



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

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

Tesis

Funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente,

Lima 2025

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

Presentado por:

Autor: Quispe Fernández, José Wilson

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8090-8485>

Asesora: Dra. Morante Maturana, Sara Angélica

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9715-728X>

Lima – Perú

2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Quispe Fernández José Wilson, egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Odontología** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación
 “**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SALUD ORAL EN PACIENTES NIÑOS DE UNA CLÍNICA DOCENTE, LIMA 2025**”

Asesorado por el docente: **Morante Maturana Sara Angelica** DNI 10138106 tiene un índice de similitud de (13%) (TRECE PORCIENTO) con código 14912:464239893 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.


Así mismo:

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



.....
 Firma de autor

Nombres y apellidos: Quispe Fernández José Wilson
 DNI: 46893050



.....
 Firma del Asesor

Nombres y apellidos: **Morante Maturana Sara Angelica**
 DNI: 10138106

Lima, 03 de Junio de 2025

Dedicatoria

Dedico esta tesis con mucho cariño a mi hija Valeria Fernanda, mis padres, hermanos y familiares, quienes siempre están conmigo, dándome aliento y soporte para el cumplimiento de mis proyectos. Por su desinteresado esfuerzo que siempre me han brindado a lo largo de mi vida, gracias por todo, familia.

Agradecimiento

Agradezco ante todo a Dios por guiar mis pasos día a día, a mi hija, mis padres y hermanos por darme la confianza de seguir teniendo deseos de superación. A la Dra. Sara Morante Maturana, por su apoyo constante y su asesoría durante el desarrollo de esta tesis y a todas las personas que de alguna u otra manera me guiaron y contribuyeron en mi formación universitaria.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de tablas	¡Error! Marcador no definido.
Indice de gráficos.....	viii
Resumen	ix
Abstract.....	x
Introducción.....	xi
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	¡Error! Marcador no definido.
1.1 Planteamiento del problema	¡Error! Marcador no definido.
1.2 Formulación del problema.....	¡Error! Marcador no definido.
1.2.1 Problema general	¡Error! Marcador no definido.
1.2.2 Problema específicos	3
1.3 Objetivos de la investigación.....	¡Error! Marcador no definido.
1.3.1 Objetivo General.....	¡Error! Marcador no definido.
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación de la investigación	4
1.4.1 Teórica.....	4
1.4.2 Metodológica	4
1.4.3 Práctica	5
1.5 Limitaciones de la investigación	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 Antecedentes de la investigación.....	6
2.2 Bases tóricas	¡Error! Marcador no definido.
2.3. Formulación de hipótesis.....	15
2.3.1. Hipótesis general	15
2.3.2. Hipótesis específicas.....	15
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	17
3.1. Método de investigación.....	17
3.2. Enfoque investigativo:	17
3.3. Tipo de investigación:	17
3.4. Diseño de la investigación:.....	17
3.5. Población, muestra y muestreo	17
3.5.1 Población	17

3.5.2 Muestra	18
3.5.3 Muestreo	18
3.6. Variables y operacionalización.....	19
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	21
3.7.1. Técnica.....	21
3.7.2. Descripción de instrumentos	22
3.7.3 Validación.....	24
3.7.4. Confiabilidad	24
3.8. Procesamiento y análisis de datos	25
3.9. Aspectos éticos	25
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	26
4.1. Resultados.....	26
4.1.1 Contrastación de hipótesis.....	35
4.1.2 Discusión de resultados	38
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42
5.1. Conclusiones.....	42
43REFERENCIAS.....	44
ANEXOS	49
Anexo 1: Matriz de Consistencia.....	50
Anexo 2°: Instrumento de recolección de datos	52
Anexo 3°: Funcionalidad familiar	54
Anexo 4°: Prueba de confiabilidad del instrumento	56
Anexo 5°: Aprobación del Comité de Ética.....	58
Anexo 6°: Consentimiento informado	59
Anexo 7°: Asentimiento informado.....	61
Anexo 8°: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos	62
Anexo 9°: Informe del asesor de Turnitin	63
Anexo 10°: Fotos del procedimiento	64
Anexo 11°: Base de datos.....	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente	29
Tabla 2. Relación entre el funcionamiento familiar y la higiene oral en pacientes niños de una clínica docente	30
Tabla 3. Relación entre el funcionamiento familiar y el índice de caries en pacientes niños de una clínica docente	31
Tabla 4. Tipo de funcionamiento familiar en pacientes niños de una clínica docente según género	32
Tabla 5 Nivel de salud oral en pacientes niños de una clínica docente según género.....	33

INDICE DE GRÁFICOS

Figura 1. Gráfico de columnas de la relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente.....	29
Figura 2. Gráfico de columnas de la relación entre el funcionamiento familiar y la higiene oral en pacientes niños de una clínica docente	30
Figura 3. Gráfico de columnas de la relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo de caries en pacientes niños de una clínica docente	31
Figura 4. Gráfico de columnas del tipo de funcionamiento familiar en pacientes niños de una clínica docente según género	32
Figura 5. Gráfico de columnas del nivel de salud oral en pacientes niños de una clínica docente según género.....	33

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente. El diseño fue no experimental de tipo básico, relacional y corte transversal. La población la integraron los padres de los pacientes niños que se atienden en la Clínica odontopediátrica docente de la UPNW del periodo 2025-I, correspondiente a una muestra de 87 padres o tutores determinado mediante fórmula. El muestreo fue de tipo probabilístico aleatorio simple. Se empleó el ceo-d con el odontograma que registró las piezas cariadas en el paciente niño y el cuestionario de funcionamiento familiar el que tiene 14 interrogantes que se divide en siete dimensiones correspondientes que son: cohesión familiar, armonía familiar, comunicación, permeabilidad familiar, afectividad, roles y adaptabilidad familiar. Con 2 interrogantes por cada dimensión que se enfocan con Escala tipo Likert para que respondan los apoderados o padres para que se logre la evaluación de funcionalidad en familia. Se halló en los resultados que respecto a la relación entre el funcionamiento familiar y la higiene oral en mayoría se aprecia la familia funcional presentan una higiene oral regular en un 20.7% ($n^{\circ}=18$), un coeficiente rho de Spearman igual a 0.126 (Correlación positiva muy baja) y un p-valor = 0.246 ($p>0.05$). Se concluyó que no hubo una relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y la higiene oral en pacientes niños de la clínica docente, aunque se observó una tendencia leve hacia mejor higiene en familias funcionales con un coeficiente de correlación Rho de Spearman igual a 0.132 (Correlación positiva muy baja) y un p-valor = 0.223 ($p>0.05$).

Palabras clave: salud bucal, caries dental, estructura familiar, higiene bucal, índice de higiene oral.

ABSTRACT

The present study aimed to determine the relationship between family functioning and oral health in pediatric patients at a teaching clinic. The design was non-experimental, basic, relational, and cross-sectional. The population consisted of parents of pediatric patients treated at the UPNW Teaching Pediatric Dental Clinic during the 2025-I period, corresponding to a sample of 87 parents or guardians determined by a formula. The sampling was simple random probability. The ceo-d was used with the odontogram that recorded the carious teeth in the child patient and the family functioning questionnaire, which has 14 questions divided into seven corresponding dimensions: family cohesion, family harmony, communication, family permeability, affectivity, roles, and family adaptability. With 2 questions for each dimension that focus on a Likert-type scale for responses by guardians or parents to achieve the evaluation of family functionality. The results showed that regarding the relationship between family functioning and oral hygiene, the majority of functional families had regular oral hygiene (20.7% (n = 18), with a Spearman's rho coefficient of 0.126 (very low positive correlation) and a p-value of 0.246 (p>0.05). It was concluded that there was no statistically significant relationship between family functioning and oral hygiene in child patients at the teaching clinic, although a slight trend toward better hygiene was observed in functional families, with a Spearman's rho correlation coefficient of 0.132 (very low positive correlation) and a p-value of 0.223 (p>0.05).

Keywords: oral health, dental caries, family structure, oral hygiene, oral hygiene index.

INTRODUCCIÓN

En el contexto actual de la salud bucal infantil, es fundamental comprender cómo el funcionamiento familiar influye en los hábitos y condiciones de salud oral de los niños, especialmente en pacientes atendidos en clínicas docentes donde se forman futuros profesionales. La familia, como núcleo principal de socialización, puede determinar prácticas preventivas y conductas relacionadas con el cuidado dental, impactando directamente en la salud oral infantil. El presente estudio tiene como objetivo analizar la relación entre el funcionamiento familiar y la salud oral en pacientes niños de una clínica docente.

Este trabajo considera algunos capítulos donde se describe el contenido:

Capítulo I: En este capítulo se describe la realidad problemática vinculada al funcionamiento familiar y su influencia en la salud oral infantil, enfatizando la importancia de factores familiares en la prevención y desarrollo de enfermedades bucales.

Capítulo II: Se presenta el marco teórico que sustenta el estudio, recopilando investigaciones nacionales e internacionales sobre la relación entre el entorno familiar y la salud bucal en niños.

Capítulo III: En este capítulo se detalla la metodología empleada, incluyendo la población y muestra seleccionada, así como la operacionalización de las variables relacionadas con el funcionamiento familiar y la salud oral.

Capítulo IV: Se exponen los resultados obtenidos, los cuales responden a los objetivos planteados en el estudio mediante análisis estadísticos pertinentes.

Capítulo V: Finalmente, se presentan las conclusiones derivadas de los resultados y las recomendaciones formuladas a partir de la experiencia del investigador para mejorar la salud oral infantil desde una perspectiva familiar.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Debido a esta etiología compleja de la caries dental temprana, los investigadores ahora se están centrando en otros factores de riesgo involucrados, además de las prácticas inadecuadas de alimentación y limpieza oral (1). La magnitud que la caries dental en población infantil plantea como problema de salud pública justifica una mayor investigación sobre la progresión natural de esta enfermedad. Uno de esos factores que podría mediar en la evolución de la caries dental en etapa inicial es el funcionamiento familiar (2).

La cohesión familiar implica un adecuado apoyo entre sus miembros y el buen funcionamiento y las relaciones familiares sólidas son predictores importantes del bienestar general de los niños, lo que influye en su desarrollo físico, social y emocional (3).

El factor del funcionamiento familiar también puede afectar a los problemas de salud del niño, por ejemplo, las caries dentales. Cuando se necesita cubrir requerimientos básicos, alimentos, alojamiento y la seguridad, los niños en edad preescolar dependen totalmente de sus familias. Es preferible que estas familias se esfuercen por crear un entorno propicio que favorezca el bienestar general de sus miembros individuales (2,3).

La evidencia que respalda la asociación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida relacionada con la salud no es considerable. En relación con la caries dental, el funcionamiento familiar puede considerarse un factor de riesgo modificable; puede ser un factor protector en el caso de un buen funcionamiento familiar y, por otro lado, un factor de riesgo en el caso de un mal funcionamiento familiar (4).

El papel de los padres es crucial para manifestar conductas particulares relacionadas con la caries dental temprana, específicamente las prácticas de higiene bucal de los niños y la frecuencia del consumo de azúcar. Junto con el papel parental individual, la buena interacción familiar es vital para crear un entorno saludable que refleje la salud emocional y física del niño (5).

Dentro de la salud bucal las caries no tratadas pueden causar dolor y afectar el estado nutricional y el crecimiento físico. La caries en la primera infancia se mantiene como un problema complejo de salud pública en Malasia que afecta al 75% de los niños en edad preescolar del país, la mayoría de los cuales no reciben tratamiento (6).

Además, este entorno de apoyo y organizado también se refleja en los buenos hábitos de salud bucal de los niños. Estudios previos también exploraron los factores sociales y psicosociales en la salud bucal infantil y encontraron que las relaciones no siempre eran independientes de los factores socioeconómicos (7).

La cohesión familiar implica un adecuado apoyo entre sus miembros y el buen funcionamiento y las relaciones familiares sólidas son predictores importantes del bienestar general de los niños, lo que influye en su desarrollo físico, social y emocional (8).

