alvarado DE VL. Incidencia de anquiloglosia en niños de 0 a 6 meses en el centro de rehabilitación integral especializado CRIE n°5, Cuenca 2017-2018 [Tesis Pregrado] Ecuador: Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Tecnología Médica. Carrera de Fon. Available from: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/30501>
40. Chávez A EM. Odontopediatría y prevención de salud bucal [Internet]. 1ra Edición. Lima-Peru: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2005. Disponible en: <https://isbn.cloud/9789972888151/odontopediatria-y-prevencionde-salud-bucal/>.
41. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on management of the frenulum in pediatric patients. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2023:71-6. Available from: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/p_mgmt_frenulum.pdf
42. Clark RW. Otorrinolaringología Pediátrica. Elsevier Health Sciences; 2019. 416 p.
43. Bazán AK, Balderas C, Olivares AD, Molina EM, Montejano JR & IJ.



- Frenectomía con láser - Caso Clínico. Educación Y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 2019: 8(15), 294-299. Available from: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/4818>
44. Shen T SK. Surgical speech disorders. Facial Plast Surg Clin North Am. 2014 Nov;22(4):593-609. doi: 10.1016/j.fsc.2014.07.010. Epub 2014 Nov 8. PMID: 25444731. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25444731/>
45. Ito Y, Shimizu T, Nakamura T TC. Effectiveness of tongue-tie division for speech disorder in children. Pediatr Int. 2015 Apr;57(2):222-6. doi: 10.1111/ped.12474. Epub 2014 Nov 10. PMID: 25142274. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25142274/>
46. Flores CM. Anquiloglosia y Trastornos del Habla. [Tesis Segunda Especialidad en Odontopediatría] Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2019. Available from: <https://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/979>
47. Melgar M. Cómo detectar al niño con problemas del habla. México: Editorial Trillas. [Internet]. 2007. 44 p. Available from: https://books.google.com.pe/books/about/Cómo_detectar_al_niño_con_problemas_de.html?id=xqIQAAAYAAJ&redir_esc=y
48. Ferrés E, Pastor T, Mareque J, Prats J F-PE. Multidisciplinary management of ankyloglossia in childhood. Treatment of 101 cases. A protocol. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2016 Jan 1;21(1):e39-47. doi: 10.4317/medoral.20736. PMID: 26595832; PMCID: PMC4765751. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26595832/>



49. Maggiolo MA. Test de articulación a la repetición (TAR): un legado de la profesora fonoaudióloga Edith Schwalm. Rev Chil Fonoaudiol [Internet]. 2017;16:1–14. Available from: <https://fonoaudiologos.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/10/test-de-articulacic3b3n-de-la-repeticic3b3n.pdf>
50. Hernández R. Metodología de la investigación: las rutas: cuantitativa y cualitativa y mixta. México: McGraw-Hill Interamericana,. 2018. 752 p.



APÉNDICES

APÉNDICE N° 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y SU INFLUENCIA EN LA ARTICULACIÓN DEL HABLA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ GALVEZ JULIACA 2024						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE VALORACIÓN
GENERAL ¿Cómo influye la prevalencia de anquiloglosia en la articulación del habla en niños de la Institución Educativa José Galvez Juliaca 2024?	GENERAL Determinar la influencia de la prevalencia de anquiloglosia en la articulación del habla en niños de la Institución Educativa José Galvez Juliaca 2024	GENERAL La prevalencia de anquiloglosia influye significativamente en la articulación del habla en niños de la Institución Educativa José Galvez Juliaca 2024	V.I. Prevalencia de anquiloglosia	- Presencia de anquiloglosia - Clase de anquiloglosia	Longitud de la inserción del frenillo a punta de la lengua Clasificación de Anquiloglosia según Kotlow	- No presenta - Si presenta - Clase I: Leve (12-17 m) - Clase II: Moderada (8 – 11mm) - Clase III: Severa (3 – 7mm) - Clase IV: Completa (menos de 3mm)
ESPECÍFICOS: PE1: ¿Cuál es la influencia de la presencia de anquiloglosia en la articulación del habla respecto a la Dislalia en niños de la Institución Educativa José Galvez?	ESPECÍFICOS: OE1: Identificar la influencia de la presencia de anquiloglosia en la articulación del habla respecto a la Dislalia en niños de la Institución Educativa José Galvez	ESPECÍFICOS: HE1: Existe influencia de la presencia de anquiloglosia en la articulación del habla respecto a la Dislalia en niños de la Institución Educativa José Galvez				V.D. Articulación del habla
PE2: ¿Cómo influye la clase de anquiloglosia en la articulación del habla respecto a la Dislalia en niños de la Institución Educativa José Galvez según la característica personal edad?	OE2: Especificar la influencia de la clase de anquiloglosia en la articulación del habla respecto a la Dislalia en niños de la Institución Educativa José Galvez según la característica personal edad.	HE2: La clase de anquiloglosia influye significativamente en la articulación del habla respecto a la Dislalia en niños de la Institución Educativa José Galvez según la característica personal edad	Variable Interviniente			
PE3: ¿Cuál es la influencia de la clase de anquiloglosia en la articulación del habla respecto a la Dislalia en niños de la Institución Educativa José Galvez	OE3: Determinar la influencia de la clase de anquiloglosia en la articulación del habla respecto a la Dislalia en niños de la Institución Educativa José Galvez	HE3: La clase de anquiloglosia influye significativamente en la articulación del habla respecto a la Dislalia en niños de la Institución				



según la característica personal género?	según la característica personal género.	Educativa José Galvez según la característica personal género.	Características personales	Edad Género	Años cumplidos Sexo	- Femenino - Masculino
--	--	--	----------------------------	--------------------	----------------------------	-------------------------------



APÉNDICE N° 2 GUÍA DE OBSERVACIÓN

VARIABLE ANQUILOGLOSIA

EDAD:años

GÉNERO: Masculino () Femenino ()

NO PRESENTA ANQUILOGLOSIA () PRESENTA ANQUILOGLOSIA ()

