



Universidad  
Norbert Wiener

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

**Tesis**

Relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico  
atendidos en una clínica dental de Lima – 2025

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

**Presentado por:**

**Autora:** Cardenas Pintado, Keyla Juleivi

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0009-9327-6877>

**Asesor:** Mg. Jaime Okumura, Roberto

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-3601-1532>

**Lima – Perú**

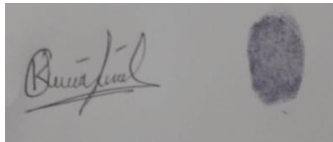
**2026**

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

Yo, Cardenas Pintado, Keyla Juleivi egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Programa Académico de **Odontología** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación "Relación entre el tipo de familia y la conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025". Asesorado por el docente: Jaime Okumura Roberto DNI 09861961 ORCID 0000-0002-3601-1532, tiene un índice de similitud de (14%) (catorce) con código oid:::14912:562047625, 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 1

Nombres y apellidos del Egresado:  
 Cardenas Pintado, Keyla Juleivi  
 DNI: 76156206

.....  
Firma de autor 2

Nombres y apellidos del Egresado  
 DNI: .....



.....  
 Roberto Jaime Okumura  
 Cirujano Dentista  
 COP: 13889

.....  
Firma

Nombres y apellidos del Asesor  
 Jaime Okumura Roberto  
 DNI: 09861961

Lima, 20 de Abril de 2026.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo con profundo cariño a mis padres, pilares esenciales en mi vida. Agradezco su apoyo constante, su confianza en mí y el ejemplo que siempre me han brindado. Su esfuerzo, amor y dedicación han sido fundamentales para alcanzar este logro

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi profundo agradecimiento a mi asesor, Mg. Roberto Jaime Okumura, por su guía, apoyo y compromiso durante el desarrollo de esta investigación. Su dedicación y confianza fueron esenciales para culminar este proyecto. Asimismo, agradezco a los docentes que formaron parte de mi preparación profesional como la CD. Karina Sofía Mamani Arango especialista en investigación científica de la UPNW , por instruirme en metodología y estadística aplicada que contribuyeron significativamente en mi tesis.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice.....	iv
Índice de tablas.....	vii
Índice de gráficos.....	viii
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
Introducción.....	xi
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
<b>1. EL PROBLEMA...</b> .....	<b>12</b>
1.1 Planteamiento del problema.....	12
1.2 Formulación del problema... ..	14
1.3 Objetivos de la investigación.....	15
1.3.1 Objetivos.....	15
1.3.2 Generales.....	15
1.3.3 Específicos... ..	15
1.4 Justificación de la investigación.....	15
1.4.1 Teórica .....	15
1.4.2 Práctica.....	16
1.5 Limitaciones de la investigación... ..	17
1.5.1 Temporal... ..	17

1.5.2 Espacial.....	17
1.5.3 Recursos.....	17

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

<b>2. MARCO TEÓRICO...</b> .....	18
2.1 Antecedentes.....	18
2.2 Bases teóricas.....	23
2.3 Definición de términos básicos.....	31
2.4 Hipótesis.....	31
2.4.1 Hipótesis general.....	31
2.4.2 Hipótesis específicas.....	31

## **CAPÍTULO III: DISEÑO Y METODOS**

<b>3. DISEÑO METODOLÓGICO.....</b> .....	32
3.1 Tipo y nivel de investigación.....	32
3.2 Población y muestra.....	32
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	35
3.4 Procesamiento de datos y análisis estadísticos.....	38
3.5 Aspectos éticos.....	39

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

<b>4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b> .....	40
4.1 Resultados .....	40
4.4 Discusión.....	47

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5. Conclusiones...	50
5.1 Conclusiones...	50
5.2 Recomendaciones.....	51
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>52</b>
<b>ANEXOS</b>	
1. Anexo.....	58
2. Anexo.....	59
3. Anexo.....	60
4. Anexo.....	63
5. Anexo.....	64
6. Anexo.....	66
7. Anexo.....	67
8. Anexo.....	71

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>PÁG.</b>
Tabla N° 1: Características sociodemográficas en paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025	40
Tabla N° 2: Tipo de familia más frecuente en el paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025	41
Tabla N° 3: Conducta más frecuente en paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025	42
Tabla N° 4: Relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025, según sexo	43
Tabla N° 5: Relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025, según edad	44
Tabla N° 6: Comprobación de hipótesis general, relación entre el tipo de familia y la conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025	46

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>PÁG.</b>
Gráfico N° 1: Características sociodemográficas en paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025	40
Gráfico N° 2: Tipo de familia más frecuente en el paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025	41
Gráfico N° 2: Conducta más frecuente en paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025	42

## RESUMEN

La tesis tuvo como objetivo determinar la relación entre el tipo de familia y la conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025. Se realizó un estudio hipotético - deductivo, cuantitativo, aplicado, observacional, transversal, prospectivo, no experimental y correlacional. La muestra fue 132 pacientes odontopediátrico con sus padres. En los resultados se evidenció que la familia extensa es el tipo familiar predominante entre los pacientes odontopediátricos con 53,8%. En cuanto a la conducta durante la atención dental, el mayor porcentaje corresponde a la conducta levemente negativa (53,0%). Según el sexo, las niñas pertenecen en mayor proporción a familias extensas (36,4%). Asimismo, la conducta levemente negativa fue la más frecuente en niños (28,8%), con una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Respecto a los grupos etarios, la familia extensa predominó en los niños de 8 a 12 años (39,4%). La conducta levemente negativa fue más común en el grupo de 8 a 12 años (31,8%), mostraron relaciones significativas ( $p < 0,05$ ). Finalmente, se identificó una relación estadísticamente significativa entre las variables ( $p=0,000$ ). Concluyendo que existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de familia y la conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025.