La evidencia que respalda la asociación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida relacionada con la salud no es considerable. Cuando se quiere asociar el funcionamiento familiar con la caries dental puede considerarse un factor de riesgo modificable; puede ser un factor protector en el caso de un buen funcionamiento familiar y, por otro lado, un factor de riesgo en el caso de un mal funcionamiento familiar (9).

Se cree que unos niveles más elevados de cohesión familiar contribuyen a un comportamiento más adecuado por parte de los niños, reduciendo así la probabilidad de que desarrollen un comportamiento impulsivo y antisocial y tener malos hábitos de salud bucal. Se sabe mucho sobre la etiología de la caries dental y las características individuales que se asocian con ella. Menos comprendido es el efecto de la cohesión familiar de los niños, especialmente en el contexto de relaciones familiares (10).

De manera que considerando la descripción dada de la problemática expuesta se quiere conocer cuál es la relación entre la cohesión de familia y la salud bucal en paciente niños de una clínica docente.

Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente?

1.2.2 Problema específicos

1.- ¿Cuál es la relación entre el funcionamiento familiar y la higiene oral en pacientes niños de una clínica docente?

2.- ¿Cuál es la relación entre el funcionamiento familiar y el índice de caries en pacientes niños de una clínica docente?

3.- ¿Cuál es el tipo de funcionamiento familiar en pacientes niños de una clínica docente según género?

4.- ¿Cuál es el nivel de salud oral en pacientes niños de una clínica docente según género?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente

1.3.2 Objetivo Específicos

1.- Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la higiene oral en pacientes niños de una clínica docente

2.- Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el índice de caries en pacientes niños de una clínica docente

3.- Determinar el tipo de funcionamiento familiar en pacientes niños de una clínica docente según género

4.- Determinar el nivel de salud oral en pacientes niños de una clínica docente según género

1.4 Justificación

1.4.1 Teórica

La influencia familiar es uno de los factores que pueden estar asociados con la salud oral, en la niñez. Las relaciones familiares equilibradas tienen un efecto positivo en el cuidado que los padres ofrecen a sus hijos, lo que puede incrementar conductas saludables en los niños, La salud bucal requiere de varios elementos para ser abordada siendo el funcionamiento familiar un elemento más que podría ser considerado en la literatura relacionada al componente oral. Con lo cual el investigador puede realizar alguna construcción de teorías más especializadas que posibiliten mayor acercamiento con el tema e incluso construir nuevas hipótesis vinculadas a las variables de estudio que puedan ampliar el conocimiento y comprensión de la temática sumando a mayor cantidad de bibliografía especializada de la temática abordada.

1.4.2 Metodológica

Es oportuno que la metodología que se aplique al estudio resulte acorde con los objetivos que se pretende alcanzar, haciéndolo más manejable, entendible y de comprensión sencilla para otros investigadores que tengan acceso a ella. Los instrumentos que se empleen para obtener los datos necesarios, estarán validados y con la confiabilidad requerida antes de su aplicación para medir las variables involucradas en el trabajo a realizar.

1.4.3 Práctica

En el ámbito práctico los resultados del estudio podrán ayudar a mejorar la condición de la salud oral de los niños, en base alguna estrategia a plantear considerando el ámbito familiar y la forma como puede relacionarse con el estado de salud oral. De esa forma se aporta a mejorar condiciones sobre el sistema estomatognático que posee el niño, para cuidar de las estructuras orales, mediante adecuados diagnósticos, tratamientos, que logren mejores pronósticos y el confort del paciente niño. Siendo la búsqueda de logros epidemiológicos orales en niños, aún una labor que interesa a la salud pública oral dentro de la comunidad.

1.5 Limitaciones

Se requirió de un periodo donde pueda consolidarse el estudio para cumplir con todas las partes correspondientes al mismo, de manera que se cumpla de forma rigurosa con cada una, siendo proyecto los meses de noviembre del 2024 a mayo del 2025 con el recojo de datos correspondiente, requiriendo emplear un tiempo mayor al planificado debido a inconvenientes personales que tuvo el investigador para cumplimiento riguroso de los tiempos.

El recojo de datos tuvo algunos inconvenientes debido a que algunos participantes no tuvieron la voluntad de participación en el estudio y en otros casos hubo que esperar que terminasen de ser atendidos para que pudiesen llenar el cuestionario.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Kim J, et al. (11) El objetivo del estudio fue examinar la influencia del funcionamiento familiar en la prevalencia de caries dental en niños de 5 a 8 años en Corea del Sur. Se desarrolló un estudio de corte transversal, aprobado por el comité de ética institucional, que incluyó una muestra de 200 escolares y sus respectivas familias. Para evaluar el funcionamiento familiar, se empleó el instrumento Family Assessment Device (FAD), mientras que la evaluación clínica de caries se hizo siguiendo los criterios de la OMS. Los padres firmaron consentimiento informado antes de la recolección de datos. Se emplearon análisis estadísticos como regresión logística y ANOVA para evaluar la asociación entre variables. Los resultados indicaron que los niños que pertenecían a familias con puntuaciones altas en disfunción familiar tenían un riesgo significativamente mayor de presentar caries ($p < 0.05$). Además, se observó que aspectos específicos como la comunicación deficiente y la falta de apoyo emocional se correlacionaban con hábitos deficientes de higiene oral y dietas poco saludables. Concluyeron que el funcionamiento familiar tiene un impacto importante en la salud oral infantil, sugiriendo que intervenciones para mejorar la dinámica familiar podrían contribuir a la prevención de caries dental.

Rodríguez L, et al. (12) analizaron cómo el funcionamiento familiar influye en la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) en niños colombianos entre 4 y 9 años. Realizaron un estudio transversal con 180 niños y sus familias de instituciones públicas y privadas, usando el cuestionario ECOHIS para evaluar la OHRQoL y la escala FAD para el funcionamiento familiar. El protocolo fue aprobado por un comité de ética institucional y se solicitó consentimiento informado. Los datos se analizaron mediante regresión lineal múltiple para identificar asociaciones entre variables. Los resultados mostraron que un

funcionamiento familiar positivo —caracterizado por buena comunicación y cohesión— se asociaba con mejores puntajes de calidad de vida oral, mientras que familias con disfunción mostraban niños con peor percepción y mayor impacto de problemas dentales en sus actividades diarias ($p=0.02$). Además, la caries dental moderaba la relación entre funcionamiento familiar y calidad de vida. Se concluyó que fortalecer la dinámica familiar es fundamental para mejorar la experiencia y bienestar oral de los niños.

Bial S, et al. (13) tuvieron el propósito de la investigación consistió en analizar la acción del funcionamiento familiar sobre la calidad de vida asociada con la salud bucodental (OHRQoL) y la situación de caries en la población de niños en Malasia, en las edades de cuatro a seis años. Fue de tipo transversal revisada y aprobada por un comité de ética de la universidad. Un grupo de 180 niños de nivel preescolar de una institución particular. Las herramientas del estudio incluyeron datos demográficos, formulario de datos clínicos de salud bucal, la Escala de Impacto de la Salud Oral en la Primera Infancia (ECOHIS) y funcionamiento familiar: subescala de funcionamiento general de 12 ítems. Se tuvo que solicitar consentimiento de forma escrita previo a recopilar la información. Los parámetros de las pruebas usadas fueron la prueba t y ANOVA evaluando relaciones. En los resultados: Se logró una tasa de respuesta del 80,5%. El promedio para puntajes de FAD-GF12 fue menor a 2, indicando un funcionamiento con normalidad. La media de las puntuaciones de ECOHIS fue de 0,52 (DE=0,68). En la sección de impacto de los niños se observó la puntuación más alta de impactos 20 seguida de la sección de impacto familiar con la puntuación de 12. Se observó que los niños con caries dentales tenían una significativa ($p=0,014$) impacto negativo en la CVRSO (media 0,72, DE=0,50) en comparación con los niños sin caries (media 0,34 DE=0,39). Concluyeron que el número de miembros de familia, la asociación del encuestado y la caries dental estuvieron asociados de forma

independiente a la calidad de vida, pero no media el funcionamiento familiar con la calidad de vida relacionado con las caries dentales.

García M, et al. (14) analizaron la relación entre el funcionamiento familiar y la ansiedad dental en niños mexicanos de 6 a 10 años. En un estudio transversal con 150 participantes, evaluaron el funcionamiento familiar mediante la escala FACES IV, que mide cohesión y flexibilidad, y la ansiedad dental usando el Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale (CFSS-DS). El estudio fue aprobado por el comité ético local, y se solicitó consentimiento informado. Los datos demográficos, antecedentes dentales y la historia familiar se recogieron a través de cuestionarios estructurados. Las pruebas estadísticas incluyeron correlación de Spearman y regresión múltiple. Los resultados mostraron que los niños pertenecientes a familias con baja cohesión y comunicación deficiente presentaban niveles significativamente más altos de ansiedad dental ($p=0.01$). Además, se detectó que la ansiedad dental se relacionaba con menor frecuencia de visitas al odontólogo y peor higiene oral. Se concluyó que fortalecer las relaciones familiares podría ser clave para reducir la ansiedad dental y mejorar la adherencia a cuidados preventivos en niños.

Smith A, et al. (15) estudiaron la asociación entre el apoyo familiar y los hábitos de higiene oral en una población de niños australianos entre 7 y 12 años. Se diseñó un estudio transversal con 250 niños, quienes junto a sus familias respondieron un cuestionario sobre prácticas de apoyo familiar, comunicación y supervisión parental. Se realizó además examen clínico dental para medir el índice de placa y la presencia de caries. El estudio contó con aprobación ética y consentimiento informado. Se usaron análisis estadísticos descriptivos y pruebas de chi-cuadrado para evaluar las relaciones. Se encontró que los niños que percibían un mayor apoyo familiar tenían significativamente mejores hábitos de cepillado y menor índice de placa ($p<0.001$). Los padres que mostraban mayor involucramiento en la rutina diaria de sus hijos promovían conductas positivas que

prevenían enfermedades bucales. Se concluyó que el ambiente familiar es un factor protector para la salud oral infantil y que las estrategias educativas deben incluir a toda la familia para mejorar los resultados.

Chavez N, et al. (16) analizaron la relación entre la comunicación familiar y los comportamientos de higiene oral en una población de niños peruanos de 5 a 10 años. El estudio transversal contó con 160 niños y sus familias, utilizando la escala FACES III para evaluar comunicación y cohesión familiar, y cuestionarios para medir hábitos de higiene oral y visitas al dentista. Se contó con aprobación ética y consentimiento informado. Se usaron análisis correlacionales y regresiones para examinar asociaciones. Se observó que una comunicación familiar abierta y positiva se relacionó con mejores hábitos de cepillado, mayor frecuencia de visitas dentales y menor incidencia de caries ($p=0.01$). Se destacó que la educación familiar es fundamental para fomentar conductas saludables en los niños.

Fernández M, et al. (17) evaluaron el efecto del ambiente familiar en la prevalencia de gingivitis en niños argentinos entre 7 y 12 años. Se realizó un estudio transversal con 200 niños y sus familias, aplicando el cuestionario FAD para medir funcionamiento familiar y examen periodontal para diagnosticar gingivitis. Se contó con consentimiento informado y aprobación ética. Se emplearon análisis descriptivos y pruebas de asociación. Los niños de familias con buen funcionamiento familiar mostraron menor prevalencia de gingivitis ($p=0.02$). Se atribuyó esto a mejores prácticas de higiene oral en hogares funcionales, mayor supervisión parental y acceso a servicios dentales. Se recomendó que las intervenciones incluyan estrategias familiares para prevenir enfermedades periodontales.

O'Connor M, et al. (18) investigaron el papel del funcionamiento familiar en la percepción del dolor dental y la búsqueda de atención odontológica en niños irlandeses. En un estudio transversal con 190 niños de 6 a 11 años, se utilizó el cuestionario FAD para evaluar la

dinámica familiar y entrevistas estructuradas para evaluar la percepción de dolor y frecuencia de visitas al odontólogo. Se obtuvo aprobación ética y consentimiento informado. Los resultados indicaron que familias con mejor funcionamiento reportaron menores percepciones de dolor dental en sus hijos y mayor probabilidad de acudir oportunamente a consultas odontológicas ($p=0.01$). Se concluyó que un entorno familiar saludable facilita la atención temprana y el manejo adecuado del dolor, mejorando la salud oral infantil.