CLASIFICACIÓN DE LA ANQUILOGLOSIA SEGÚN KOTLOW

CLASE DE ANQUILOGLOSIA	Longitud que existe entre la inserción del frenillo por su cara ventral hasta la punta de la lengua (Kotlow)	Longitud entre la inserción del frenillo a la punta de la lengua
Clase I	Leve (12-16mm)	
Clase II	Moderada (8 – 11mm)	
Clase III	Severa (3 – 7mm)	
Clase IV	Completa (menos de 3mm)	



APÉNDICE N° 3 GUÍA DE OBSERVACIÓN VALIDADA POR EXPERTOS TEST DE ARTICULACIÓN A LA REPETICIÓN (T.A.R)

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Examinador: _____ Fecha de Evaluación: _____

FONEMAS		Sílaba Inicial	Sílaba Media	Sílaba Final	Sílaba Trabada
Bilabiales	B	Bote _____	Cabeza _____	Nube _____	Objeto _____
	P	Pato _____	Zapato _____	Copa _____	Apto _____
	M	Mano _____	Camisa _____	Suma _____	Campo _____
Labio - Dental	F	Foca _____	Búfalo _____	Café _____	Aftosa _____
	D	Dama _____	Cadena _____	Codo _____	Pared _____
Alveolares	T	Tapa _____	Botella _____	Mata _____	Etna _____
	S	Sapo _____	Cocina _____	Taza _____	Pasto _____
	N	Nido _____	Panera _____	Maní _____	Canto _____
	L	Luna _____	Caluga _____	Pala _____	Dulce _____
	R	Rosa _____	Poroto _____	Coro _____	Torta _____
Palatales	RR	Carroza _____	Perro _____		
	Y	Llave _____	Payaso _____	Malla _____	
	Ñ	Ñato _____	Puñete _____	Caña _____	
Velares	CH	Chala _____	Lechuga _____	Noche _____	
	K	Casa _____	Paquete _____	Taco _____	Acto _____
	G	Gato _____	Laguna _____	Jugo _____	Signo _____
	J	José _____	Tejido _____	Caja _____	Reloj _____
Dífonos Vocálicos					
Piano _____		Violín _____		Diuca _____	
Vaina _____		Auto _____		Fui _____	
Dífonos Consonánticos					
Tabla _____		Clavo _____		Flecha _____	
Regla _____		Brazo _____		Fruta _____	
Premio _____		Atlas _____		Tigre _____	
Rey _____				Dragón _____	
Palabras Polisilábicas					
Carabinero _____			Ametralladora _____		
Panadería _____			Helicóptero _____		
Caperucita _____			Bicicleta _____		
Frases					
1. El perro salta. _____					
2. La niña rubia come. _____					
3. Ana fue al jardín con su gatita. _____					
4. La guagua lloraba porque tenía hambre. _____					
5. El mono que estaba dentro de la jaula se perdió. _____					
6. Juanito se metió debajo de la cama para que no lo pillara su mamá. _____					

Dislalia: No presenta () **Presenta:** En fonemas () En dífonos vocálicos ()
En dífonos Consonánticos () En palabras polisilábicas ()

Firma

Fuente: (49) Test de articulación a repetición TAR.

BACHILLER: PAOLA

ASESOR: DR. RILDO PAUL TAPIA CONDORI



APÉNDICE N° 4 AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE ESTUDIO

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

SOLICITO: AUTORIZACION PARA REALIZAR TRABAJO
DE INVESTIGACION.

SEÑOR:

DIRECTOR DE LA INSTITUCION EDUCATIVA JOSE GALVEZ N° 70616

Yo, Paola Elizabeth Neyra Onque identificado con
DNI: 70123199, domiciliada en Jr. Paraguay MB8 –
Lte.20, distrito de Juliaca, Provincia de San Román
Departamento de Puno, con el debido respeto me
dirijo ante usted y expongo lo siguiente.

Que, habiendo culminado los estudios de pre grado en la Universidad Andina Néstor
Cáceres Velásquez, solicito a Ud. permiso para realizar el trabajo de investigación
sobre: **"PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y SU INFLUENCIA EN LA
ARTICULACION DEL HABLA EN NIÑOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA JOSE
GALVEZ JULIACA 2024"** para optar el grado de Cirujano Dentista.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a Ud. Acceder a mi petición.

Juliaca, 21 de octubre del 2024

PAOLA ELIZABETH NEYRA ONQUE
DNI: 70123199



Prof. Jorge Alberto Colque Casas
I.E.P. N° 70616 JOSE GALVEZ
DIRECTOR

*Se autoriza el desarrollo
del trabajo de investigación
en las fechas que se
conviniere internamente*



INSTITUCION EDUCATIVA PÚBLICA
N° 70616 "JOSE GALVEZ"
Creado el 14 de Setiembre de 1981, R.D. N° 1523
Prov. San Román, Dist. Juliaca, Urb. Taparachi, Jr. Panamá S/N



CONSTANCIA

EL DIRECTOR DE LA IEP N° 70616 JOSÉ GÁLVEZ CON CÓDIGO MODULAR N° 0617944,
UBICADO EN URBANIZACIÓN TAPARACHI I SECTOR I DE LA CIUDAD DE JULIACA, PROVINCIA
DE SAN ROMAN, DEPARTAMENTO DE PUNO;

HACE CONSTAR QUE:

Que la Bachiller PAOLA ELIZABETH NEYRA ONQUE con DNI N° 70123299 egresada de la
Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velázquez, desarrolló
la ejecución de proyecto denominada "PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y SU INFLUENCIA EN LA
ARTICULACIÓN DEL HABLA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSE GALVEZ JULIACA 2024"
desde el día 22 de octubre al 25 de octubre del año en curso.

Se emite el presente documento a petición de la interesada, para los fines que tome por
conveniente.