**Palabras clave:** Conducta infantil, estructura familiar, odontología pediátrica.

## ABSTRACT

The thesis aimed to determine the relationship between family type and the behavior of pediatric dental patients treated at a dental clinic in Lima in 2025. A hypothetical-deductive, quantitative, applied, observational, cross-sectional, prospective, non-experimental, and correlational study was conducted. The sample consisted of 132 pediatric dental patients and their parents. The results showed that the extended family was the predominant family type among the pediatric dental patients (53.8%). Regarding behavior during dental treatment, the highest percentage corresponded to mildly negative behavior (53.0%). By sex, girls were more likely to belong to extended families (36.4%). Similarly, mildly negative behavior was the most frequent in boys (28.8%), with a statistically significant relationship ( $p < 0.05$ ). Regarding age groups, extended families predominated among children aged 8 to 12 years (39.4%). Mildly negative behavior was more common in the 8- to 12-year-old group (31.8%), showing significant relationships ( $p < 0.05$ ). Finally, a statistically significant relationship was identified between the variables ( $p = 0.000$ ). In conclusion, there is a statistically significant relationship between family type and the behavior of pediatric dental patients treated at a dental clinic in Lima – 2025.

**Keywords:** Child behavior, family structure, pediatric dentistry.

## **Introducción**

El comportamiento de los pacientes odontopediátricos es un factor determinante en el éxito de los tratamientos dentales y puede estar influenciado por múltiples elementos, entre los cuales la estructura familiar juega un papel fundamental. La familia constituye el primer entorno social del niño y es responsable de la formación de hábitos, actitudes y respuestas emocionales que afectan directamente su comportamiento en diferentes contextos, incluido el ámbito odontológico. Comprender la relación entre el tipo de familia ya sea nuclear, extensa, monoparental o reconstituida y la conducta mostrada durante la atención dental permite a los profesionales de la odontopediatría diseñar estrategias de manejo conductual más efectivas, adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente.

La estructura de la presente investigación se compone de cinco capítulos y una sección de anexos. En el capítulo I se presenta el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos y las limitaciones del estudio. El capítulo II aborda el marco teórico, en el cual se desarrollan los antecedentes, los fundamentos conceptuales y la formulación de las hipótesis. El capítulo III detalla el diseño metodológico, incluyendo la descripción de la población y muestra, los instrumentos utilizados, así como los procedimientos éticos y el análisis estadístico aplicado. En el capítulo IV se exponen los resultados obtenidos junto con su respectiva discusión. Finalmente, el capítulo V presenta las conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación. La sección de anexos reúne los instrumentos aplicados, los consentimientos informados y otros documentos que respaldan el desarrollo del estudio.

## **1. EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del problema**

En el ámbito del desarrollo infantil, la familia constituye el primer y más influyente entorno social en el que el niño aprende hábitos, valores y comportamientos fundamentales para su salud y bienestar. El tipo de familia ya sea nuclear, extensa, monoparental o reconstituida, tiene un papel determinante en la formación de estilos de crianza, niveles de apoyo emocional, control conductual y acceso a servicios de salud, incluyendo el cuidado odontológico (1).

A su vez, la salud bucodental infantil representa un componente esencial del desarrollo integral del niño, ya que incide directamente en su capacidad para alimentarse adecuadamente, articular el lenguaje, relacionarse socialmente y mantener una autoestima positiva. Desde los primeros años de vida, una buena salud oral no solo permite un crecimiento físico saludable al facilitar la masticación y la nutrición, sino que también influye en aspectos emocionales y psicológicos, como la confianza en sí mismo y la interacción con su entorno (2). Asimismo, los problemas bucales como caries, maloclusiones o enfermedades periodontales no tratadas pueden generar dolor, infecciones, ausentismo escolar y dificultades para comunicarse, afectando significativamente el desempeño académico y el bienestar general del menor (3).

A nivel global, la atención odontopediátrica se enfrenta a múltiples desafíos, entre los que destaca la conducta del menor durante las consultas. Diversos estudios internacionales han evidenciado que un alto porcentaje de niños presentan conductas de miedo, ansiedad o resistencia frente a los procedimientos odontológicos, lo cual puede comprometer la eficacia del tratamiento y generar experiencias negativas que perduren hasta la adultez (4). Este fenómeno no solo tiene implicancias clínicas, sino también psicosociales, ya que

la conducta del niño en el consultorio está influenciada por múltiples factores, entre ellos, el contexto familiar. En particular, el tipo de familia entendida como la estructura y dinámica que conforma el entorno inmediato del niño juega un rol fundamental en el desarrollo emocional, la regulación de la conducta y la forma en que el menor enfrenta situaciones nuevas o potencialmente estresantes, como una consulta dental. Así, niños que provienen de familias nucleares estables, con estilos de crianza afectivos y comunicativos, suelen mostrar mayor colaboración en el entorno clínico, a diferencia de aquellos criados en familias disfuncionales, monoparentales sin apoyo o con prácticas autoritarias o negligentes (5).

En América Latina no es ajena a esta problemática, en muchos países de la región, la falta de acceso equitativo a servicios de salud oral, sumada a la escasa educación sanitaria y a dinámicas familiares diversas marcadas por situaciones de pobreza, migración o violencia doméstica, hace que el comportamiento de los pacientes odontopediátricos represente un verdadero reto para los profesionales de la salud (6).

En el caso específico del Perú, la situación se vuelve aún más compleja. Según datos del Ministerio de Salud (MINSA), los índices de caries dental en la población infantil siguen siendo alarmantemente altos, y la cobertura de atención odontológica efectiva es desigual entre zonas urbanas y rurales. Además, las transformaciones sociales y económicas han influido en la configuración de nuevos tipos de familia que influyen relativamente en la conducta del paciente odontopediátrico, siendo aún más difícil hacer las intervenciones orales generando una problemática no solo centrada en el paciente, sino también en su entorno familiar (7).