2.2 Base teórica

La funcionalidad familiar

Esta caracterizada por la descripción del sistema de familia que realiza la transformación en un ente vivo, independiente y le otorga la distinción de la mera suma de sus elementos (18).

El funcionamiento o funcionalidad familiar se refiere al conjunto de interacciones personales que surgen en cada familia y que le otorgan una identidad propia. Además, se podría afirmar que es el conjunto de emociones, acciones y conductas que manifiestan el sentimiento de familia de todos y cada uno de los integrantes (18).

Los grupos familiares funcionales son las que se mantienen en balance, una adecuación en el grupo familiar, desempeñando la función con ninguna dificultad ni debilidades, donde todos laboran, se forman y aportan positivamente al grupo familiar (18,19). La funcionalidad familiar debe también inculcar hábitos de salud, los valores, tales como higiene oral, higiene corporal, desarrollo, crecimiento físico, psicológico y personalidad; y esto depende, de si la familia es disfuncional o funcional, la emoción y sentimiento puede ser expresado sin problemas y es en este punto donde el individuo da respuesta sobre sus actos (19).

Basándonos en lo anterior, el funcionamiento familiar se refiere al conjunto de acciones, decisiones, conductas y emociones orientadas a evidenciar la unidad y pertenencia familiar entre todos los integrantes (20).

La disfuncionalidad familiar

Se refiere a una serie de conductas desadaptadas e inadecuadas que se pueden notar en cada integrante de la familia, de forma constante generando un entorno alterado, estas familias no logran cubrir las necesidades básicas, emocionales y físicas, las cuales se convierten a disfuncionales, cuando no respetan su identidad, función y pierden completamente la armonía y la relación con los miembros, generando costumbres perjudiciales como la pérdida total del cuidado personal y oral, también la pérdida de sus valores y no expresan sus sentimientos; no se puede tener una comunicación clara, los padres abandonan su función de tutores y los hijos se aprovechan de esto, provocando disputas, discusiones o una protección excesiva de parte de los padres (20-22).

Funciones de la familia

Estos son variados y satisfacen las necesidades fundamentales de una familia como la nutrición, alojamiento, ropa, atención médica. Entre las que destacaremos, una es la función psicológica que fomenta las habilidades emocionales y conductuales durante la infancia y la adolescencia. Otra es la función educativa que educa individuos con valores y principios como calidad de vida, salud, cultura y conducta (22,23). La función económica posee la habilidad de generar y cubrir las necesidades fundamentales de salud oral y general. Además, el papel de colaboración y cuidado contribuye a preservar la unidad familiar, la protección de esta y el respaldo recíproco. La función de protección se utiliza para proteger a la familia, los niños, personas mayores y enfermos. Finalmente, el papel social consiste

en el desarrollo de la conducta familiar ante la sociedad, se aprecia la función de cada uno de sus miembros y se socializan para atraer a nuevos miembros a la familia (24).

El rol de la familia en el desarrollo del niño

Esto provoca al infante un desarrollo funcional o disfuncional a medida que se vuelve adulto. Respecto a las familias amplias como abuelos, tíos, primos, la familia completa y si por algún motivo no está presente el padre o madre, los responsables del niño o adolescente son sus parientes cercanos, estableciéndose nuevas relaciones familiares, nuevos valores, costumbres, tradiciones, creencias, y el niño se desarrollará a través de buenas o malas relaciones sociales, interpersonales y de salud (25,26).

Requisitos para que exista funcionalidad familiar

Para que se establezca una funcionalidad en la familia, donde se satisfagan sus necesidades espirituales, físicas y materiales, se solucionen las dificultades que surjan, es necesario preservar las relaciones interpersonales. Cada individuo debe poseer una identidad personal que se vincule con la identidad familiar y entre sí adquiriendo experiencias nuevas, es necesario promover la identidad sexual, con el fin de generar en un futuro nuevas identidades sexuales, generando un entorno saludable y asumir la responsabilidad de manera individual. Y manejarse de forma eficaz en el entorno físico y social, deben tener la habilidad de resolver las crisis que experimenta la familia de forma saludable (27).

Impacto de la función de familia y caries

La caries es asunto de salud que impacta a los individuos sin interesar su sexo, edad o estatus social. La caries puede provocar dolor, pérdida de funcionalidad y una reducción en la calidad de vida. La caries está vinculada a elementos como la alimentación, la condición socioeconómica, el modo de vida, entre otros. A todo esto, se añaden otros elementos sociales a los factores que influyen en la salud, incluido la disfuncionalidad familiar (27,28).

Aunque los elementos sociales no son elementos específicos que influyen en el comienzo de la caries, se enfatiza que, en caso de ser influyentes, pueden fluctuar entre una población y otra y entre una persona y otra (28).

Salud oral

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud bucal se concibe como la ausencia de infecciones, dolor orofacial, lesiones ulcerativas, cáncer, caries, enfermedades periodontales, pérdida dentaria y otras patologías o trastornos que alteran la función masticatoria, la articulación del habla y la capacidad de sonreír, repercutiendo negativamente en el bienestar psicosocial. Asimismo, la Asamblea General de la Federación Dental Mundial amplía esta definición al considerar la habilidad de comunicarse, percibir aromas y sabores, explorar sensorialmente, masticar, deglutir y expresar emociones mediante gesticulación facial, todo ello en ausencia de dolor y sin afecciones que comprometan la estructura craneofacial, en un estado de completo bienestar (29).

La caries es una afección muy común, su causa es multifactorial y consigue manifestarse a comienzos de la erupción dental, impactando la salud del individuo. El análisis del peligro de caries posibilita prever su progreso tanto individual como comunitario, lo que facilita la clasificación de tratamientos curativos y preventivos. Por ejemplo, implementar algún programa para quienes poseen alto riesgo, emplear elementos terapéuticos y entender las fases de crisis y remisión (30).

La salud oral está emparentada de forma directa con el binomio salud enfermedad que ha sido marcado por el pensamiento científico y filosófico, un enfoque que está limitado a un esquema médico. La salud oral adopta un, marco biológico, que examina desde los problemas bucodentales sin hacer referencia a los factores de orden social y de manera

general a la salud, esto se debe al modelo biomédico predominante, que está impactado elementos de reflexión (29,30).

El estándar de vida en la salud pública es un elemento crucial, por lo que su relación con la salud oral se utiliza para la valoración integral, considerando no solo los aspectos clínicos sino también el conocimiento del individuo en relación con su salud bucal (31).

Factores familiares relacionados con la caries dental

Varios estudios corroboran que la salud oral comienza en el hogar y durante la fase de la infancia. Para que esto ocurra, es crucial considerar que los saberes, posturas y hábitos de salud oral de los padres están estrechamente vinculados con la salud oral de los hijos. En este contexto, por ejemplo, el ser de un estrato socioeconómico bajo, la escasez de educación y el desempleo de los padres poseen una estrecha relación (32).

Otros elementos que afectan la salud oral de los menores incluyen la ausencia de padres y la inevitable asignación a los abuelos o cuidadores de la atención de los niños, además del descuido físico. Las dificultades de salud oral de los miembros de la familia también se manifiestan en los hijos, tener más de 4 hijos, probablemente debido a que los padres no son capaces de regular sus hábitos de higiene oral; la disfuncionalidad (principalmente en familias monoparentales) y la estructura familiar aumentan el riesgo y la severidad de que la caries dental se propague a los hijos (31,32).

Factores relacionados con caries durante la adolescencia.

En el transcurso de la adolescencia, existen varios factores que provocan caries, entre los más notables se encuentran las bacterias, los azúcares y la predisposición individual; para evitar la lesión cariosa se emplea flúor, estrategias de alimentación, la higiene bucal y el tratamiento de las afecciones. Los siguientes son los elementos de riesgo:

Hábitos alimentarios incorrectos: tales como los dulces, consumo excesivo de azúcares, bebidas con azúcar (33).

Higiene oral: hay un déficit en la higiene dental por parte de los padres y familiares, ausencia de cooperación del adolescente y cambios en la forma.

Bajo índice socioeconómico: Se relaciona con una mala práctica de higiene, la baja educación de los progenitores y en adolescentes el aumento de caries con limitadas oportunidades sociales, y podría estar relacionado con un acceso difícil a los servicios de salud oral (32,33).

2.3 Formulación de Hipótesis

2.3.1 Hipótesis General

Ha: Existe relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente

Ho: No existe relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente

2.3.2 Hipótesis específicas

Hipótesis específica N ° 1

Ha: Existe relación entre el funcionamiento familiar y la higiene oral en pacientes niños de una clínica docente

Ho: No existe relación entre el funcionamiento familiar y la higiene oral en pacientes niños de una clínica docente

Hipótesis específica N ° 2

Ha: Existe relación entre el funcionamiento familiar y el índice de caries en pacientes niños de una clínica docente

Ho: No existe relación entre el funcionamiento familiar y el índice de caries en pacientes niños de una clínica docente

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación

Se consideró el hipotético deductivo, en base a el planteamiento de hipótesis construyendo teorías fundamentadas en ciencia y con empleo siempre de la observación (34).

3.2 Enfoque de la investigación

Se atribuyó al enfoque cuantitativo, que usa información y análisis numérico, fundamentado sobre la estadística para hallar posibles significancias presentes en el estudio (34).

3.3 Tipo de investigación

Correspondió a la básica, la cual busca incremento de conocimiento acerca del tema en cuestión, dejando de lado el ámbito práctico (34).

3.4 Diseño de investigación

No Experimental, debido a que solo se observó la ocurrencia del fenómeno, no se intervino en él y describe caracteres propios del fenómeno (35).

3.4.1 Corte: Transversal, con necesidad de medir por única vez las variables del estudio (35).

3.4.2 Alcance: Relacional, se buscó conocer relación inferencial entre variables (35).

3.5 Población, Muestra y Muestreo

Población:

La integraron los padres de los pacientes niños que se atienden en la Clínica odontopediátrica docente de la UPNW del periodo 2025-I, correspondiente a 112 padres.

Muestra:

Se obtuvo de aplicar una fórmula para población finita,

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

En la cual:

N= 112 Total población)

Z= 1.96 (teniendo un 95% de seguridad)

P= proporción que se espera (corresponde 5% = 0.5)

Q= complementariedad de p (0,5)

d=precisión

n= muestra

n= 87

Muestreo:

Correspondió al probabilístico aleatorio simple, donde cada integrante tuvo la posibilidad que se le elija, resultando el más exacto de los muestreos (35).

Criterio de inclusión:

- Padres que firmen el consentimiento informado
- Padres de niños que solo se atiendan en la clínica docente odontopediátrica
- Padres de niños de ambos géneros

Criterios de exclusión

- Padres de niños que no llenen el consentimiento informado
- Padres que no completen todo el cuestionario
- Padres de no permitan realizar la revisión clínica oral del niño

3.6 Matriz y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala Valorativa
Funcionamiento familiar	Situación de dinamismo la cual se va a reflejar en una asociación entre los integrantes de un núcleo familiar. (18).	Será representada de acuerdo con su clasificación, la cual incluye: familia nuclear, monoparental, ensamblada y extensa.	Cohesión familiar	Pgta 1 y 8	Ordinal	Familia funcional
			Armonía familiar	Pgta 2 y 13		57 a 70 pts
			Comunicación	Pgta 5 y 11		Familia moderadamente funcional
			Permeabilidad familiar	Pgta 7 y 12		43 a 56 pts
			Actividad	Pgta 4 y 14		Familia disfuncional
			Roles	Pgta 3 y 9		28 a 42 pts.
			Adaptabilidad familiar	Pgta 6 y 10		Familia severamente disfuncional
			14 a 27 pts			

Salud oral	Historia de la condición oral de un niño que se manifiesta sobre valores de caries dental e índice de higiene oral respectiva (32).	Historial acerca de la caries dental y su estado y recuento de placa bacteriana	Índice de caries	Muy bajo (0.0-1.1) Bajo (1.2-2.6) Moderado (2.7-4.4) Alto (4.5-6.5) Muy alto (6.6 a más)	Nominal	Buena salud bucal: IHOS: de 0.0 a 1.2 ceo-d: de 0.0 a 1.1
			IHO-S	Bueno (0.0 – 1.2) Regular (1.3 - 3.0) Malo (3.3 – 6.0)		Regular salud bucal: IHOS: de 1.3 a 3.0 ceo-d: de 1.2 a 2.6 Mala salud bucal: IHOS: de 3.1 a 6.0 ceo-d: de 2.7 en adelante (moderado a muy alto riesgo de caries)

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

Para posibilitar la medición de las variables se recurrió al uso de dos técnicas:

Técnica de la encuesta, mediante la cual se pretendió obtener información con preguntas cerradas a los padres o tutores, acerca del funcionamiento familiar.