Juliaca, 25 de octubre de 2024



Jorge Alberto Colque Casas
I.E.P. N° 70616 JOSÉ GALVEZ
DIRECTOR



APÉNDICE N° 5 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR CRITERIO DE JUECES

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellido y nombre del Juez : PIZARRO MERMA ELISA
 1.2 Profesión y Grado académico : CIRUJANO DENTISTA - DOCTORA EN SALUD
 1.3 Nombre del instrumento evaluado: TEST- GUIA DE OBSERVACION
 1.4 Autor del instrumento : PAOLA ELIZABETH MEYRA ORQUE

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 1	BAJA 2	REGULAR 3	BUENA 4	MUY BUENA 5
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado y Comprensible.				☒	
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables					☒
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					☒
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada					☒
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente				☒	
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					☒
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos					☒
8. COHERENCIA	Entre variables, indicadores y los ítems					☒
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					☒
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente				☒	

III. CALIFICACIÓN :

APLICABLE: (☒)

NO APLICABLE ()

SUGERENCIA:

.....

Elisa Pizarro Merma
 Dra. Elisa Pizarro Merma
 CIRUJANO DENTISTA
 COP. 8539
 IPRESS LOS CHOFERES
 FIRMA DEL JUEZ



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR CRITERIO DE JUECES

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellido y nombre del Juez : HYANCA APAZA HUGO RICARDO
- 1.2 Profesión y Grado académico : CIRUJANO DENTISTA - DOCTOR EN EDUCACIÓN
- 1.3 Nombre del instrumento evaluado: TEST DE ARTICULACIÓN LA REPETICIÓN (T.A.R.) - GUÍA DE
- 1.4 Autor del instrumento : PAOLA ELIZABETH MEYDA OMQUE

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 1	BAJA 2	REGULAR 3	BUENA 4	MUY BUENA 5
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado y Comprensible.					✓
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables					✓
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					✓
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada					✓
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente					✓
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					✓
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos					✓
8. COHERENCIA	Entre variables, indicadores y los ítems					✓
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la Investigación					✓
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente					✓

III. CALIFICACIÓN :

APLICABLE: (✓)

NO APLICABLE ()

SUGERENCIA:

.....

.....


D. HUGO R. HUANCA APAZA
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 14738
FIRMA DEL JUEZ



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR CRITERIO DE JUECES

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellido y nombre del Juez : Cornejo Pani Rony Rassinah
1.2 Profesión y Grado académico : Cirujano Dentista - MG. Salud Pública
1.3 Nombre del instrumento evaluado : Guía de observación y test
1.4 Autor del instrumento : Paola Elizabeth Neyra Onque

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 1	BAJA 2	REGULAR 3	BUENA 4	MUY BUENA 5
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado y Comprensible.					✓
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables					✓
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					✓
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada					✓
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente					✓
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					✓
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos					✓
8. COHERENCIA	Entre variables, indicadores y los ítems					✓
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					✓
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente					✓

III. CALIFICACIÓN :

APLICABLE: (✓)

NO APLICABLE ()

SUGERENCIA:

.....
.....


Rony R. Cornejo Pani
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 44215
FIRMA DEL JUEZ



APÉNDICE Nº 6 DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente declaración, autorizo a la Bachiller Paola Elizabeth Neyra Onque para que pueda evaluar la boca a mi menor hijo (a), así mismo aplicarle un Test para conocer si presenta alguna alteración en la articulación del habla. Estos datos serán para presentar el Informe Final de su trabajo de investigación conducente a obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista

En señal de aceptación voluntaria, firmo la presente.

Juliaca.....de.....2024

Firma y/o huella digital

APÉNDICE N° 7 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



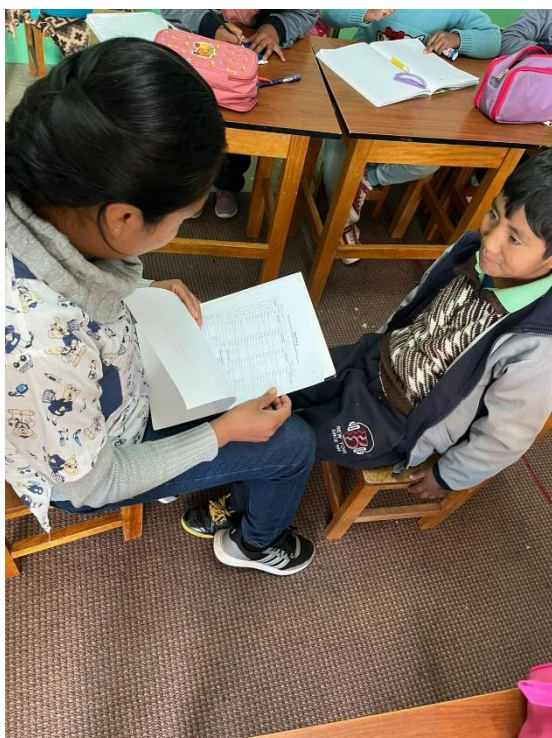
Nota: Charla informativa



Nota: Realizando el TAR



Nota: Charla informativa



Nota: *Realizando el TAR*



Nota: *Medición del Frenillo*



Nota: *Medición del Frenillo*



Nota: Visualización del Frenillo Lingual



Nota: Actividad de cierre desarrollada con los alumnos de la Institución educativa