En muchos contextos, especialmente en zonas urbanas y periurbanas, se ha evidenciado un incremento en la diversidad de estructuras familiares, así como en los niveles de estrés,

abandono o negligencia parental, lo que genera una problemática persistente en la práctica odontopediátrica. Esta situación no solo entorpece el tratamiento, sino que también puede causar trauma en el menor y frustración en los profesionales de la salud (8). Además, la falta de conciencia y educación sobre salud bucal en ciertos tipos de familias limita el establecimiento de hábitos saludables desde edades tempranas, incrementando la incidencia de caries, enfermedades periodontales y experiencias dolorosas asociadas a la atención odontológica, lo que refuerza conductas negativas (9). Por lo tanto, comprender esta relación no solo permite ajustar estrategias de manejo conductual en el consultorio, sino que también señala la necesidad de intervenciones preventivas y educativas dirigidas a la familia, con el fin de mejorar el pronóstico del tratamiento odontológico en la infancia y promover una mejor calidad de vida desde los primeros años (10). Frente a lo planteado se determinó la relación entre el tipo de familia y la conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es la relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025?

### **1.2.2 Problemas específicos**

¿Cuál es el tipo de familia más frecuente en el paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025?

¿Cuál es la conducta más frecuente en paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025?

¿Cuál es la relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025, según sexo?

¿Cuál es la relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025, según edad?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar la relación entre el tipo de familia y la conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

Determinar el tipo de familia más frecuente en el paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025.

Determinar la conducta más frecuente en paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025.

Determinar relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025, según sexo.

Determinar relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025, según edad.

### **1.4 Justificación de la investigación**

#### **1.4.1 Teórica**

La presente tesis tuvo una justificación teórica relevante, ya que permitió ampliar el conocimiento sobre dos dimensiones clave del abordaje en odontopediatría: la estructura familiar y la conducta del niño durante la atención dental. Aunque existieron estudios que abordaron de manera independiente los factores familiares y los comportamientos infantiles en el entorno clínico, aún persistía una brecha en la literatura científica respecto a cómo el tipo de familia (nuclear, monoparental, extensa, etc.) podía influir en la actitud

y cooperación del paciente odontopediátrico durante el tratamiento. Este estudio contribuyó significativamente al desarrollo del marco teórico existente, integrando elementos de la psicología infantil, la dinámica familiar y la práctica odontológica. Esto permitió comprender mejor los determinantes psicosociales que afectaban el manejo clínico de los niños, favoreciendo la implementación de estrategias individualizadas de intervención y mejorando la calidad del servicio odontológico pediátrico. Además, se fortaleció la perspectiva integral en la atención infantil al considerar el contexto familiar como un factor determinante en la experiencia dental del menor.

### **1.4.3 Práctica**

Desde un enfoque práctico, esta investigación sirvió como base para optimizar la atención clínica en odontopediatría, al proporcionar evidencia relevante sobre cómo el tipo de familia influyó en la conducta del niño durante los procedimientos dentales. Los resultados permitieron identificar perfiles familiares que pudieron estar asociados con comportamientos ansiosos, negativos o poco colaborativos en los pacientes infantiles, facilitando la implementación de estrategias personalizadas de manejo conductual en el consultorio. Además, esta información fue útil para desarrollar protocolos de atención que consideraron el entorno familiar como un factor clave en la planificación del tratamiento odontológico, incluyendo orientaciones específicas para padres, cuidadores o tutores según el tipo de familia. Del mismo modo, la investigación tuvo impacto en la formación de profesionales de salud, promoviendo una visión más comprensiva y contextualizada del niño paciente. Esto favoreció una atención odontológica más empática, efectiva y centrada en el bienestar emocional del menor, al reconocer que la conducta clínica infantil era, en muchos casos, un reflejo del entorno familiar que lo rodeaba.

#### **1.4.4 Metodológica**

La presente investigación se justificó metodológicamente porque tuvo como finalidad determinar la relación entre el tipo de familia y la conducta del paciente odontopediátrico atendido en una clínica dental de Lima durante el año 2025. Para ello, se requirió un diseño que permitió medir, describir y analizar ambas variables de manera objetiva y sistemática.

El estudio se enmarcó en un enfoque cuantitativo, ya que se recopilaban datos medibles tanto del tipo de familia como de la conducta del niño durante la atención odontológica, utilizando instrumentos validados como escalas de comportamiento clínico, por ejemplo, la escala de Frankl. Esto permitió obtener resultados estadísticamente analizables y establecer posibles asociaciones entre las variables.

Metodológicamente, este estudio contribuyó a generar evidencia científica local que permitió comprender mejor los factores familiares que influyeron en el comportamiento infantil en el consultorio odontológico, facilitando la planificación de estrategias de manejo conductual más efectivas y adaptadas a la realidad social de la población atendida.

#### **1.5 Limitaciones de la investigación**

**1.5.1 Temporal:** El presente trabajo fue llevado a cabo durante los meses de Agosto a Octubre del año 2025.

**1.5.2 Espacial:** La tesis se realizó en los ambientes de una clínica dental en Callao.

**1.5.3 Recursos:** Esta investigación dispuso de los recursos logísticos y financieros necesarios, lo que garantizó la ejecución adecuada de todas las fases del estudio, incluyendo la recolección de datos y el desarrollo integral de la estructura metodológica y documental de la tesis.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes Internacionales

**Alamoudi R. et al. (2024)** tuvo como objetivo evaluar el comportamiento dental y los factores de riesgo asociados entre niños de 4 a 12 años en el 2024. En los materiales y métodos, el estudio fue transversal reclutó niños sanos, no afectados, de 4 a 12 años. Se entrevistó a los padres sobre los detalles sociodemográficos y las características de las visitas dentales de sus hijos. Dos dentistas colaboradores examinaron a los niños para detectar caries dentales (CPOD/CPOD) y el estado conductual (escala de calificación del comportamiento de Frankl). En los resultados se evidenció a 439 niños: el 27,3 % exhibió un comportamiento no cooperativo y la media de CPOD/CPOD fue de  $8,46 \pm 3,530$ . El comportamiento no cooperativo aumentó significativamente cuando la visita dental se programó como un tratamiento de emergencia ( $p = 0,134$ ; Odds Ratio Ajustado (AOR): 1,530) y cuando hubo una razón CPOD/CPOD elevada ( $p < 0,001$ ; AOR: 1,308). Concluyendo que existe una asociación significativa entre el comportamiento poco cooperativo de los niños y su primera visita al dentista, lo que subraya la necesidad de estrategias personalizadas para abordar los problemas de comportamiento al programar la atención odontológica pediátrica (11).