Técnica de la observación, mediante la que se examinó de manera clínica la cavidad oral de los niños para conocer su estado actual de salud oral.

Procedimiento

1. Se presentó el proyecto para su aprobación por la coordinación de investigación de la EAP de odontología.
2. Se solicitó asesor metodológico a la Oficina de Grados y títulos
3. Se levantaron las observaciones por parte del asesor para luego presentar la documentación al Comité de Ética
4. Con el proyecto aprobado se procedió a la recolección de la muestra
5. Se realizó la coordinación con la EAP de odontología y docentes encargados para poder aplicar la encuesta
6. Previo se les explicó a los tutores y apoderados la finalidad del estudio, así como la libre participación en él.
7. Se le dio a los padres el consentimiento informado para su firma y luego el cuestionario correspondiente hasta completar la muestra. Se dispuso de unos 10 minutos para el llenado de cada encuesta y luego se realizó el examen clínico de los niños para conocer el estado de salud oral correspondiente.
8. Se procedió a registrar los datos generales de cada niño, incluyendo nombre completo, edad, sexo, institución educativa y la fecha de la evaluación. Seguidamente, se realizó un examen clínico intraoral para evaluar el Índice de Higiene Oral Simplificado

- (IHOS), observando seis dientes representativos (incisivo superior derecho, primeros molares superiores e inferiores y el incisivo inferior izquierdo). Para cada diente, se inspeccionaron las superficies vestibulares y linguales, registrando la presencia de placa bacteriana y cálculo dental según la escala establecida (0 a 3 puntos por cada parámetro). Una vez recolectados estos datos, se calculó el promedio del IHOS por cada niño, clasificando su higiene oral como buena (0.0 a 1.2), regular (1.3 a 3.0) o mala (3.1 a 6.0).
9. Posteriormente, se evaluó el índice ceo-d en la dentición temporal, identificando y registrando en cada diente temporal las superficies cariadas, obturadas y perdidas por caries. La suma de estos valores permitió determinar el ceo-d individual, que luego fue clasificado como buena salud bucal (0.0 a 1.1), regular (1.2 a 2.6) o mala (2.7 en adelante), de acuerdo con los estándares internacionales.
 10. Finalmente, se consignaron observaciones adicionales, tales como presencia de manchas blancas, hipoplasias, flujo salival y cualquier otra condición clínica relevante. Con toda esta información, se elaboró una base de datos para el análisis estadístico y se generaron conclusiones respecto al estado de salud bucal infantil en la población estudiada, proporcionando evidencia para la planificación de programas de prevención y promoción de la salud dental en niños de este grupo etario.

3.7.2 Descripción de instrumentos

Para la variable salud bucal:

Se consideró dos indicadores clave: el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) y el índice de caries en dientes temporales (ceo-d). En la sección de datos generales, se consignaron la identificación del niño, incluyendo nombre, edad, sexo, institución educativa y fecha de la evaluación.

A continuación, se incluyeron la evaluación del IHOS, que permitió estimar la cantidad de placa bacteriana y cálculo dental presentes en dientes seleccionados de la dentición temporal y/o permanente. Se examinaron seis dientes representativos (por lo general el incisivo superior derecho, primer molar superior derecho e izquierdo, incisivo inferior izquierdo y primeros molares inferiores derecho e izquierdo), registrando la cantidad de placa y cálculo en cada uno, con puntajes que oscilan de 0 a 3. La suma de estos puntajes se promedió para obtener el IHOS final. Según este valor, la higiene oral se clasifica como buena (0.0 a 1.2), regular (1.3 a 3.0) o mala (3.1 a 6.0).

Seguidamente, la ficha incluyó la evaluación del índice ceo-d, el cual midió la experiencia de caries dental en la dentición temporal. Para cada diente temporal, se registraron las superficies afectadas por caries activas (c), superficies obturadas (o) y superficies perdidas por caries (e). La suma de estos valores determina el ceo-d final. De acuerdo con este resultado, la salud dental se clasificó como buena (0.0 a 1.1), regular (1.2 a 2.6) o mala (2.7 en adelante), indicando un riesgo moderado a muy alto de caries.

Para la variable funcionamiento familiar:

Se empleó el cuestionario de funcionamiento familiar el que tiene 14 interrogantes que se dividió en siete dimensiones correspondientes que son: cohesión familiar, armonía familiar, comunicación, permeabilidad familiar, afectividad, roles y adaptabilidad familiar. Con 2 interrogantes por cada dimensión que se enfocan con Escala tipo Likert para que respondan los apoderados o padres para que se logre la evaluación de funcionalidad en familia.

La prueba (FF.SIL) funciona para evaluaciones cuantitativas diagnosticando función de familia, a través de como lo percibe uno de los miembros correspondiente a Perez E, y de la Cuesta D. (36).

De estas corresponde a la dimensión cohesión (Pgta 1 y 8) armonía (Pgta. 2 y 13), comunicación (Pgta. 5 y 11), permeabilidad (Pgta. 7 y 1|2), afectividad (Pgta 4 y 14), Roles (Pgta. 3 y 9) adaptabilidad (Pgta 6 y 10). Su valoración fue: casi nunca: 1 pto, pocas veces: 2 ptos, a veces: 3 ptos, muchas veces: 4 ptos, casi siempre: 5 ptos.

La categorización para el funcionamiento se dará así:

Se categorizaron los niveles de funcionamiento familiar de acuerdo con las puntuaciones obtenidas: se consideró como familia funcional aquella que obtuvo entre 57 y 70 puntos; familia moderadamente funcional, entre 43 y 56 puntos; familia disfuncional, entre 28 y 42 puntos; y familia severamente disfuncional, entre 14 y 27 puntos

3.7.3 Validación

Para el caso de salud oral, la ficha empleada se basó en utilización del ceo-d aplicado en decenas de estudio a nivel nacional, conteniendo el odontograma, el cual tiene validez en diversas investigaciones.

Para el cuestionario sobre funcionamiento familiar La validez se verificó mediante un análisis detallado de los ítems a través del cálculo del Índice de Discriminación (ID), donde se identificaron valores superiores a 0.2, lo que evidenció una alta capacidad discriminativa de los ítems que conforman el instrumento FF-SIL.

En estudios psicométricos con muestras hispanas, la FF.SIL ha mostrado buena validez de constructo, sustentada con análisis factorial exploratorio y confirmatorio, donde las dimensiones teóricas se correlacionan bien con los ítems del cuestionario.

3.7.4 Confiabilidad

Para la salud oral se aplicó la ficha empleada es aceptada por la OMS y el MINSA a nivel nacional y local, en diversos estudios.

Para el funcionamiento familiar se tuvo la evaluación el cuestionario FF-SIL el cual se

analizó aplicando el coeficiente Alfa de Cronbach, que arrojó un valor de 0.833 dando un nivel de confianza elevado, como se refiere en el estudio de Tuco M. (2022) En este estudio se volvió a someter a la prueba de confiabilidad dando un valor de 0.865.

3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos

La información recolectada se trabajó en hoja Excel 2024 para importarse al SPSS versión 27 donde se trabajó las variables asignando codificación y aplicando cruce de tablas para responder al análisis inferencial de las variables con la prueba de Rho de Spearman considerando el $p < 0,005$ para el análisis y las pruebas descriptivas para frecuencias y promedios llevados a gráficas, así como tablas también.

3.9 Aspectos éticos

La realización íntegra de este trabajo tomó en consideración puntos necesarios en las diversas fases que puedan dar garantía de un trabajo serio alineado a las buenas prácticas en investigación. Es así como puede tomarse a consideración los siguientes lineamientos:

Se debe garantizar que el niño participe de forma adecuada según su edad, explicándole de manera sencilla qué se respetó su voluntad y bienestar.

Se protegió la confidencialidad de la información familiar y de salud del menor, evitando cualquier uso indebido o divulgación sin autorización.

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética.

Se actuó con responsabilidad para no generar ansiedad o culpa en los padres o cuidadores al abordar temas relacionados con el funcionamiento familiar y la salud del niño.

Contrastación de Hipótesis

Formulación de Hipótesis general

Ha: Existe relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente.

Ho: No existe relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente.

Nivel de Significancia

Confianza del 95%,

Significancia (α) de 5% = 0.05.

Mediante la prueba de rho de Spearman, se determinó la relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente.

		Coef icien te	Sig. asintó tica
Prueb a de rho de Spear man	Funcionamiento familiar – Higiene oral	0.12 6	0.246
	Funcionamiento familiar – Riesgo de caries	0.13 2	0.223

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

El resultado de la prueba rho de Spearman, indican respecto al funcionamiento familiar y la higiene oral que presentan un coeficiente igual a 0.126 (Correlación positiva muy baja), un p-valor = 0.246 ($p > 0.05$), y en cuanto al funcionamiento familiar y el riesgo de caries presentan un coeficiente igual a 0.132 (Correlación positiva muy baja), un p-valor = 0.223 ($p > 0.05$), por lo tanto se acepta la hipótesis nula es decir **No existe relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente.**

Formulación de Hipótesis específica 1

Nivel de Significancia

Confianza del 95%,

Significancia (α) de 5% = 0.05.

Mediante la prueba de rho de Spearman, se determinó la relación entre el funcionamiento familiar y la higiene oral.

	Coef icien te	Sig. asintó tica
Prueba de rho de Spearman	0.12 6	0.246

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

El resultado de la prueba rho de Spearman, indican respecto a la relación entre el funcionamiento familiar y la higiene oral presentan un coeficiente igual a 0.126 (Correlación positiva muy baja), un p-valor = 0.246 ($p > 0.05$) por lo tanto se acepta la hipótesis nula es decir **No existe relación entre el funcionamiento familiar y la higiene oral en pacientes niños de una clínica docente.**

Formulación de Hipótesis específica 2

Nivel de Significancia

Confianza del 95%,

Significancia (α) de 5% = 0.05.

Mediante la prueba de rho de Spearman, se determinó la relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo de caries.

	Coef icien te	Sig. asintó tica
Prueba de rho de Spearman	0.13 2	0.223

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

El resultado de la prueba rho de Spearman, indican respecto a la relación entre el funcionamiento familiar y riesgo de caries presentan un coeficiente igual a 0.132 (Correlación positiva muy baja), un p-valor = 0.223 ($p > 0.05$) por lo tanto se acepta la hipótesis nula es decir **No existe relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo de caries en pacientes niños de una clínica docente.**

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

Tabla 1. Relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente

		Salud oral		Total	r*	p-valor*
		Buena salud bucal	Regular salud bucal			
Funcionamiento familiar	Familia moderadamente funcional	n	25	10	0.083	0.445
		%	28.7%	11.5%		
	Familia funcional	n	33	19		
		%	37.9%	21.8%		
Total		n	58	29		
		%	66.7%	33.3%	100%	

*Coeficiente rho de Spearman

En la tabla 1 se aprecia la relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente, en mayoría se aprecia la familia funcional presentan una salud bucal regular en un 37.9% (n°=33), seguido de familia moderadamente funcional y buena salud bucal en un 28.7% (n°=25); con un coeficiente de correlación rho de Spearman igual a 0.083 (Correlación positiva muy baja) y un p-valor = 0.445 ($p > 0.05$).