APÉNDICE N° 8 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

N°	Características		Anquiloglosia			Articulación del habla
	Edad	Género	Presencia	Clasificación de Kotlow		Dislalia
				Distancia	Clase	TAR
	(En años)	1: Masculino 2: Femenino	0: No 1: Si	(En mm)	1: Clase I (Leve) 2: Clase II (Moderada) 3: Clase III(Severa) 4: Clase IV(Completa)	0: No presenta 1: En fonemas 2: En dífonos vocálicos 3: En dífonos consonánticos 4: En palabras polisilábicas
1	8	1	1	16	1	0
2	8	2	1	13	1	1
3	6	1	1	13	1	1
4	7	2	1	12	1	1
5	7	2	1	11	2	1
6	7	2	1	15	1	1
7	7	2	1	12	1	1
8	7	1	1	14	1	3
9	7	2	1	16	1	0
10	7	1	0	19	0	3
11	7	1	1	11	2	1
12	6	2	1	15	1	1
13	6	1	1	13	1	1
14	6	2	0	17	0	0
15	7	2	1	14	1	1
16	7	1	0	18	0	1
17	6	2	1	14	1	1
18	6	1	1	16	1	0
19	6	2	1	13	1	0
20	7	2	0	19	0	0
21	6	2	1	15	1	1
22	8	2	1	13	1	0
23	8	1	1	12	1	1
24	8	2	1	15	1	0
25	7	2	1	10	2	4
26	7	1	1	16	1	0
27	7	2	1	12	1	1
28	10	2	0	19	0	0
29	11	2	1	16	1	0
30	7	1	1	11	2	1
31	7	2	1	14	1	0
32	8	1	1	13	1	4
33	8	1	1	16	1	1
34	8	1	1	14	1	1
35	7	1	0	20	0	0
36	8	1	1	14	1	1
37	7	2	1	12	1	1
38	7	1	1	14	1	1
39	7	1	1	15	1	1
40	7	1	1	13	1	1
41	8	1	1	12	1	3



42	8	1	1	13	1	1
43	7	2	1	13	1	1
44	7	2	1	14	1	0
45	9	2	1	15	1	0
46	8	1	1	14	1	0
47	8	1	1	10	2	1
48	9	2	1	14	1	0
49	8	1	1	15	1	0
50	8	1	1	13	1	4
51	8	2	0	19	0	0
52	9	1	0	23	0	0
53	9	2	1	10	2	1
54	8	1	1	11	2	1
55	9	2	1	16	1	0
56	9	1	0	17	0	0
57	8	2	1	19	1	0
58	10	2	1	15	1	3
59	9	2	1	16	1	0
60	8	1	0	19	0	0
61	10	1	1	11	2	1
62	9	2	1	14	1	1
63	10	2	1	11	2	1
64	9	1	1	16	1	0
65	9	1	1	11	2	1
66	11	2	0	21	0	0
67	11	1	0	24	0	0
68	9	1	1	16	1	1
69	10	2	1	17	1	0
70	10	2	0	19	0	0
71	9	2	1	13	1	1
72	9	2	1	11	2	1
73	9	2	0	21	0	0
74	10	2	1	15	1	0
75	10	1	1	13	1	0
76	9	1	0	24	0	0
77	10	1	0	20	0	0
78	8	2	0	21	0	0
79	9	1	1	14	1	0
80	10	2	0	20	0	0
81	9	1	1	15	1	0
82	10	2	0	23	0	0
83	9	1	1	15	1	0
84	10	1	0	18	0	0
85	9	1	0	17	0	0
86	9	2	0	19	0	0
87	10	1	1	15	1	0
88	10	1	0	22	0	0
89	8	1	1	14	1	1
90	9	2	0	17	0	0
91	10	1	0	24	0	0
92	9	1	0	21	0	0
93	10	2	1	15	1	1
94	11	2	1	18	1	0
95	9	2	0	19	0	0
96	10	1	1	16	1	1



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



ARTÍCULO
PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y SU INFLUENCIA EN LA
ARTICULACIÓN DEL HABLA EN NIÑOS DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ
GALVEZ JULIACA 2024

PRESENTADO POR:
BACH. PAOLA ELIZABETH NEYRA ONQUE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
CIRUJANO DENTISTA




DR. EDUARDO LUJÁN URVIOLA
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
JULIACA – PERÚ
2026



**PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y SU INFLUENCIA EN LA
ARTICULACIÓN DEL HABLA EN NIÑOS DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ
GALVEZ JULIACA 2024.**

*PREVALENCE OF ANKYLOGLOSIA AND ITS INFLUENCE ON SPEECH
ARTICULATION IN CHILDREN JOSÉ GALVEZ
EDUCATIONAL INSTITUTION
JULIACA 2024.*

Neyra Onque Paola Elizabeth¹
Facultad de Odontología

Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez
Juliaca, Perú

RESUMEN

Objetivo: Determinar la influencia de la prevalencia de anquiloglosia en la articulación del habla en niños de la Institución Educativa José Galvez Juliaca 2024. Materiales y métodos: Enfoque cuantitativo, tipo prospectivo, transversal, observacional, nivel explicativo, diseño no experimental, método cuantitativo. La muestra fue censal, 96 niños de 6 a 9 años. La técnica la observación. Los instrumentos guía de observación y el Test de articulación a la repetición (TAR). Resultados: el 71.88% de niños presentaron anquiloglosia, de ellos el 84.06% presentaron anquiloglosia clase I (leve), el 15.94% clase II (moderada). Sobre la presencia de anquiloglosia y dislalia, del 53.13% de niños que no presentaron dislalia, el 26.04% no presentaron anquiloglosia y 27.08% si presentaron. Del 39.58% de niños que presentaron dislalia en fonemas; el 38.54% presentaron anquiloglosia. Del 4.17% de niños que presentaron dislalia en dífonos consonánticos; 3.13% presentaron anquiloglosia. Del 3.13% de niños que presentaron dislalia en palabras polisilábicas, todos presentaron anquiloglosia. La clase de anquiloglosia no influye significativamente en la dislalia de niños de 6 años $p=1.0000$, 7 años, $p=0.1635$, 8 años, $p=0.5222$, 9 años $p=0.0549$, 10 años $p=0.2005$, 11 años $p=1.0000$. Con respecto a la dislalia según la clase



de anquiloglosia, en el género masculino predominó la dislalia en fonemas y anquiloglosia leve (Clase I) en 38.24% y en niñas en 42.86%. A la prueba de Ji-cuadrado $p=0.0000$ (presencia anquiloglosia), $p=1.0000$ (edad), $p=0.0224$ (género femenino). Conclusión: La prevalencia de anquiloglosia influye significativamente en la articulación del habla en niños.

Palabras clave: anquiloglosia, prevalencia, pruebas de articulación del habla.