**García C. et al. (2022)** tuvo como objetivo analizar el comportamiento y los niveles de ansiedad de niños entre 4 y 8 años durante su primera consulta odontológica, estableciendo una posible relación entre estas variables y los estilos de crianza de sus padres en el 2022. En los materiales y métodos, se diseñó una investigación observacional de tipo clínico y transversal. La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico, consecutivo y por conveniencia. Previo a la atención dental, los padres completaron un cuestionario que permitió identificar el tipo de prácticas parentales; paralelamente, los niños fueron observados durante la consulta

para evaluar tanto su nivel de ansiedad como su comportamiento. En los resultados un total de 18 niños, con edades entre los 4 y 8 años, fueron incluidos en el estudio. Del total, el 72,2 % mostró un estado de ansiedad clasificado como “inquieto”, mientras que el 27,8 % fue catalogado como “relajado”. En cuanto al comportamiento, la mayoría (72,2 %) presentó una actitud “levemente positiva”. El estilo de crianza predominante entre los padres fue el autoritativo, identificado en el 83,3 % de los casos. No se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el estilo de crianza y los niveles de ansiedad o comportamiento infantil durante la primera visita odontológica ( $p > 0,5$ ). Concluyendo aunque no se halló una relación significativa entre el tipo de crianza y el nivel de ansiedad del niño, los resultados sugieren que los hijos de padres con un estilo autoritativo tienden a mostrar un comportamiento más favorable en su primer encuentro con el dentista (12).

**Carmona L, et al., (2022)** tuvo como objetivo la evaluación de los factores que influyen en el niño para comportarse de una u otra manera durante la consulta odontológica en el 2022. En los materiales y métodos el diseño fue transversal con la muestra constituida por 50 niños de ambos sexos entre los 5 y 8 años de edad. Los resultados mostraron que hay un gran porcentaje de sujetos de la investigación en condición “*de acuerdo*” o “muy de acuerdo” para hallar un comportamiento positivo del menor y/o para el mismo. Asimismo, respecto a las variables “definitivamente positivo” y “levemente positivo” presentan mayor aceptación respecto a los parámetros de conducta negativa del niño, asimismo, mostraron la misma conducta tanto en casa, en la calle y en la facultad. Concluyeron que los niños de la muestra tuvieron buen comportamiento, adecuada adaptación social, con poca frecuencia de problemas (13).

**Al Zoubi L. et al. (2021)** tuvieron como objetivo investigar las diferencias en la aceptación parental de las técnicas avanzadas de manejo del comportamiento (TMO) en diferentes contextos culturales (Alemania vs. Jordania) en el 2021. En los materiales y métodos, el diseño fue transversal con una muestra de conveniencia de 100 padres de pacientes pediátricos de la Universidad de Greifswald (Alemania) y de la Universidad de Jordania (Jordania) completó un cuestionario para evaluar su aceptación de cuatro TMO avanzadas (contención pasiva, contención activa, sedación con óxido nitroso y anestesia general) mediante una escala Likert de cinco puntos. En los resultados en ambos grupos, la sedación con óxido nitroso fue la TMO avanzada más aceptada (media  $3,78 \pm 1,34/3,22 \pm 1,50$ , respectivamente). La técnica menos aceptada en Alemania fue la contención pasiva ( $2,05 \pm 1,18$ ) y en Jordania, la anestesia general ( $2,11 \pm 1,30$ ). Los padres en Alemania aceptan significativamente mejor la sedación con óxido nitroso que los padres en Jordania ( $p = 0,010$ ), mientras que los padres en Jordania aceptan más la contención pasiva ( $p = 0,001$ ). La aceptación de todos los TMO avanzados aumentó significativamente en ambos grupos cuando el tratamiento fue urgente. Concluyendo que el contexto cultural de los padres y la urgencia del tratamiento influyen en la aceptación de diferentes TMO. Además, la actitud de los padres hacia la técnica farmacológica ha cambiado, ya que la sedación con óxido nitroso parece ser, en general, la técnica avanzada preferida en ambos grupos (14).

**Mursuli M. (2021)** tuvo como objetivo identificar el funcionamiento familiar y las condiciones de salud bucodental en relación con las determinantes de la salud, en un total de 20 familias adscritas al consultorio médico número 35, ubicado en la zona norte del municipio de Sancti Spíritus. En los materiales y métodos, se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal entre enero de 2018 y enero de 2019. La población total estuvo compuesta por 718 pacientes agrupados en 211 familias, de

las cuales se seleccionaron aleatoriamente 65 pacientes pertenecientes a 20 familias, mediante un muestreo aleatorio simple. Las variables analizadas incluyeron edad, sexo, funcionamiento del núcleo familiar y los determinantes de salud: biología humana, medio ambiente, modos y estilos de vida, y organización de los servicios. En los resultados se evidenció un predominio del sexo masculino, del grupo etario entre 20 y 59 años, así como de familias clasificadas como funcionales. Dentro de los modos y estilos de vida, se destacaron como principales factores de riesgo una higiene bucal inadecuada y el hábito de fumar. En cuanto a los factores biológicos, las caries dentales y las enfermedades periodontales fueron las más frecuentes. En el ámbito ambiental, se identificó la exposición a la radiación solar como el riesgo más relevante, mientras que, en cuanto a la organización de los servicios de salud, la mayoría de los participantes expresó satisfacción con la atención recibida. Concluyendo que la aparición de enfermedades bucales y la presencia de diversos factores de riesgo impactaron negativamente en el proceso salud-enfermedad dentro del entorno familiar evaluado (15).