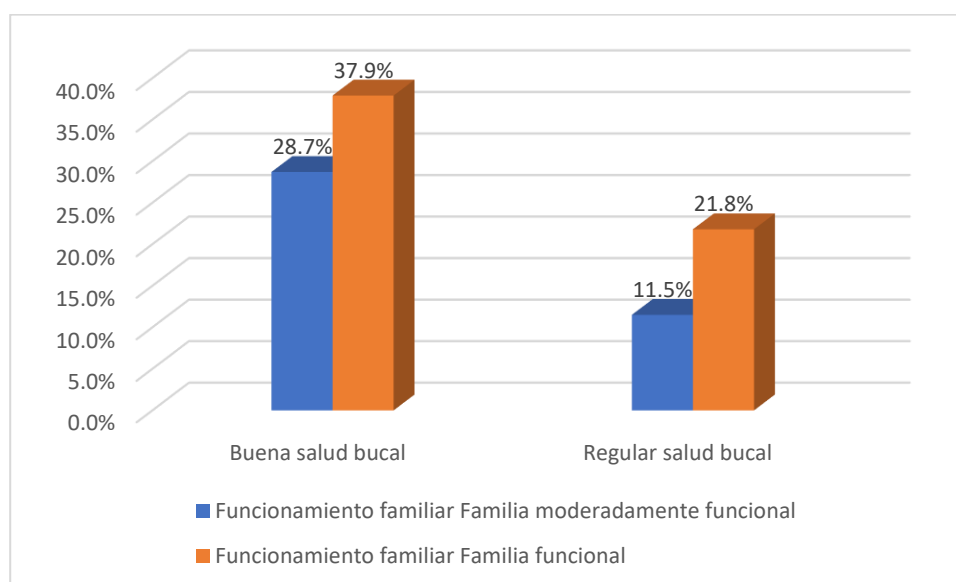


Figura 1. Gráfico de columnas de la relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente

Tabla 2. Relación entre el funcionamiento familiar y la higiene oral en pacientes niños de una clínica docente

		Higiene oral		Total	r	p-valor*	
		Buena	Regular				
Funcionamiento familiar	Familia moderadamente funcional	n	16	19	0.112	0.304	
		%	18.4%	21.8%			40.2%
	Familia funcional	n	18	34			52
		%	20.7%	39.1%			59.8%
Total	n	34	53	87			
	%	39.1%	60.9%	100%			

*Coeficiente rho de Spearman

En la tabla 2 se aprecia la relación entre el funcionamiento familiar y la higiene oral en mayoría se aprecia la familia funcional presentan una higiene oral regular en un 39.1% ($n^{\circ}=34$), seguida de familia funcional moderadamente funcional que presentan una higiene oral regular en un 21.8% ($n^{\circ}=19$); con un coeficiente de correlación rho de Spearman igual a 0.112 (Correlación positiva muy baja) y un p-valor = 0.304 ($p>0.05$).

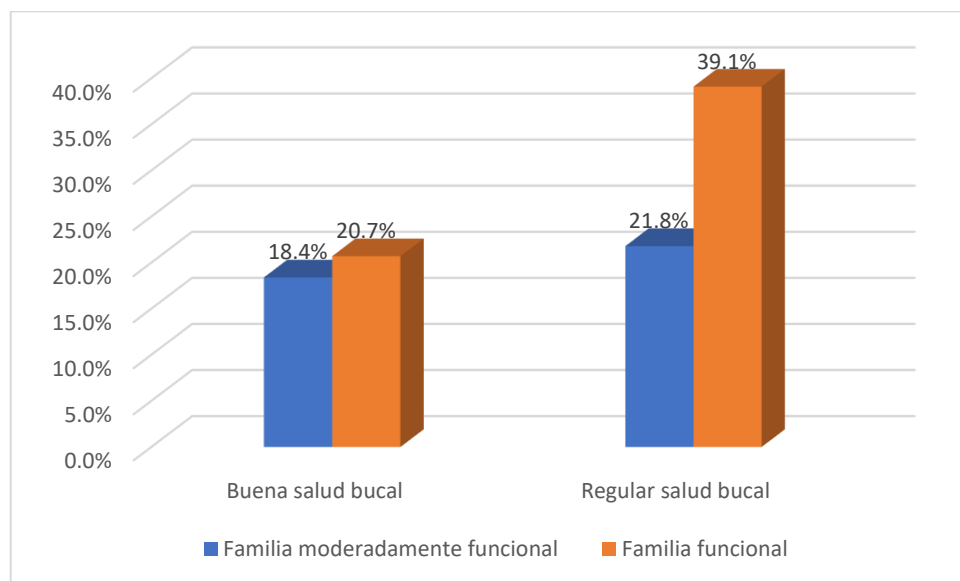


Figura 2. Gráfico de columnas de la relación entre el funcionamiento familiar y la higiene oral en pacientes niños de una clínica docente

Tabla 3. Relación entre el funcionamiento familiar y el índice de caries en pacientes niños de una clínica docente

		Índice de caries			Total	r	p-valor*	
		Muy bajo	Bajo	Moderado				
Funcionamiento familiar	Familia moderadamente funcional	n	24	9	2	35	0.056	0.609
		%	27.6%	10.3%	2.3%	40.2%		
	Familia funcional	n	34	11	7	52		
		%	39.1%	12.6%	8%	59.8%		
Total	n	58	20	9	87			
		%	66.7%	23%	10.3%	100%		

*Coeficiente rho de Spearman

En la tabla 3 se aprecia la relación entre el funcionamiento familiar y el índice de caries en pacientes niños, en mayoría se aprecia familia funcional presentan índice de caries muy bajo en un 39.1% ($n^{\circ}=34$), seguido de familia moderadamente funcional con índice de caries muy bajo en un 27.6% ($n^{\circ}=24$); con un coeficiente de correlación rho de Spearman igual a 0.056 (Correlación positiva muy baja) y un p-valor = 0.609 ($p>0.05$).

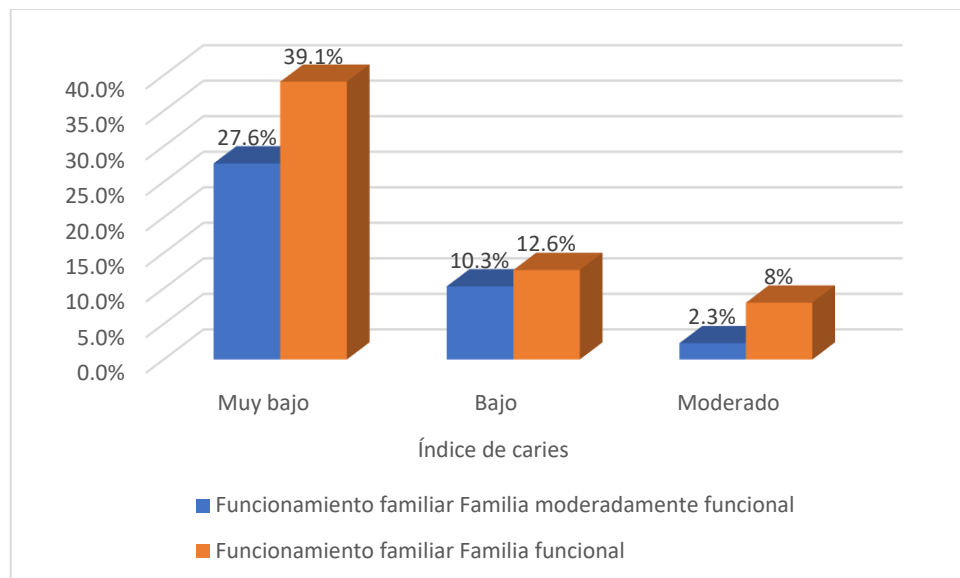


Figura 3. Gráfico de columnas de la relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo de caries en pacientes niños de una clínica docente

Tabla 4. Tipo de funcionamiento familiar en pacientes niños de una clínica docente según género

		Frecuencia	Porcentaje
Femenino	Familia moderadamente funcional	29	37.7%
	Familia funcional	48	62.3%
	Total	77	100%
Masculino	Familia moderadamente funcional	6	60%
	Familia funcional	4	40%
	Total	10	100%

En la tabla 4 se observa el tipo de funcionamiento familiar en pacientes niños de una clínica docente según género, respecto al femenino en mayoría presentan familia funcional en un 62.3% (n°=48), seguido de familia moderadamente funcional en un 37.7% (n°=29); en cuanto al masculino en mayoría presentan familia moderadamente funcional en un 60% (n°=6), seguido de familia funcional en un 40% (n°=4).

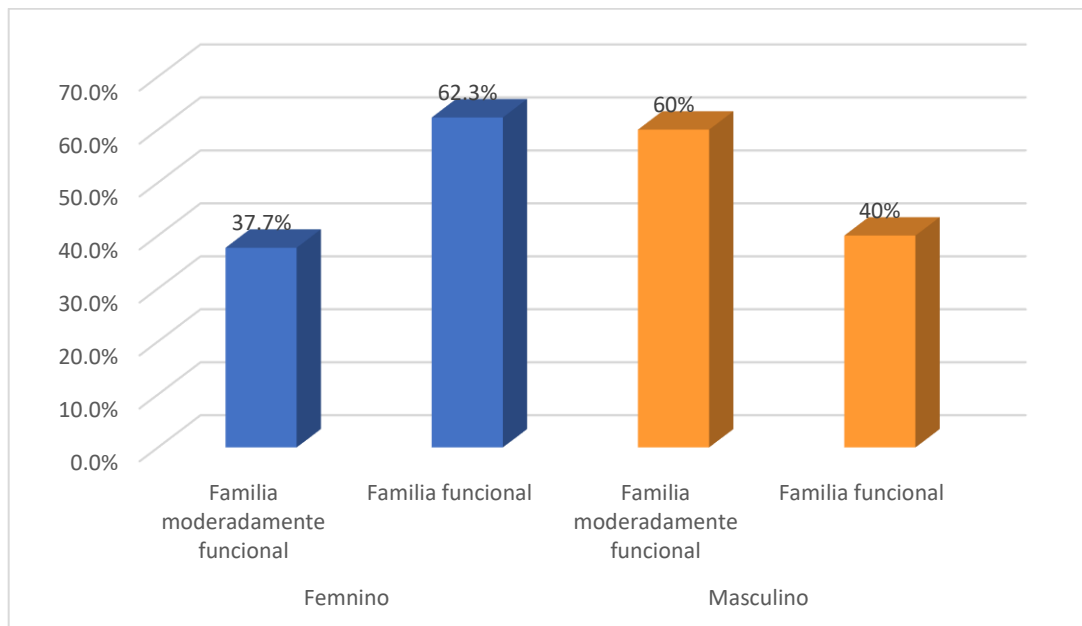


Figura 4. Gráfico de columnas del tipo de funcionamiento familiar en pacientes niños de una clínica docente según género

Tabla 5 Nivel de salud oral en pacientes niños de una clínica docente según género

		Frecuencia	Porcentaje
Femenino	Buena salud bucal	30	69.8%
	Regular salud bucal	13	30.2%
	Total	43	100%
Masculino	Buena salud bucal	28	63.6%
	Regular salud bucal	16	36.4%
	Total	44	100%

En la tabla 5 se aprecia el nivel de salud oral en pacientes niños de una clínica docente según género, en el femenino en mayoría presentan buena salud en un 69.8% (n°=30), seguido de regular salud en un 30.2% (n°=13); en cuanto al masculino en mayoría presentan buena salud en un 63.6% (n°=28), seguido de regular salud en un en un 36.4% (n°=16).