ABSTRACT

Objective: To determine the influence of the prevalence of ankyloglossia on speech articulation in children at the José Galvez Juliaca 2024 Educational Institution. **Materials and methods:** Quantitative approach, prospective, cross-sectional, observational type, explanatory level, non-experimental design, quantitative method. The sample was census-based, 96 children aged 6 to 9 years. The technique was observation. The observation guide instruments and the Repetition Articulation Test (TAR). **Results:** 71.88% of children had ankyloglossia, of which 84.06% had class I ankyloglossia (mild), 15.94% class II (moderate). Regarding the presence of ankyloglossia and dyslalia, of the 53.13% of children who did not have dyslalia, 26.04% did not have ankyloglossia, and 27.08% did. Of the 39.58% of children who presented phonemic dyslalia, 38.54% had ankyloglossia. Of the 4.17% of children who presented consonant dyslalia, 3.13% had ankyloglossia. Of the 3.13% of children who presented dyslalia in polysyllabic words, all presented ankyloglossia. The type of ankyloglossia does not significantly influence the dyslalia of 6-year-old children ($p=1.0000$), 7-year-olds, $p=0.1635$, 8-year-olds, $p=0.5222$, 9-year-olds, $p=0.0549$, 10-year-olds, $p=0.2005$, and 11-year-olds, $p=1.0000$. Regarding dyslalia according to the type of ankyloglossia, dyslalia in phonemes and mild ankyloglossia (Class I) predominated in males (38.24% of cases), and in girls (42.86%). Chi-square test showed $p=0.0000$ (presence of ankyloglossia), 1.0000 (age), $p=0.0224$ (females). **Conclusion:** The prevalence of ankyloglossia significantly influences speech articulation in children.

Keywords: ankyloglossia, prevalence, speech articulation tests



I. INTRODUCCIÓN

El desarrollo del lenguaje oral en los primeros años de vida es un proceso complejo que depende de múltiples factores anatómicos, neurológicos, funcionales y sociales. Dentro de los aspectos anatómicos, la lengua cumple un papel fundamental en la producción de los sonidos del habla, ya que interviene directamente en la articulación de fonemas al modificar la posición, presión y contacto con otras estructuras orales. Cualquier alteración en su movilidad puede comprometer este proceso, como ocurre en el caso de la anquiloglosia, también conocida como frenillo lingual corto. (1)

La anquiloglosia es una condición congénita caracterizada por una inserción anormalmente baja o una extensión limitada del frenillo sublingual, lo que restringe la movilidad de la lengua. Aunque en algunos casos puede pasar desapercibida, cuando la limitación es significativa puede generar dificultades en funciones esenciales como la succión, deglución, masticación y, en particular, en la articulación del habla. Los niños afectados por esta alteración pueden presentar dificultades para emitir ciertos fonemas, como /r/, /l/, /s/, entre otros, generando así distorsiones o sustituciones que afectan la claridad y fluidez del lenguaje verbal. (2)

Diversos estudios han señalado la importancia de un diagnóstico temprano de esta condición, dado que su intervención oportuna ya sea a través de terapia miofuncional o procedimientos quirúrgicos como la frenotomía, puede mejorar considerablemente las funciones orales y prevenir trastornos articulatorios persistentes. No obstante, en muchos contextos escolares y familiares, la anquiloglosia sigue siendo subdiagnosticada, especialmente cuando no se presenta con dificultades evidentes desde el nacimiento, como problemas en la lactancia.

En el contexto local, es escasa la información sistematizada sobre la prevalencia de anquiloglosia y su impacto en el desarrollo del lenguaje infantil. En instituciones educativas como la I.E. José Galvez de Juliaca, no siempre se cuenta con mecanismos de tamizaje o seguimiento fonológico que permitan identificar a tiempo a los niños con limitaciones en la movilidad lingual. Esta situación puede afectar negativamente su proceso de aprendizaje, socialización y autoestima, al enfrentarse a dificultades de comunicación en el entorno escolar.

Por estas razones, la presente investigación tuvo como finalidad determinar la prevalencia de anquiloglosia y analizar su influencia en la articulación del habla en niños de nivel primaria, brindando evidencia que permita visibilizar esta condición, orientar estrategias de detección oportuna y promover una intervención interdisciplinaria entre odontólogos, fonoaudiólogos y docentes.

II. MATERIAL Y MÉTODOS.

Métodos de la investigación

De enfoque cuantitativo.

De tipo prospectivo, transversal, comunicacional, observacional y explicativo.

De nivel explicativo.

De diseño, no experimental.

Población y Muestra

La población la conformaron 96 niños de 6 a 9 años, matriculados en el año 2024 y la muestra fue censal, considerándose a todos los niños en el estudio.

Criterios de Inclusión:

- Niños de 6 a 9 años y de ambos géneros
- Niños que querían participar en el estudio y que sus padres dieron su autorización por escrito.

Criterios de Exclusión:

- Niños mayores de 9 años

- Que sus padres no dieron la autorización para que sus hijos participen del estudio
- Niños con habilidades diferentes.

Técnica e Instrumento

VARIABLE	TECNICA	INSTRUMENTO
Prevalencia de anquiloglosia	Observación	Guía de observación
Articulación del habla	Observación	Test de articulación a la repetición (TAR)

Validez de Instrumentos

Para la variable Prevalencia de Anquiloglosia, se utilizó la guía de observación donde se incluyó la Clasificación de Anquiloglosia según Kotlow. Para la variable Articulación del habla, se utilizó el test de articulación a repetición (TAR) creado por de Edith Schwalm Arteaga (1981) y validado por Maggiolo MA.(49), el cual en su parte final fue modificado y se encuentra validado por expertos.

Recolección de datos

Se solicitó la autorización para la recolección de datos del director de la Institución Educativa, se requirió el consentimiento informado de los padres de familia; posteriormente se obtuvo la medición del

frenillo lingual de los niños, y la aplicación del TAR.

III. RESULTADOS

Tabla n° 3 Presencia de anquiloglosia en niños.