### **2.1.2 Nacionales**

**Urteaga I (2020)** tuvo como finalidad analizar si existía una relación entre la conducta de los pacientes odontopediátricos y el tipo de estructura familiar al que pertenecían, en el Hospital Jorge Reátegui Delgado de Piura, durante el año 2020, a través de una prueba piloto. En los materiales y métodos, se trató de una investigación de enfoque cuantitativo, de tipo transversal, prospectivo y con un diseño descriptivo. La muestra utilizada en esta fase piloto estuvo compuesta por 10 pacientes pediátricos atendidos en el servicio odontológico. Para identificar el tipo de familia, se realizó una entrevista a los padres, mientras que el comportamiento del niño fue evaluado utilizando la escala de Frankl. En los resultados se observó que el 50 % de los niños mostró una conducta

negativa y el otro 50 % una conducta positiva. De este total, el 40 % provenía de familias nucleares, mientras que un 10 % pertenecía a familias monoparentales. Se concluyó que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los tipos de conducta ni entre las estructuras familiares ( $p > 0,05$ ), por lo que no se evidenció influencia de la estructura familiar sobre la conducta del niño (16).

**Jaramillo., (2020)** realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar el tipo de familia y su relación con la conducta del niño en la consulta de odontopediatría en Chiclayo. En los materiales y métodos el enfoque fue cuantitativo. Los resultados mostraron que el 68.3% de los niños atendidos pertenecieron a familias nucleares, con conducta positiva en 60.7%. Los niños con familia Monoparental presentaron conducta levemente negativa en 12.4%. Concluye que existe relación entre la conducta del niño y el tipo de familia a la que pertenece, también que no existe relación entre la conducta y sexo del niño; pero existe relación entre la conducta y edad (17).

**Román M, et al., (2020)** realizó un estudio que tuvo como objetivo evaluar las técnicas comunicativas para el manejo de conducta en la consulta odontológica pediátrica, la metodología. En los materiales y métodos indica que se realizó un estudio de tipo transversal, el grupo etario comprendió a niños de 3 a 6 años. En los resultados de esta investigación aporta como herramienta de consulta y apoyo al conocimiento sobre los comportamientos en la niñez temprana y su tratamiento, el odontólogo debe manejar estas técnicas de manejo conductual, ya que, llevándola a la práctica profesional. Concluyendo que se obtienen mejores resultados con el ofrecimiento de presentes del agrado de los niños (18).

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1 La familia**

La familia es una institución social fundamental constituida por individuos unidos por lazos de consanguinidad, afinidad (como el matrimonio) o adopción. Representa la unidad básica de organización en todas las sociedades humanas, aunque sus formas y funciones varían considerablemente según los contextos culturales, históricos y socioeconómicos. En las sociedades contemporáneas, especialmente en las industrializadas, predomina la familia nuclear como estructura típica, aunque subsisten formas más amplias como las familias extensas o compuestas (19).

#### **Características fundamentales de la familia**

La familia presenta una serie de características universales que permiten comprender su relevancia social y su impacto en la formación de los individuos:

Universalidad: Existe en todas las culturas del mundo, aunque sus características estructurales varían (20).

El matrimonio como base: En la mayoría de sociedades, el matrimonio se considera la base legal y social de la familia (20).

Fuente de nomenclatura y linaje: A través de la familia se establece la ascendencia, apellido, herencia y posición social (20).

Primario agente de socialización: Es el primer espacio en donde el individuo aprende normas, valores y conductas sociales (20).

Diversidad estructural: Puede organizarse como familia nuclear, extensa, compuesta o monoparental, entre otras variantes (20).

Núcleo institucional: Es la base desde la cual se articulan otras instituciones sociales como la educación, la religión y el trabajo (20).

Vínculo afectivo: Las relaciones familiares suelen estar sustentadas por el amor, el apego y el afecto mutuo (20).

Unidad de cooperación y división de roles: Cada integrante cumple funciones específicas, lo que implica una distribución de responsabilidades (20).

Identificación de roles sociales: Cada miembro adopta roles como padre, madre, hijo/a, con deberes y derechos asignados (20).

## **2.2.2 Tipos de familia según estructura**

### **Familia nuclear**

La familia nuclear está constituida por dos padres (madre y padre) junto con sus hijos, quienes conviven en el mismo hogar. Esta forma de organización familiar ha sido tradicionalmente considerada como el modelo ideal en muchas sociedades, especialmente en contextos occidentales modernos. Es habitual que se perciba como el entorno más estable y adecuado para el desarrollo infantil; sin embargo, esta visión excluye la diversidad de estructuras familiares existentes. A pesar de ser promovida como el estándar, no necesariamente garantiza una dinámica familiar funcional o saludable, ya que la calidad de las relaciones interpersonales es más relevante que la configuración estructural (21).

### **Familia monoparental**

Este tipo de familia se caracteriza por la presencia de un solo progenitor (madre o padre) que asume la responsabilidad principal del hogar y del cuidado de los hijos. Las definiciones más aceptadas coinciden en señalar cuatro elementos clave:

La existencia de un único adulto a cargo de la unidad familiar (22).

La convivencia con al menos un hijo dependiente (22).

La dependencia económica de los menores respecto al adulto (22).

La variedad de factores que originan esta estructura, como divorcio, separación, fallecimiento de un cónyuge, embarazos no planificados o decisiones personales (22).

Según Iglesias de Ussel, se pueden clasificar en:

Monoparentalidad de origen biológico: cuando uno de los padres, generalmente la madre, asume la crianza sin que haya existido una relación conyugal previa (23).