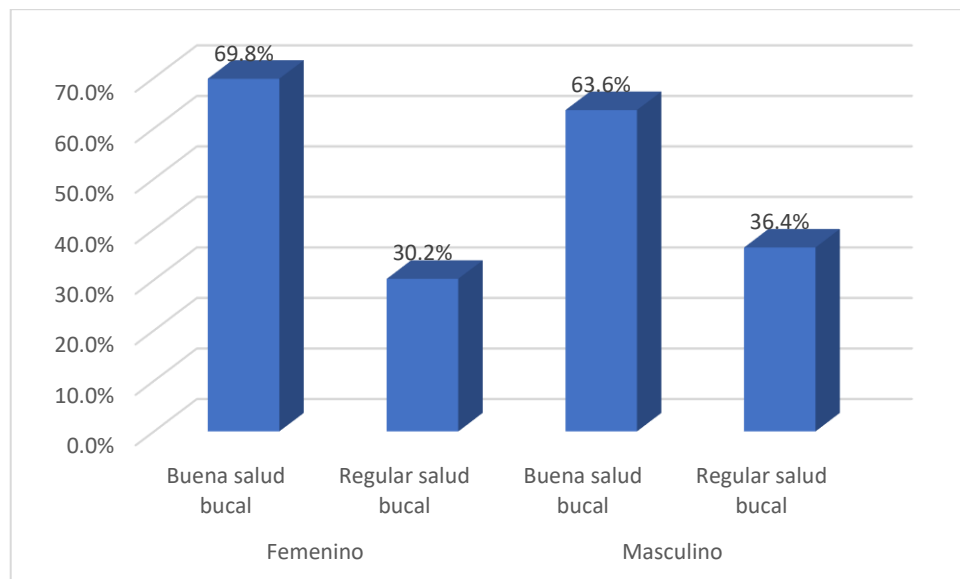


Figura 5. Gráfico de columnas del nivel de salud oral en pacientes niños de una clínica docente según género

Contrastación de Hipótesis

Formulación de Hipótesis general

Nivel de Significancia

Confianza del 95%,

Significancia (α) de 5% = 0.05.

Se determinó la relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente.

		Coeficiente	Sig. asintótica
Prueba de rho de Spearman	Funcionamiento familiar – Higiene oral	0.126	0.246
	Funcionamiento familiar – Riesgo de caries	0.132	0.223

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

El resultado de la prueba rho de Spearman, indican respecto al funcionamiento familiar y la higiene oral que presentan un coeficiente igual a 0.126 (Correlación positiva muy baja), un p-valor = 0.246 ($p > 0.05$), y en cuanto al funcionamiento familiar y el riesgo de caries presentan un coeficiente igual a 0.132 (Correlación positiva muy baja), un p-valor = 0.223 ($p > 0.05$), por lo tanto se acepta la hipótesis nula es decir **No existe relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente.**

Formulación de Hipótesis específica 1

Nivel de Significancia

Confianza del 95%,

Significancia (α) de 5% = 0.05.

Se determinó la relación entre el funcionamiento familiar y la higiene oral.

	Coef icien te	Sig. asintó tica
Prueba de rho de Spearman	0.126	0.246

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

El resultado de la prueba rho de Spearman, indican respecto a la relación entre el funcionamiento familiar y la higiene oral presentan un coeficiente igual a 0.126 (Correlación positiva muy baja), un p-valor = 0.246 ($p > 0.05$) por lo tanto se acepta la hipótesis nula es decir **No existe relación entre el funcionamiento familiar y la higiene oral en pacientes niños de una clínica docente.**

Formulación de Hipótesis específica 2

Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

Se determinó la relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo de caries.

	Coef icien te	Sig. asintó tica
Prueba de rho de Spearman	0.13 2	0.223

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

El resultado de la prueba rho de Spearman, indican respecto a la relación entre el funcionamiento familiar y riesgo de caries presentan un coeficiente igual a 0.132 (Correlación positiva muy baja), un p-valor = 0.223 ($p > 0.05$) por lo tanto se acepta la hipótesis nula es decir **No existe relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo de caries en pacientes niños de una clínica docente.**

4.1.1 Discusión de resultados

En relación con el objetivo general: Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente, En este estudio, la relación entre funcionamiento familiar y la higiene oral también resultó con una correlación positiva muy baja y no significativa (ρ de Spearman = 0.112, $p = 0.304$). Este hallazgo es similar al de O'Connor et al. (2023), quienes tampoco hallaron una asociación significativa entre funcionamiento familiar y percepción de dolor dental, pero difiere de Smith et al. (2021) en Australia, donde se encontró que el apoyo familiar estaba significativamente asociado con mejores hábitos de higiene oral. Asimismo, Chávez et al. (2022) en Perú identificaron que la comunicación familiar influyó positivamente en los comportamientos de higiene oral. La diferencia puede deberse a la metodología empleada o a características demográficas como la edad y el nivel de escolaridad. Este contraste sugiere que la higiene oral puede depender no solo de las dinámicas familiares, sino también de factores educativos, culturales y de acceso a recursos de salud.

Respecto al objetivo específico 1: Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la higiene oral en pacientes niños de una clínica docente, en este estudio, la relación entre funcionamiento familiar y la higiene oral también resultó con una correlación positiva muy baja y no significativa (ρ de Spearman = 0.112, $p = 0.304$). Este hallazgo es similar al de O'Connor et al. (2023), quienes tampoco hallaron una asociación significativa entre funcionamiento familiar y percepción de dolor dental, pero difiere de Smith et al. (2021) en Australia, donde se encontró que el apoyo familiar estaba significativamente asociado con mejores hábitos de higiene oral. Asimismo, Chávez et al. (2022) Smith et al. (2021) en Perú identificaron que la comunicación familiar influyó positivamente en los comportamientos de higiene oral. La diferencia puede deberse a la

metodología empleada o a características demográficas como la edad y el nivel de escolaridad. Este contraste sugiere que la higiene oral puede depender no solo de las dinámicas familiares, sino también de factores educativos, culturales y de acceso a recursos de salud.

Respecto al objetivo específico 2: Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el índice de caries en pacientes niños de una clínica docente, los resultados mostraron una correlación positiva muy baja y no significativa (ρ de Spearman = 0.056, $p = 0.609$), lo que indica que el funcionamiento familiar no tuvo un impacto estadísticamente significativo sobre el índice de caries. Este hallazgo contrasta con Kim et al. (2023), quienes reportaron una relación significativa entre funcionamiento familiar y caries dental en niños coreanos, sugiriendo que el ambiente familiar puede desempeñar un papel clave en la prevención de caries. También difiere de Bilal et al. (2021), quienes hallaron que un funcionamiento familiar positivo se asocia con menor índice de caries y mejor calidad de vida relacionada con la salud oral. Sin embargo, los resultados de este estudio son más similares a los de Fernández et al. (2021) en Argentina, quienes encontraron que el ambiente familiar no mostró una asociación directa significativa con la prevalencia de gingivitis. Estas discrepancias pueden deberse a diferencias en los instrumentos de medición del funcionamiento familiar, las características culturales de cada país y la disponibilidad de programas de salud preventiva.

Respecto al objetivo específico 3: Determinar el tipo de funcionamiento familiar en pacientes niños de una clínica docente según género. en este estudio, se observó que las niñas presentaron principalmente familias funcionales (62.3%), mientras que los varones

mostraron predominio de familias moderadamente funcionales (60%). Estos resultados guardan cierta semejanza con García-Rojas et al. (2022), quienes describieron que las niñas tienden a percibir una mayor cohesión familiar y menos ansiedad dental, lo cual podría relacionarse con una percepción más positiva del funcionamiento familiar. Aunque otros estudios como Bilall et al. (2021) y Smith et al. (2021) no exploraron diferencias por género, el hallazgo de este estudio sugiere que la percepción del funcionamiento familiar podría estar influida por el género, posiblemente debido a factores socioculturales o de socialización.

Respecto al objetivo específico 4: Determinar el nivel de salud oral en pacientes niños de una clínica docente según género, los resultados evidencian que tanto en el género femenino como en el masculino predominó la buena salud oral, aunque ligeramente mayor en las niñas (69.8% frente a 63.6%). Esto coincide con algunos hallazgos de Chávez et al. (2022) y Smith et al. (2021), quienes mencionaron que las niñas suelen mostrar mejores hábitos de higiene oral, posiblemente debido a una mayor preocupación estética o a actitudes más positivas hacia el autocuidado. Sin embargo, Rodríguez et al. (2023) no encontraron diferencias significativas por género en la calidad de vida relacionada con la salud oral, lo que indica que la influencia del género podría estar mediada por factores individuales y contextuales. Este estudio contribuye al debate sobre las diferencias de género en la salud oral infantil, sugiriendo la necesidad de estrategias diferenciadas para promover hábitos saludables según el contexto familiar y cultural.

En conjunto, los resultados de este estudio difieren parcialmente de la mayoría de los estudios revisados, ya que no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y las variables de salud oral analizadas. Las discrepancias

pueden explicarse por factores culturales, contextuales y metodológicos. No obstante, la observación de ciertas tendencias de asociación positiva (aunque débiles) sugiere que el funcionamiento familiar podría tener un papel indirecto o mediado en la salud oral infantil. Este hallazgo destaca la necesidad de futuros estudios con muestras más amplias y enfoques multidimensionales que consideren factores contextuales, conductuales y educativos para fortalecer la comprensión de esta relación.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Primera: No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y la salud oral en niños de la clínica docente, aunque se observó una correlación positiva muy baja, lo que indica que otros factores podrían estar influyendo más directamente en la salud oral.

Segunda: El funcionamiento familiar mostró una asociación positiva pero débil y no significativa con la higiene oral en los pacientes, sugiriendo que el comportamiento de higiene podría depender también de variables externas al entorno familiar.

Tercera: El índice de caries en los niños no presentó una correlación significativa con el tipo de funcionamiento familiar, evidenciando que el entorno familiar funcional o moderadamente funcional no garantiza necesariamente mejores resultados en salud dental.

Cuarta: Según el género, se observó que las niñas tienden a percibir un funcionamiento familiar más funcional en comparación con los niños, quienes reportaron mayormente un funcionamiento moderadamente funcional, lo que podría influir en sus comportamientos y actitudes hacia la salud oral.

Quinta: En cuanto al nivel de salud oral, tanto niñas como niños presentaron predominancia de buena salud, con un ligero mayor porcentaje en niñas, indicando que el género puede jugar un rol en la percepción y cuidado de la salud oral, aunque esta diferencia no fue estadísticamente analizada.

5.2 Recomendaciones

- 1.- Implementar programas educativos y de promoción de salud oral dirigidos a las familias, con énfasis en fortalecer la comunicación, cohesión y roles familiares para favorecer mejores hábitos de higiene oral en los niños.
- 2.- Diseñar intervenciones integrales que consideren no solo el funcionamiento familiar, sino también factores socioeconómicos, acceso a servicios dentales y hábitos dietéticos, para prevenir eficazmente la caries dental en la infancia.
- 3.- Realizar estudios longitudinales con muestras más amplias y variables adicionales como estrés familiar, educación sanitaria y hábitos alimenticios, para entender mejor las múltiples influencias sobre la salud oral infantil.
- 4.- Fomentar estrategias específicas que aborden las diferencias de género en el funcionamiento familiar y nivel de salud oral, promoviendo un cuidado equitativo y adaptado a las necesidades tanto de niñas como de niños.
- 5.- Incorporar a los profesionales de salud bucal en la capacitación y acompañamiento familiar, facilitando un vínculo estrecho entre clínica y hogar que mejore la adherencia a prácticas preventivas y tratamientos odontológicos en los niños.