Presencia de anquiloglosia	f	%
No	27	28.13
Si	69	71.88
Total	96	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

La tabla N° 3 muestra la presencia de Anquiloglosia en niños, y en 96 niños, el 71.88% presentaron anquiloglosia, mientras que el 28.13% no presentaron anquiloglosia.

Tabla n° 8 Influencia de la presencia de anquiloglosia en la dislalia en niños.

Presencia de anquiloglosia	Dislalia								Total	
	No presenta		En fonemas		En dífonos consonánticos		En palabras polisilábicas			
	f	%	f	%	f	%	f	%		
No	25	26.04	1	1.04	1	1.04	0	0.00	27	28.13
Si	26	27.08	37	38.54	3	3.13	3	3.13	69	71.88
Total	51	53.13	38	39.58	4	4.17	3	3.13	96	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$\alpha = 0.05$ $gl = 3$ $X^2_c = 24.4250$ $X^2_o = 7.8147$ $p = 0.0000$

La tabla N° 8 muestra la Influencia de la presencia de anquiloglosia en la dislalia en niños, y en 96 niños se halló:

En cuanto a la dislalia de los niños; el 53.13% de los niños no presentaron problemas de dislalia, el 39.58% presentaron dislalia en fonemas, el 4.17% presentaron dislalia en

dífonos consonánticos y el 3.13% presentaron dislalia en palabras polisilábicas.

En lo que concierne a la presencia de anquiloglosia de los niños; el 28.13% no presentaron anquiloglosia y el 71.88% si presentaron anquiloglosia.

Además, del 53.13% de los niños que no presentaron problemas de dislalia; el 26.04% no presentaron anquiloglosia y el 27.08% si presentaron anquiloglosia.

Del 39.58% de los niños que presentaron dislalia en fonemas; el 1.04% no presentaron anquiloglosia y el 38.54% si presentaron anquiloglosia.

Del 4.17% de los niños que presentaron dislalia en dífonos consonánticos; el 1.04% no presentaron anquiloglosia y el 3.13% si presentaron anquiloglosia.

Del 3.13% de los niños que presentaron dislalia en palabras polisilábicas, todos presentaron anquiloglosia.

También, la presencia de anquiloglosia influye significativamente en la dislalia de niños de la I.E. José Gálvez 2024, $p = 0.0000 < 0.05$.

Tabla N° 10 Influencia de la clase de anquiloglosia en la dislalia en niños según la característica personal género.

Género	Clase de anquiloglosia	Dislalia								Total	Nivel p
		No presenta	En fonemas	En dífonos consonánticos	En palabras polisilábicas	f	%	f	%		
Masculino	Clase I	11	32.35	13	38.24	2	5.88	2	5.88	28	82.35
	Clase II	0	0.00	6	17.65	0	0.00	0	0.00	6	17.65
	Total	11	32.35	19	55.88	2	5.88	2	5.88	34	100.00
Femenino	Clase I	15	42.86	14	40.00	1	2.86	0	0.00	30	85.71
	Clase II	0	0.00	4	11.43	0	0.00	1	2.86	5	14.29
	Total	15	42.86	18	51.43	1	2.86	1	2.86	35	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

La tabla N° 10 muestra la influencia de la clase de anquiloglosia en la dislalia en niños según la característica personal género, donde se observó:

Con respecto a la dislalia según la clase de anquiloglosia de 34 niños de género masculino, se presentó con mayor frecuencia la dislalia en fonemas y anquiloglosia leve (Clase I) con el 38.24% (13 niños). Además, la clase de anquiloglosia no influye significativamente en la dislalia de niños de género masculino, $p = 0.1243$.

En lo que refiere a la dislalia según la clase de anquiloglosia de 35 niñas, se presentó con mayor frecuencia niñas sin dislalia y anquiloglosia leve (Clase I), con el 42.86% (15 niños). Además, la clase de anquiloglosia influye significativamente en la dislalia de niñas, $p = 0.0224$.

Tabla N° 11 Influencia de la clase de anquiloglosia en la dislalia en niños de la I. E. José Gálvez.

Clase de anquiloglosia	Dislalia								Total
	No presenta	En fonemas	En dífonos consonánticos	En palabras polisilábicas	f	%	F	%	
Clase I (Leve)	26	37.68	27	39.13	3	4.35	2	2.90	58
Clase II (Moderada)	0	0.00	10	14.49	0	0.00	1	1.45	11
Total	26	37.68	37	53.62	3	4.35	3	4.35	69

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$\alpha = 0.05$ $g = 3$ $X^2 = 9.5700$ $X^2_c = 7.8147$ $p = 0.0226$

La tabla N° 11 muestra la Influencia de la clase de anquiloglosia en la articulación del habla respecto a la Dislalia en niños, y en 69 niños que presentaron anquiloglosia se halló:

Sobre la dislalia de los niños; el 37.68% de los niños no presentaron problemas de dislalia, el 53.62% presentaron dislalia en fonemas, el 4.35% presentaron dislalia en dífonos consonánticos y el 4.35% presentaron dislalia en palabras polisilábicas.

En cuanto a la clase de anquiloglosia de los niños; el 84.06% presentaron anquiloglosia clase I (leve), mientras que el 15.94% presentaron anquiloglosia clase II (moderada).

Además, del 37.68% de niños que no presentaron problemas de dislalia, todos presentaron anquiloglosia clase I (leve).

Del 53.62% de niños que presentaron dislalia en fonemas; el 39.13% presentaron anquiloglosia clase I (leve), mientras que el

14.49% presentaron anquiloglosia clase II (moderada).

Del 4.35% de niños que presentaron dislalia en dífonos consonánticos, todos los niños no presentaron anquiloglosia clase I (leve).

Del 4.35% de niños que presentaron dislalia en palabras polisilábicas, el 2.90% presentaron anquiloglosia clase I (leve), mientras que el 1.45% presentaron anquiloglosia clase II (moderada).