Monoparentalidad por ruptura conyugal: resultado de separaciones, divorcios o viudez (23).

Monoparentalidad legal o electiva: incluye casos de adopción por parte de una persona sola (23).

Monoparentalidad por causas sociales o circunstanciales: como la migración laboral, reclusión o abandono del hogar por uno de los progenitores. (23).

### **Familia extensa**

También conocida como familia ampliada, se compone de varios miembros que van más allá del núcleo básico, incluyendo abuelos, tíos, primos u otros parientes consanguíneos

o afines que conviven en el mismo espacio o mantienen vínculos estrechos. Según Lagache, esta estructura ofrece múltiples beneficios al desarrollo infantil y juvenil. Desde el ámbito afectivo, los menores encuentran diversos modelos a seguir, acceden a una red de apoyo amplia y se familiarizan con distintas formas de convivencia. No obstante, si la familia extensa es la única red social significativa, puede limitar la autonomía de la pareja y afectar su proceso de individuación (24).

### **Familia reconstituida**

Se forma cuando al menos uno de los miembros de la nueva pareja ha tenido una relación anterior con hijos. Estas familias incluyen a padrastros, madrastras, hijastros y medios hermanos. Papernow describe un proceso de adaptación que atraviesa tres etapas:

**Etapa temprana:** marcada por fantasías y expectativas poco realistas sobre la convivencia. En esta fase suelen emerger conflictos, resistencia por parte de los hijos y tensiones de ajuste (25).

**Etapa intermedia:** caracterizada por la movilización activa para resolver los problemas identificados. Aquí las figuras parentales comienzan a establecer límites, rutinas y vínculos más sólidos (25).

**Etapa final:** se alcanza una integración funcional, se desarrollan sentimientos de pertenencia mutua y la familia se consolida como una unidad estable y cohesiva. Este tipo de estructura puede generar inicialmente tensiones emocionales, especialmente si no se reconocen y abordan adecuadamente las lealtades divididas, los sentimientos de pérdida y la necesidad de establecer nuevos roles parentales (25).

### **2.2.3 Conducta**

Es la manera con que las personas se comportan en su vida y acciones. Es la forma de actuar, pensar y sentir de las personas que nos distinguen de otras especies (26).

Existen técnicas vigentes de manejo de conducta que mejoran la cooperación infantil en odontología al promover una comunicación efectiva que disminuye miedo y ansiedad, genera confianza y facilita tratamientos actuales y futuros. Dado que cada niño es distinto, el odontopediatra debe seleccionar y adaptar la estrategia más adecuada. También influyen la experiencia del profesional, el entorno clínico, el consentimiento del niño y sus padres, el tipo de procedimiento y las experiencias dentales previas (26).

### **Conducta del paciente odontopediátrico**

Según la escala de Frankl es una herramienta ampliamente utilizada en odontología infantil para evaluar cómo responde un niño al tratamiento dental, permitiendo al profesional ajustar sus técnicas de manejo de conducta. Fue propuesta por Frankl en 1962 y clasifica el comportamiento del niño en cuatro categorías, de acuerdo con su grado de cooperación y actitud durante la consulta (27).

### **Escala de comportamiento de Frankl**

#### **Muy Negativa (- -)**

El niño muestra una actitud clara de rechazo al tratamiento (28).

Llora intensamente, grita, se niega a colaborar y puede resistirse físicamente (28).

No acepta ningún tipo de intervención y expresa miedo o ansiedad extrema (28).

Interpretación: comportamiento totalmente no cooperativo (28).

### **Negativa (-)**

El paciente está renuente, no cooperativo y puede mostrarse ansioso o desconfiado (28).

Puede llorar o protestar de forma leve, pero no con la intensidad del nivel anterior (28).

Acepta mínimamente el tratamiento, pero con gran inseguridad (28).

Interpretación: comportamiento poco cooperativo (28).

### **Positiva (+)**

Acepta el tratamiento dental con cierta reticencia (28).

Muestra voluntad de cooperar, aunque con signos leves de temor o reserva (28).

Puede seguir instrucciones aunque necesite motivación o refuerzo (28).

Interpretación: comportamiento razonablemente cooperativo (28).

### **Muy Positiva (++)**

El niño tiene una actitud excelente frente al tratamiento (28).

Coopera activamente, sigue instrucciones, está relajado, interesado o incluso disfruta la experiencia (28).

No presenta signos de ansiedad ni temor (28).

Interpretación: comportamiento completamente cooperativo (28).

### **Importancia clínica**

Permite individualizar estrategias de manejo conductual (como reforzamiento positivo, control de voz o técnicas de distracción (28).

Ayuda en la toma de decisiones sobre el uso de técnicas avanzadas como la sedación o la derivación a especialistas (28).

Es útil para documentar la evolución del paciente a lo largo de varias citas (28).

#### **2.2.4 Relación entre el tipo de familia y la conducta del paciente odontopediátrico**

La relación entre el tipo de familia y la conducta del paciente odontopediátrico hace referencia al vínculo existente entre la estructura familiar en la que se desarrolla el niño (ya sea familia nuclear, extensa, monoparental, reconstituida o disfuncional) y la forma en que este responde emocional y conductualmente ante la atención odontológica (29).

Diversos estudios han demostrado que el entorno familiar influye significativamente en el desarrollo psicoemocional del niño, afectando su capacidad para enfrentar nuevas experiencias como una consulta dental (30).

Factores como el estilo de crianza, la estabilidad emocional del hogar, la calidad de la comunicación familiar y la presencia o ausencia de figuras parentales pueden condicionar el nivel de ansiedad, cooperación o resistencia del paciente frente a los procedimientos odontológicos (31). Por ejemplo, estilos de crianza autoritarios o sobreprotectores pueden generar mayores niveles de inseguridad o temor ante situaciones nuevas, mientras que estilos democráticos o con límites claros y apoyo emocional suelen favorecer conductas más colaboradoras y seguras en el entorno clínico (32).