REFERENCIAS

- 1.- Clarke M, Locker D, Berall G, Pencharz P, Kenny D, Judd P. Malnourishment in a population of young children with severe early childhood caries. *Pediatr Dent*. 2006[citado 14 de noviembre de 2022];28(3):254–9.
- 2.- Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niñas y niños: Guía técnica. MINSA. Lima; 2017
- 3.- Diaz S, Quispe A, Altamirano G, Matta E. Funcionalidad familiar y el estado nutricional en niños menores de 2 años que acuden a un centro de salud en Lima. *Rev Cuid Sal Púb*. 2021 ;1(2):9–15.
- 4.- Restrepo L, Usuga M, Cortes A, Rodríguez J, Ortega J, Roa C, et al. Relación entre determinantes sociales del ámbito familiar y caries dental en niños preescolares de Anapoima, Cundinamarca. *Rev Fac Odont*. 2018;30(1)
- 5.- Terranova A, Viteri A, Mera G, Zoller M. Desarrollo cognitivo y funcionalidad familiar de infantes en las comunidades urbano-marginales de Ecuador. *Rev CS*. 2019;25(1):330–40.
- 6.- Rolón L, Samudio M. Conocimiento, actitud y práctica de los médicos pediatras sobre factores preventivos de la salud oral en la primera infancia. 2022; 41(3):191–200.
- 7.- Vélez V, Villavicencio E, Cevallos S, Del Castillo C. Impacto de la experiencia de caries en la calidad de vida relacionada a la salud bucal; Machángara, Ecuador. *Revista Estomatológica Herediana*. 2019; 29(3):203–12.
- 8.- Lopes RT, Neves E - TB, Dutra LDC, et al. Estado socioeconómico y el funcionamiento familiar influyen en la alfabetización sobre salud bucal entre los adolescentes. *Rev Saude Publica* 2020; 54:30.

- 9.- Firmino RT, Ferreira FM, Martins CC, et al. ¿Es la alfabetización de los padres en salud bucal un predictor de los resultados de salud bucal de los niños? Revisión sistemática de la literatura. *Int J Paediatr Dent* 2018; 28:459–71.
- 10.- Chau YC, Peng SM, McGrath CP, et al. Salud bucal de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad: revisión sistemática y metanálisis. *J Atten Disord* 2020; 24:947–62.
- 11.- Kim J, Lee S, Park H. Influence of family functioning on dental caries prevalence among Korean children aged 5–8 years: A cross-sectional study. *Int J Paediatr Dent*. 2023;33(2):255–63.
- 12.- Rodríguez L, Martínez C, Pérez F. Family functioning and oral health-related quality of life in Colombian children. *BMC Oral Health*. 2023;23(1):114.
- 13.- Bilal S, Mohamed A, NSurvia N, Gohar M, Pau A. Role of family functioning and health-related quality of life in pre-school children with dental caries: a cross-sectional study. Bilal et al. *Health Qual Life Outcomes*. 2021; 19:192
- 14.- García-Rojas MI, Hernández-Guerrero AA, López-Camacho M. Family functioning and dental anxiety in Mexican children aged 6 to 10 years. *Eur J Paediatr Dent*. 2022;23(3):205–10.
- 15.- Smith A, Johnson R, Thompson L. Family support and oral hygiene habits in Australian children aged 7 to 12 years. *J Clin Pediatr Dent*. 2021;45(1):45–50.
- 16.- Chavez N, Flores R, Tapia M. Family communication and oral health behaviors in Peruvian children. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(11):6745.
- 17.- Fernández M, Gómez P, Ruiz A. Family environment and gingivitis prevalence in Argentine children. *Int J Paediatr Dent*. 2021;31(6):862–8.

- 18.- O'Connor M, Walsh C, Byrne P. Family functioning and dental pain perception in Irish children: A cross-sectional study. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2023;24(1):65-71.
- 19.- García, J., Silva, G. y Cartes. Calidad de vida relacionada con salud bucal en niños y ansiedad dental de sus cuidadores. Revisión de la literatura. *KIRU.*2021; 18(2):103---109
- 20.- Ingemansson,A., Brudin, L.& Bågesund, M. Earlychildhood caries risk assessment in 1-year-olds evaluated at 6-years of age. *Rev. Acta OdontologicaScandinavica,*2021; 79:2, 103-111
- 21.- Kavaliauskienė A, Šidlauskas A., Žemaitienė M., Slabšinskienė E., Zaborskis A. Relationships of Dental Caries and Malocclusion with Oral Health- Related Quality of Life in Lithuanian Adolescents Aged 15 to 18 Years: A Cross- Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2020; 17 (11), 4072
- 22.- Reinoso, N. y Del Castillo, C. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de Sayausí, Cuenca Ecuador. *Rev. Estomatol. Herediana,* 27(4), 2017; 227-234.
- 23.- Sreenivasan, P. & Prasad, K. Distribution of dental plaque and gingivitis within the dental arches. *Journal of International Medical Research,* 2017; 45(5)1585–1596
- 24.- Shitu, K., Alemayehu, M., Buunk, Y. &, Handebo, S. Determinants of intention to improve oral hygiene behavior among students based on the theoryof planned behavior: A structural equation modelling analysis. *Rev. PLoSONE,*2021; 16(2): 1-17.
- 25.- Lamster, I. The 2021 WHO Resolution on Oral Health. *Revista Dental Internacional.* 2021; 17(4),279-280
- 26.- Yactayo, M., Alen, M., Azañedo, D., Comandé, D., Hernández, A. Impact of oral diseases on oral health-related quality of life: A systematic review of studies conducted in Latin America and the Caribbean. *PLoSONE* 2020; 6(6),23.

- 27.- Zhunio K., Urgiles C. Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Dolores J Torres, Parroquia Sagrario, Cuenca. *KIRU*, 2020; 17(2), 69- 74
- 28.- Neves ÉTB, Lima LCM, Dutra LC, et al. Oral health literacy, sociodemographic, family and clinical predictors of dental visits among Brazilian early adolescents. *Int J Paediatr Dent*. 2021;31(2):204-211.
- 29.- Bombert F, Manso AC, Ferreira CS, Nogueira P, Nunes C. Sociodemographic factors associated with oral health in 12-year- old adolescents: hygiene behaviours and health appointments. A cross-sectional national study in Portugal. *Int Dent J*. 2018;68(5):327-335
- 30.- Rezaei-Dehaghani A, Keshvari M, Paki S. La relación entre el funcionamiento familiar y el rendimiento académico en estudiantes de secundaria de Isfahán, Irán, en 2013-2014. *Irán J Nurs Midwifery Res*. 2018;23(3):183-7.
- 31.- Wang, K., Pang, L., Fan, C., Cui, T., Yu, L., & Lin, H. Enamel and Dentin Caries Risk Factors of Adolescents in the Context of the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): A Longitudinal Study. *Frontiers in Pediatrics*, 2020; 8, 1-12.
- 32.- Buldur B. Pathways between parental and individual determinants of dental caries and dental visit behaviours among children: Validation of a new conceptual model. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2020;48(4):280-287.
- 33.- Ehlers V, Callaway A, Wantzen S, Patyna M, Deschner J, Azrak B. Oral health of children and adolescents with or without attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) living in residential care in rural Rhineland-Palatinate, Germany. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):258
- 34.- Hernández S, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. Vol. 6.

McGraw Hill; 2014.

35.- Supo J. Niveles y tipos de investigación: Seminarios de investigación. Perú: Bioestadístico; 2015.

ANEXOS

ANEXO N ° 1 – MATRIZ DE CONSISTENCIA				
Título: “Funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente, Lima 2025”				
Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variable	Diseño metodológico
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>1.- ¿Cuál es la relación entre el funcionamiento familiar y la higiene oral en pacientes niños de una clínica docente?</p> <p>2.- ¿Cuál es la relación entre el funcionamiento familiar y el índice de caries en pacientes niños de una clínica docente?</p> <p>3.- ¿Cuál es el tipo de funcionamiento familiar en pacientes niños de una clínica docente según género?</p> <p>4.- ¿Cuál es el nivel de salud oral en pacientes niños de una clínica docente según género?</p>	<p>Objetivos General</p> <p>Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>1.- Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la higiene oral en pacientes niños de una clínica docente</p> <p>2.- Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el índice de caries en pacientes niños de una clínica docente</p> <p>3.- Determinar el tipo de funcionamiento familiar en pacientes niños de una clínica docente según género</p> <p>4.- Determinar el nivel de salud oral en pacientes niños de una</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Ha: Existe relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente</p> <p>Ho: No existe relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <p>Hipótesis específica N ° 1</p> <p>Ha: Existe relación entre el funcionamiento familiar y la higiene oral en pacientes niños de una clínica docente</p> <p>Ho: No existe relación entre el funcionamiento familiar y la higiene oral en pacientes niños de una clínica docente</p>	<p>Variable 1</p> <p>Funcionamiento familiar</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Cohesión familiar Armonía familiar Comunicación familiar Permeabilidad familiar Roles Adaptabilidad familiar</p> <p>Variable 2</p> <p>Salud oral</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Índice de caries IHOS</p>	<p>Tipo de Investigación:</p> <p>La investigación será básica</p> <p>Método y diseño de Investigación:</p> <p>Método hipotético deductivo</p> <p>Diseño</p> <p>No Experimental</p> <p>Transversal,</p> <p>Prospectivo,</p> <p>Población</p> <p>La conformarán los pacientes niños de la Clínica docente siendo 112.</p> <p>Muestra:</p>

	clínica docente según género.	<p>Hipótesis específica N ° 2</p> <p>Ha: Existe relación entre el funcionamiento familiar y el índice de caries en pacientes niños de una clínica docente</p> <p>Ho: No existe relación entre el funcionamiento familiar y el índice de caries en pacientes niños de una clínica docente</p>		<p>Donde:</p> <p>N= 305(Total de la población)</p> <p>Z= 1.96 (teniendo un 95% de seguridad)</p> <p>P= proporción esperada (corresponde 5% = 0.5)</p> <p>Q= complemento de p (0,5)</p> <p>d=precisión</p> <p>n= muestra</p> $n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$ <p>N=87</p>
--	-------------------------------	---	--	---

ANEXO N ° 2 INSTRUMENTO

Ficha sobre salud oral

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. Datos Generales del Niño

- **Nombre y Apellidos:**
- **Edad:** ____ años
- **Sexo:** Masculino Femenino
- **Institución Educativa:** _____
- **Fecha de Evaluación:** ____ / ____ / ____

II. Evaluación del Índice IHOS (Greene & Vermillion)

Diente evaluado Superficie examinada Placa (0-3) Cálculo (0-3)

16 (o equivalente) Vestibular	_____	_____
11 (o equivalente) Vestibular	_____	_____
26 (o equivalente) Vestibular	_____	_____
31 (o equivalente) Lingual	_____	_____
36 (o equivalente) Lingual	_____	_____
46 (o equivalente) Lingual	_____	_____

- **Cálculo total IHOS = (Σ Placa + Σ Cálculo) ÷ número de superficies examinadas**
- **Resultado IHOS final:** _____

- Bueno (0.0-1.2)
 Regular (1.3-3.0)
 Malo (3.1-6.0)

III. Evaluación del Índice ceo-s (caries en dentición temporal)

Diente temporal	Número de superficies cariadas	Número de superficies obturadas	Número de superficies perdidas por caries
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Diente temporal	Número de superficies cariadas	Número de superficies obturadas	Número de superficies perdidas por caries
-----------------	--------------------------------	---------------------------------	---

- **ceo-s total** = (Σ superficies cariadas + Σ obturadas + Σ perdidas por caries)
- **Resultado ceo-s final:** _____

- Muy bajo (0.0–1.1)
- Bajo (1.2–2.6)
- Moderado (2.7–4.4)
- Alto (4.5–6.5)
- Muy alto (≥ 6.6)

RANGOS DE SALUD ORAL:

Buena salud bucal:

- **IHOS:** de 0.0 a 1.2
- **ceo-d:** de 0.0 a 1.1

Regular salud bucal:

- **IHOS:** de 1.3 a 3.0
- **ceo-d:** de 1.2 a 2.6

Mala salud bucal:

- **IHOS:** de 3.1 a 6.0
- **ceo-d:** de 2.7 en adelante (moderado a muy alto riesgo de caries).

ANEXO N ° 3

Cuestionario sobre funcionamiento familiar FF-SIL

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

¿QUIEN RESPONDE EL TEST?

.....

¿QUIÉNES VIVEN CON EL MENOR?