También, la clase de anquiloglosia influye significativamente en la dislalia de niños de la I.E. José Gálvez, $p = 0.0226 < \alpha = 0.05$.

IV. DISCUSIÓN

El presente estudio evidenció una elevada prevalencia de anquiloglosia en niños de la Institución Educativa José Gálvez de Juliaca, encontrándose que el 71.88% de los escolares evaluados presentaban algún grado de restricción lingual, siendo el tipo más frecuente la anquiloglosia leve (clase I) en el 84.06%. Estos hallazgos alertan sobre una condición anatómica que, si bien en muchos casos puede parecer leve, adquiere relevancia clínica cuando se relaciona con dificultades en la articulación del habla.

Mediante la aplicación del Test de Articulación por Repetición (TAR), se identificó que el 46.88% de los niños

presentaban algún tipo de dislalia, siendo más frecuentes los errores en la pronunciación de fonemas (39.58%), seguidos por alteraciones en dífonos consonánticos (4.17%) y palabras polisilábicas (3.13%). Esta distribución coincide parcialmente con lo reportado por Lima GG (1), quien también empleó el test TAR y encontró que el 33% de los escolares presentaban dislalia funcional, siendo la afectación más común la dificultad en dífonos consonánticos y vocálicos (33%), además de alteraciones en fonemas consonánticos (17%). En comparación, si bien en el presente estudio la dislalia en fonemas fue más frecuente, ambos trabajos coinciden en que la alteración fonológica más común involucra sonidos consonánticos individuales o combinados, lo que refuerza la sensibilidad del TAR como herramienta diagnóstica en el entorno escolar.

Uno de los hallazgos más relevantes del presente estudio fue la asociación estadísticamente significativa entre la presencia de anquiloglosia y la aparición de dislalia ($p=0.0000$). Se encontró que la gran mayoría de los niños con dislalia en fonemas presentaban también algún grado de anquiloglosia, particularmente de tipo leve. Además, los casos de dislalia en palabras polisilábicas y dífonos consonánticos se



observaron exclusivamente en niños con anquiloglosia, lo que sugiere una relación directa entre la restricción lingual y la dificultad para producir secuencias fonéticas complejas. Estos resultados refuerzan las observaciones de Lima GG, quien concluyó que las dislalias funcionales están estrechamente ligadas a la producción de fonemas afectados por movimientos linguales precisos.

Respecto al tipo de anquiloglosia, en nuestro estudio también se encontró una relación significativa entre la clase de anquiloglosia y la aparición de dislalias ($p=0.0226$), siendo los niños con formas moderadas (clase II) los que presentaban mayor dificultad, especialmente en la pronunciación de fonemas complejos. De forma similar, el estudio de Salazar KL (15) identificó una mayor proporción de dislalia en los niños con anquiloglosia moderada (8.90%) frente a los que tenían anquiloglosia leve (28.90%). Sin embargo, a diferencia de nuestros hallazgos, Salazar KL concluyó que no existía correlación estadística significativa entre anquiloglosia y trastornos del habla ($p=0.2881$). Esta diferencia puede explicarse por el tamaño muestral, los criterios clínicos de evaluación del habla, o la edad de los niños evaluados, factores que varían entre estudios

y pueden influir en la obtención de significancia estadística.

En conjunto, nuestros hallazgos confirman lo descrito por la mayoría de estudios revisados: la anquiloglosia, incluso en su forma leve, puede interferir significativamente en la articulación del habla en la infancia, especialmente en lo que respecta a fonemas complejos o grupos consonánticos. Por ello, es fundamental que tanto el personal de salud como los docentes cuenten con herramientas para identificar esta condición desde edades tempranas y que se promueva una atención interdisciplinaria que integre lo odontológico y lo fonoaudiológico, favoreciendo un desarrollo lingüístico integral en los niños.

V. CONCLUSIONES

PRIMERA: La prevalencia de anquiloglosia influye significativamente en la articulación del habla en niños de la I.E. José Gálvez Juliaca (presencia de anquiloglosia $p=0.0000$, género $p=0.0224$ pero no influye según la edad de los niños $p=0.0000$. (Tabla N°8 y 11)

SEGUNDA: Del 53.13% de niños que no presentaron problemas de dislalia; el 26.04%



no presentaron anquiloglosia y el 27.08% si presentaron anquiloglosia. Del 39.58% de niños que presentaron dislalia en fonemas; el 38.54% presentaron anquiloglosia. Del 4.17% de niños que presentaron dislalia en dífonos consonánticos; el 3.13% si presentaron anquiloglosia. Del 3.13% de niños que presentaron dislalia en palabras polisilábicas, todos presentaron anquiloglosia. Concluyendo que la presencia de anquiloglosia influye significativamente en la articulación del habla respecto a la dislalia de niños, $p=0.0000$. (Tabla N°8)

TERCERA: La clase de anquiloglosia no influye significativamente en la articulación del habla respecto a la dislalia de niños de 6 años $p=1.0000$, de 7 años, $p=0.1635$, de 8 años, $p=0.5222$, de 9 años $p=0.0549$, de 10 años $p=0.2005$ ni en niños de 11 años $p=1.0000$. (Tabla N°9)

CUARTA: La clase de anquiloglosia influye significativamente en la articulación del habla respecto a la Dislalia solo en el género femenino $p=0.0224$. (Tabla N°10)

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Lima GG. La dislalia funcional y su incidencia en la autoestima de los escolares de cuarto año de Educación General Básica de la Unidad Educativa "Pio Jaramillo Alvarado" periodo 2018 [Tesis Pregrado] Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2019. 105p. Available from:

https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/21750/1/GABRIELA_LIMA_OJEDA.pdf

Acuña FA CKCC. Medición de los procesos de simplificación fonológica en niños de 5 a 6 años en una zona altoandina del Perú [Tesis Pregrado] Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019. 38p. Available from: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7314/Medicion_AcunaValencia_Fabiola.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pastrano SI. Condición del frenillo lingual y su relación con el habla en escolares de 6