.....
 EDAD: GÉNERO:

A CONTINUACIÓN, LES PRESENTAMOS UNA SERIE DE SITUACIONES QUE PUEDEN OCURRIR O NO EN SU FAMILIA. NECESITAMOS QUE UD. CLASIFIQUE Y MARQUE CON UNA X SU RESPUESTA SEGÚN LA FRECUENCIA EN QUE OCURRE LA SITUACIÓN

SITUACIONES	CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
	1 pto.	2 ptos.	3 ptos.	4 ptos.	5 ptos.
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					

12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

PUNTAJE TOTAL:**PUNTAJE**

57 a 70 ptos.	Familia funcional
43 a 56 ptos.	Familia moderadamente funcional
28 a 42 ptos.	Familia disfuncional

ANEXO N ° 4 CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Fiabilidad del instrumento

El método de consistencia interna el cual se basa en el alfa de Cronbach nos permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida mediante un conjunto de ítems. Para el presente estudio se empleó el análisis del instrumento que presenta 14 ítems.

Coefficiente Alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

K:	El número de ítems
$\sum S_i^2$:	Sumatoria de Varianzas de los ítems
S_T^2 :	Varianza de la suma de los ítems
α :	Coefficiente de Alfa de Cronbach

La escala valorativa que determina la confiabilidad del instrumento presenta los siguientes valores:

Criterio de confiabilidad de valores	
No es confiable	0
Baja confiabilidad	0.01 a 0.49
Regular confiabilidad	0.50 a 0.74
Aceptable confiabilidad	0.75 a 0.89
Elevada confiabilidad	0.90 a 1

Se obtuvo como resultado:

Alfa de Cronbach	N° de ítems
0.865	14

Al realizar el procedimiento, se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach igual a 0.865, con lo cual se indica una alta consistencia interna de los ítems del instrumento. Se concluye que el instrumento presenta **ACEPTABLE CONFIABILIDAD**.

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem1	59,35	18,766	,726	,847
Ítem2	59,55	18,682	,677	,848
Ítem3	59,35	21,397	,075	,876
Ítem4	59,35	18,766	,726	,847
Ítem5	59,55	18,682	,677	,848
ítem6	59,35	18,766	,726	,847
ítem7	59,55	18,682	,677	,848
ítem8	59,90	21,568	-,080	,926
ítem9	59,35	18,766	,726	,847
ítem10	59,55	18,682	,677	,848
ítem11	59,35	18,766	,726	,847
ítem12	59,55	18,682	,677	,848
ítem13	59,35	18,766	,726	,847
ítem14	59,55	18,682	,677	,848

ANEXO N ° 5 APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 01 de abril de 2025

Investigador(a)
José Wilson Quispe Fernández
Exp. N°: 0417-2025

De mi consideración:

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

- Protocolo titulado: "Funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente, Lima 2025" con fecha 04/03/2025.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) José Wilson Quispe Fernández

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

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

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

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

Atentamente,

Raúl Antonio Rojas Ortega
Presidente

Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
UPNW



Av. Arequipa 440 – Santa Beatriz
Universidad Privada Norbert Wiener
Teléfono: 706-5555 anexo 3290 Cel. 981-000-698
Correo: comite.etica@unwien.edu.pe

ANEXO N ° 6 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Universidad Norbert Wiener

Investigador: José Quispe Fernández

Título: “Funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente, Lima 2025”

Propósito del estudio

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: “Funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente, Lima 2025”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener. El propósito de este estudio es determinar el conocimiento sobre la avulsión dental y emergencias de lesiones dentales en padres de familia de la clínica docente de una universidad privada.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente:

La entrevista/encuesta puede demorar unos 20 minutos y (*según corresponda, añadir a detalle*).

Los resultados del estudio se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos

Su participación en el estudio no involucra ningún tipo de riesgo presente o latente.

Beneficios

Si bien no existe un beneficio directo podrá consultar sobre el tipo de funcionamiento familiar que hay en su hogar, para ser tomado en cuenta o realizar mejoras, del mismo modo conocer el estado de salud oral que presenta su hijo(a) para decidir por atención dental de ser el caso.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por la participación. Tampoco recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente

Si usted se siente incómodo durante el procedimiento del llenado de la encuesta podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con el bachiller: José Quispe (número de teléfono: 941365550) o al comité que validó el presente estudio Dra. Angélica Minaya, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. +51 924 569 790. *E-mail:* comite.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

DNI:

Investigador: José Quispe

DNI:

ANEXO N ° 7 FORMATO ASENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto: “Funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente, Lima 2025”

Como objetivo tenemos determinar la relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente, Lima 2025”.

Mediante una ficha de recolección de datos, utilizaremos la técnica de encuesta donde nos permitirán obtener la información requerida para dar una respuesta a la pregunta de investigación, donde se utilizará un cuestionario sobre el funcionamiento familiar y una ficha de observación para conocer el estado de la salud oral.

Hola mi nombre es José Quispe y /estudio en el Departamento de Lima de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW). Actualmente se está realizando un estudio de investigación para conocer acerca de la relación entre el funcionamiento familiar y salud oral en pacientes niños de una clínica docente.

Tu participación en el estudio consistiría en llenar la encuesta correctamente.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá y/o apoderado hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporciones/ las mediciones que realicemos nos ayudarán a obtener un resultado adecuado a lo que estamos pasando en la actualidad.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (O RESULTADOS DE MEDICIONES), sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre del participante: _____

Nombre y firma de la persona/investigador que obtiene el asentimiento:

Fecha:

ANEXO N° 8 CARTA DE APROBACIÓN DE LA INSTITUCIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS



Universidad
Norbert Wiener

Lima, 05 de mayo de 2025

Carta N°065-05-2025-EAP-ODON-UPNW

*Lic. Priscila Campbell Calero
Administradora
Centro Odontológico Wiener
Lima*

Presente. -

De mi consideración,

Recibe un cordial saludo. La presente es para autorizar el ingreso al Centro Odontológico al bachiller José Wilson Quispe Fernández, con N° de DNI 46893050 y código de estudiante a2019200093, con la finalidad de realizar su recolección de datos (encuestas) para desarrollar su trabajo de investigación titulado: **“FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SALUD ORAL EN PACIENTES NIÑOS DE UNA CLÍNICA DOCENTE, LIMA 2025”**, por lo que le agradeceré su gentil atención al presente.

Sin otro en particular, me despido.

Atentamente,



Universidad
Norbert Wiener

.....
Dra. Brenda Vergara Pinto
Directora
Programa Académico de Odontología
Universidad Norbert Wiener

ANEXO N ° 9 INFORME DEL ASESOR DE TURNITIN

ANEXO N ° 10 FOTOS







Realización del examen clínico a niños y encuesta a los padres

ANEXO ° 11 BASE DE DATOS

Paciente	Sexo	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14
1	1	5	5	4	5	5	5	5	5	3	3	3	5	5	5
2	1	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5
3	1	5	4	5	4	4	3	1	4	4	1	3	4	5	5
4	1	4	4	5	4	3	4	3	4	5	3	2	5	4	5
5	1	3	4	5	3	3	5	3	4	5	4	3	4	4	3
6	2	4	5	5	5	5	3	2	5	5	3	5	4	5	5
7	1	5	4	3	5	4	3	2	5	3	3	4	4	4	5
8	1	4	4	5	4	3	5	2	4	3	5	3	5	5	4
9	1	5	3	4	4	4	4	3	3	3	3	2	4	3	3
10	1	4	5	3	3	5	3	3	2	3	5	3	5	4	5
11	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	1	5	5
12	1	5	5	4	5	5	5	5	2	5	2	5	5	3	5
13	1	5	5	5	2	5	5	1	2	5	5	3	5	2	5
14	1	5	3	5	5	5	5	3	5	3	5	4	3	4	5
15	1	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5
16	1	4	4	4	4	4	4	3	5	4	2	4	2	4	5
17	1	5	5	5	4	4	4	5	5	5	3	4	4	4	4
18	1	4	4	4	5	4	4	4	4	3	4	4	5	4	4
19	1	3	4	5	4	3	4	5	5	4	5	4	5	5	5
20	1	5	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	4	3	4
21	1	5	5	5	5	3	5	5	5	5	4	3	5	5	5
22	1	4	4	5	4	3	4	5	4	5	2	4	5	3	5
23	1	5	5	5	4	5	5	3	5	5	3	5	5	5	5

24	22	1	4	4	5	4	3	4	5	4	5	2	4	5	3	5
25	23	1	5	5	5	4	5	5	3	5	5	3	5	5	5	5
26	24	1	5	5	4	3	5	5	5	5	2	3	5	2	5	5
27	25	1	5	5	5	5	3	2	4	5	2	1	5	3	4	5
28	26	2	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	4	3	4	5
29	27	1	5	5	5	5	5	5	2	4	4	4	4	4	4	5
30	28	1	1	4	3	3	5	4	3	5	4	3	5	4	3	4
31	29	1	5	5	5	5	5	3	5	4	4	4	5	5	5	5
32	30	2	3	3	4	4	3	2	2	4	4	3	4	3	4	3
33	31	2	4	4	4	5	3	4	3	3	4	3	5	4	3	5
34	32	1	5	5	5	4	4	4	4	5	5	4	4	4	3	5
35	33	2	3	3	4	3	4	4	3	3	3	3	4	3	3	4
36	34	1	5	5	5	5	5	3	3	3	3	5	5	3	5	5
37	35	1	4	4	5	3	4	3	2	5	4	2	4	4	5	4
38	36	1	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	5
39	37	1	5	5	4	4	4	4	4	5	4	3	4	5	4	5
40	38	2	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	4	5	5
41	39	1	4	5	5	5	4	4	5	5	5	4	3	4	4	5
42	40	1	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	3	4	4
43	41	1	3	3	3	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	4
44	42	1	5	5	5	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4
45	43	1	5	4	4	3	4	5	4	5	5	4	5	5	5	5
46	44	2	5	4	5	5	5	4	4	5	4	5	4	5	4	5
47	45	1	5	5	5	5	5	5	4	3	4	3	4	5	5	4

48	46	1	3	5	3	4	4	5	4	3	4	5	4	3	4	5
49	47	1	5	5	5	5	5	5	3	5	5	1	5	5	5	5
50	48	1	5	5	5	5	5	1	3	5	1	3	2	5	5	5
51	49	1	5	4	5	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4
52	50	1	5	4	5	3	5	3	5	5	3	5	5	5	4	5
53	51	1	3	3	5	5	2	2	3	4	3	2	5	5	5	5
54	52	1	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
55	53	1	5	4	5	4	4	4	5	4	3	3	4	4	3	4
56	54	1	5	3	5	5	4	5	5	4	3	3	5	3	5	5
57	55	1	5	5	5	5	4	3	3	5	5	1	4	4	4	5
58	56	1	2	5	4	4	5	5	4	5	5	3	5	4	5	5
59	57	1	2	5	4	4	5	5	5	5	5	3	4	4	4	4
60	58	1	3	3	3	2	4	5	3	5	5	4	5	3	4	2
61	59	1	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	5	4	4	5
62	60	1	4	5	4	4	3	3	4	5	5	5	5	5	4	5
63	61	1	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5
64	62	1	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5
65	63	2	4	5	3	3	4	2	5	3	3	3	4	4	3	4
66	64	1	5	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5	2	3	5
67	65	1	5	4	5	3	4	3	2	4	5	5	4	5	5	4
68	66	1	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	2
69	67	1	5	5	5	5	5	3	3	5	4	4	4	5	5	4
70	68	1	5	5	5	4	5	3	3	4	5	5	4	5	4	4
71	69	1	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	4	3	4	5

● 13% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 12% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

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

1	hdl.handle.net Internet	4%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	2%
3	uwiener on 2023-04-11 Submitted works	1%
4	repositorio.uladech.edu.pe Internet	<1%
5	Universidad Wiener on 2024-05-30 Submitted works	<1%
6	pesquisa.bvsalud.org Internet	<1%
7	repositorio.untumbes.edu.pe Internet	<1%
8	repositorio.ucv.edu.pe Internet	<1%