- 12 años de edad de la Unidad Educativa San Luis Gonzaga [Tesis Pregrado] Ecuador: Universidad Nacional de Ecuador; 2019. 116p. Available from: <https://www.dspace.uce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/2b3be1ca-764f-4c53-8543-6ce09f76226d/content>
- Quizhpi LA. “Prevalencia del trastorno de los sonidos del habla en niños de 6 a 12 años”. [Tesis Pregrado en psicología] Ecuador: Universidad de Cuenca. 2019.37p. Available from: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30216/1/Trabajo de Titulación.pdf>
- Ninahuaman CV. Prevalencia del trastorno de los sonidos del habla en niños de Lima Metropolitana. Lima, 2022 [Tesis Pregrado Licenciado Tecnólogo Médico enTerapia de lenguaje] Lima: Universidad Nacional Federico Villareal. 54p. Available from: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/9064/TESIS_NINAHUAMAN_AGUILAR_CLAUDIA_VERONICA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Santa Cruz G. Características de la producción del habla en niños de 5 a 7años según el frenillo lingual de una institución educativa particular del distrito de Carabayllo, 2021 [Tesis Magister en Fonoaudiología] Lima: Pontifica Universidad Católica del Perú; 2023. 68p [Internet]. Available from: https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/26128/SANTA_CRUZ_VALLADARES_GIULIANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Reddy R, Marudhappan Y, Renuka D NS. Clipping the (tongue) tie. Journal of Indian Society of Periodontology,(2014) 18(3), 395–398. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4095637/>
- Azma E SN. Diode laser application in soft tissue oral surgery. J Lasers Med Sci. 2013 Fall;4(4):206-11. PMID: 25606331; PMCID: PMC4282004. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25606331/>
- Revuelta R. La cavidad bucal del nacimiento a la infancia: Desarrollo, patologías y cuidados. Perinatol Reprod Hum. 2009;23(2):82-89. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip092f.pdf>
- Castro Y. Consideraciones diagnósticas de los frenillos aberrantes. Revisión bibliográfica. Rev. Dental de Chile. 2016; 107 (1): 4-7.



- Castro Y. Tratamiento del frenillo aberrante, frenectomía y frenotomía. Revisión de tema. Revista Nacional de Odontología. 2018;14(26):1-10. Available from: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/2046>
- Jangid K, Alexander AJ, Jayakumar ND, Varghese S RP. Ankyloglossia with cleft lip: A rare case report. J Indian Soc Periodontol. 2015 Nov-Dec;19(6):690-3. doi: 10.4103/0972-124X.162207. PMID: 26941523; PMCID: PMC4753717. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26941523/>
- Guinot F, Carranza N, Veloso A, Parri S V, MM. Prevalencia de anquiloglosia en neonatos y relación con datos auxológicos del recién nacido o con otras malformaciones o enfermedades asociadas. Rev Odontopediatr Latinoam [Internet]. 15 de febrero de 2021;11(1). Disponible en: <https://revistaodontopediatr>.
- O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CPF, Breathnach D, Jacobs SE, Todd DA DP. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3. Art. No.: CD011065. 2017. Available from: https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/downloads/other-nihr-research/cochrane-programme-grants/Frenotomy_for_tongue-tie_in_newborn_infants.pdf
- Power RF MJ. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. Arch Dis Child. 2015 May;100(5):489-94. doi: 10.1136/archdischild-2014-306211. Epub 2014 Nov 7. PMID: 25381293. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25381293/>
- Junqueira MA, Cunha NN, Costa e Silva LL, Araújo LB, Moretti AB, Couto Filho CE SV. Surgical techniques for the treatment of ankyloglossia in children: a case series. J Appl Oral Sci. 2014 Jun;22(3):241-8. doi: 10.1590/1678-775720130629. PMID: 25025566; PMCID: PMC4072276. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25025566/>
- Szucs KA LM. Directrices para la evaluación y el tratamiento de la anquiloglosia neonatal y sus complicaciones en la diada de la lactancia materna. J Hum Lact. 2011. Available from: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/8086/TesisE.F.E.2022.Frenotomia.Mora.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



Mora M. Frenotomía con láser diodo en
pacientes pediátricos con anquiloglosia:
scoping review y serie de casos [Tesis
Especialidad en Estomatología
Pediátrica] México: Universidad
Autónoma de San Luis de Potosí; 2022.
71p. Available from:
[https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/
xmlui/bitstream/handle/i/8086/TesisE.F
E.2022.Frenotomía.Mora.pdf?sequence
=1&isAllowed=y](https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/8086/TesisE.F.E.2022.Frenotomía.Mora.pdf?sequence=1&isAllowed=y)



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital ☒

Fecha de entrega: 09 Enero 2026

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: PAOLA ELIZABETH NEYRA ONQUE
Dirección: JR. PARAGUAY MB8 LTe. 20
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 70123199
Teléfono: 990454656 email: paola.10.no@gmail.com

Nombres y Apellidos:
Dirección:
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°:
Teléfono: email:

Facultad y/o Escuela de Posgrado:

Escuela Profesional o Mención: ODONTOLOGÍA

Título o Grado Académico a optar: ODONTOLOGÍA

Asesor: DR. RILDO PAUL TAPIA CONDORI

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación ☐ Tesis ☒ Trabajo de Suficiencia Profesional ☐ Trabajo Académico ☐

Título: PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y SU INFLUENCIA EN LA
ARTICULACIÓN DEL HABLA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA JOSÉ GALVEZ JULIACA 2024.

Palabras claves, (3 a 5 términos): ANQUILOGLOSIA, PREVALENCIA, ARTICULACIÓN DEL HABLA.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1, 2}?

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

☐ Bachiller ☒ Título ☐ 2da Especialidad ☐ Maestría ☐ Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- ☒ Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- ☐ Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- ☐ No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- ☒ Sí autorizo
- ☐ No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

☐ Internacional

☒ Nacional

Línea de investigación: Odontología, Cirugía Oral, Medicina Oral-P31

Firma de Autor



huella digital

09 Enero 2026

Fecha