Asimismo, un entorno familiar caracterizado por conflictos constantes, separación parental o inestabilidad emocional puede influir negativamente en la percepción que el paciente tiene de la atención odontológica, incrementando conductas de miedo, llanto o rechazo al tratamiento. En contraste, hogares donde predomina la contención afectiva, la preparación previa y una

comunicación clara sobre la importancia de la salud bucal tienden a promover una actitud más positiva y receptiva durante la consulta (33).

La forma en que los padres o apoderados transmiten sus propias experiencias y temores respecto a la atención dental también desempeña un papel determinante, ya que los pacientes pueden interiorizar dichas emociones y reproducirlas en el consultorio (34). De igual manera, la ausencia de una figura parental o la presencia de múltiples cuidadores puede generar variabilidad en las normas y en el acompañamiento emocional, influyendo en la conducta observada durante la atención (35) (36).

Comprender esta relación permite a los profesionales en odontopediatría diseñar e implementar estrategias de manejo conductual individualizadas, como técnicas de comunicación adaptadas a la edad, refuerzo positivo, modelado conductual o desensibilización progresiva, considerando el contexto familiar del paciente (37). De este modo, se favorece una atención más empática, efectiva y centrada en el bienestar integral del paciente, fortaleciendo no solo la experiencia clínica inmediata, sino también la adherencia futura al cuidado de la salud bucal (38)

Asimismo, se ha observado que el vínculo afectivo y la participación activa de los padres durante la consulta, mediante acompañamiento físico y verbal positivo, puede favorecer la formación de hábitos de salud bucal más consistentes y disminuir comportamientos de resistencia (38). Factores culturales y de crianza, como la percepción del dolor y la autoridad de la figura profesional, también juegan un rol importante, ya que influyen en la interpretación que el paciente hace de la experiencia odontológica. Comprender la interacción de todos estos factores permite a los profesionales en odontopediatría aplicar estrategias de manejo conductual más personalizadas y basadas en evidencia, como el uso de técnicas de distracción, reforzamiento positivo, modelado conductual y control gradual de la exposición, considerando no solo la edad del paciente, sino también su contexto familiar, social y emocional (39) (40).

## **2.3. Formulación de hipótesis**

### **2.3.1. Hipótesis general**

Existe relación entre el tipo de familia y la conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025.

### **2.3.2. Hipótesis específicas**

**Hi:** Existe relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025, según sexo.

**Ho:** No existe relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025, según sexo.

**Hi:** Existe relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025, según edad.

**Ho:** No existe relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025, según edad.

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Método de la investigación**

Hipotético – deductivo: exige al investigador combinar el razonamiento lógico, a través de la formulación de hipótesis y deducciones, con el análisis del entorno real mediante la observación y comprobación empírica (41).

#### **Enfoque de la investigación**

La metodología fue cuantitativa donde recolectó y analizó cifras numéricas (41).

#### **Tipo de investigación**

El presente estudio corresponde a una investigación básica porque solo realizará observación de un fenómeno de estudio (41).

#### **Nivel o alcance de la investigación**

Observacional: Visualizó el objeto a estudiar para efectuar a su anotación idónea (41).

Prospectivo: Se refiere a un tipo de análisis que examinó eventos o datos ocurridos en el presente (41).

Relacional: Este diseño permitió analizar el grado de relación existente entre ambas variables sin que se haya manipulado ninguna de ellas (41).

#### **Diseño de la investigación**

El diseño fue correlaciona porque evaluó la relación entre dos o más variables, a su vez fue no experimental, ya que no se intervino ni se modificaron las variables, sino que se analizaron en su contexto natural para observar los efectos que se presentaron (41).

#### **3.2. Población, muestra y muestreo**

##### **Población**

La población estuvo conformada por 200 pacientes odontopediátricos de 3 a 12 años de edad, atendidos junto con sus padres o apoderados en una clínica dental de Lima durante el período de evaluación comprendido entre octubre y diciembre del año 2025.

##### **Muestra**

La muestra fue 132 pacientes odontopediátrico con sus padres atendidos en una clínica dental de Lima – 2025.

Tipo de muestreo: probabilístico.

**Fórmula muestral:**

**Muestra:**

El tamaño muestral se representó por la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N x Z^2 p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 a * P * Q}$$

Dónde:

n = Tamaño muestral

N = Población=200

Z = Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

p = Error máximo (5%)

q = Probabilidad de fracaso (0.05)

d = Precisión (error máximo admisible en términos de proporción = 0.03)

Reemplazando:

$$n = \frac{200 * 1,96^2 * 0.05 * 0.95}{0.03^2 * (200 - 1) + 1,96^2 * 0.05 * 0.95} = 132$$

La muestra fue de 132 pacientes odontopediátrico con sus padres atendidos en una clínica dental de Lima – 2025.

**Criterios de inclusión:**

Pacientes odontopediátricos entre 3 a 12 años de edad atendidos en la clínica dental durante el periodo del estudio.

Niños que acudieron con un familiar responsable (padre, madre o tutor legal) capaz de brindar información sobre la composición y dinámica familiar.

Pacientes con primera o segunda visita dental registrada en la clínica, para evaluar mejor la conducta inicial.

Familias que aceptaron participar voluntariamente y firmen el consentimiento informado.

Niños sin alteraciones cognitivas o trastornos del desarrollo que puedan interferir con la evaluación conductual.

**Criterios de Exclusión:**

Niños que presenten condiciones médicas o psicológicas que afecten significativamente su conducta (trastorno del espectro autista, TDAH severo, etc.).

Pacientes con historial de tratamientos odontológicos extensos previos, que puedan sesgar la conducta observada.

Casos en los que no se pueda identificar claramente el tipo de familia del paciente (falta de información o tutores ausentes).

Familias que no acepten participar o no firmen el consentimiento informado.

Pacientes que no completaron la atención clínica programada o abandonaron el tratamiento.

## Variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Tipo de familia	Hace referencia a la clasificación estructural y funcional del núcleo familiar, determinada por el número de miembros, el rol que desempeñan, el vínculo entre ellos y su forma de organización.	Se clasificará según Luis de la Revilla	Composición familiar	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Nominal	Familia monoparental Familia extensa Familia nuclear Familia reconstituida
Conducta del paciente odontopediátrico	Se refiere a las respuestas emocionales y comportamentales que manifiesta el niño durante la atención dental, influenciadas por factores como la edad, experiencias previas, nivel de ansiedad, tipo de familia, y estrategias de manejo utilizadas por el profesional.	Se clasificará según escala de Frankl	Nivel de disposición del niño para colaborar durante el tratamiento dental.	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Nominal	Definitivamente negativo Levemente negativo Levemente positivo Definitivamente positivo

## **Definición operacional**

### **Variable 1**

**Tipo de familia:** Hace referencia a la clasificación estructural y funcional del núcleo familiar, determinada por el número de miembros, el rol que desempeñan, el vínculo entre ellos y su forma de organización.

### **Variable 2**

**Conducta del paciente odontopediátrico:** Se refiere a las respuestas emocionales y comportamentales que manifiesta el niño durante la atención dental, influenciadas por factores como la edad, experiencias previas, nivel de ansiedad, tipo de familia, y estrategias de manejo utilizadas por el profesional.

### **3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se solicitó la autorización al Director del Programa Académico Profesional de Odontología de la Universidad Norbert Wiener para ejecutar la investigación. Se solicitó la autorización del encargado de la clínica dental.

#### **Técnica**

La técnica optada para recoger la data fue la entrevista y la observación, mediante la cual la investigadora obtuvo información directa de los participantes relacionada a las variables. Para ello, se utilizaron instrumentos validados a nivel internacional, que han demostrado confiabilidad y relevancia en investigaciones previas de características similares.

#### **Procedimiento**

### **1. Autorización institucional**

Se solicitó la autorización formal del encargado de la clínica dental, para coordinar los días y las horas de la recolección de datos.

### **2. Aplicación de instrumentos**

A los participantes que cumplieron los criterios se les aplicaron dos instrumentos de recolección de datos:

Se aplicó la clasificación de Luis de la Revilla para el tipo de familia.

Se clasificó la conducta del paciente odontopediátrico según escala de Frankl.

El tiempo estimado por participante será de 20 a 30 minutos.

### **3. Codificación y análisis de datos**

Los datos recogidos fueron sistematizados en una base de datos en Microsoft Excel y luego analizados con el software estadístico SPSS versión 25.

### **Descripción de instrumentos**

El instrumento utilizado fue una ficha para recopilar datos y obtener los valores correspondientes.

### **Tipo de familia según Luis de la Revilla**

Luis de la Revilla propuso una clasificación familiar basada en la estructura, composición y las relaciones internas entre sus miembros, lo cual permitió comprender mejor el entorno en el que se desarrollaba el niño, especialmente relevante al analizar su conducta durante la atención odontológica. El padre de familia luego de ser entrevistado, se marcó según lo que indicó en la estructura familiar:

**Familia nuclear:** Estaba conformada por los padres (madre y padre) y sus hijos, todos conviviendo en el mismo hogar.

**Familia extensa:** Abarcaba a los padres, hijos y otros miembros como abuelos, tíos o primos, conviviendo en un entorno intergeneracional donde las normas y costumbres familiares más amplias tenían gran influencia en la crianza de los menores.

**Familia monoparental:** Estaba integrada por uno solo de los progenitores (madre o padre) que asumía la responsabilidad de criar a los hijos, situación que podía deberse a separación, divorcio, viudez o elección personal.

**Familia reconstituida o ensamblada:** Se formaba cuando alguno de los miembros de una nueva pareja tenía hijos de relaciones anteriores y convivían juntos como una familia.

### **Conducta del paciente odontopediátrico según la escala de Frankl**

El cirujano dentista evaluó la conducta del paciente y la registró en la ficha según correspondía:

**Conducta definitivamente negativa:** El paciente presentó rechazo total o fuerte oposición a la afirmación o práctica, no aceptó la recomendación incluso basada en evidencia, y mostró desinterés, escepticismo o resistencia activa al cambio. Los rasgos observados incluyeron actitud cerrada, baja disposición al aprendizaje, negación o desconfianza en la información y dependencia de creencias personales o desconocimiento total.

**Conducta levemente negativa:** El paciente mostró cierto desacuerdo o resistencia pasiva, reconoció la práctica pero no la aplicó consistentemente, y pudo presentar dudas, poca motivación o falta de compromiso. Los rasgos identificados fueron actitud

ambivalente, débil compromiso, influencia de mitos o desconocimiento parcial, y capacidad de cambio con orientación adecuada.

**Conducta levemente positiva:** El paciente mostró aceptación parcial o aplicó la conducta con algunas inconsistencias, y tuvo una actitud abierta al conocimiento aunque con fallas de ejecución o comprensión. Los rasgos observados incluyeron disposición favorable, conocimiento básico funcional, potencial para mejorar con intervención educativa y conducta orientada al cambio.

**Conducta definitivamente positiva:** El paciente mostró aceptación total y aplicación constante de la conducta recomendada, estuvo informado, convencido y actuó en consecuencia (por ejemplo, cepillaba los dientes de su hijo dos veces al día con pasta fluorada y lo llevaba a controles odontológicos preventivos). Los rasgos observados incluyeron actitud proactiva, conocimiento sólido, alto compromiso con la salud y autocuidado, y capacidad de influir positivamente en otros como modelo de conducta.

### **Validación**

El instrumento fue validado por el bachiller Urteaga Valdiviezo, Igor de la Universidad Cesar Vallejo mediante juicio de expertos (16).

### **Confiabilidad**

El instrumento encontró una adecuada concordancia. Se obtuvo que el índice de Kappa fue 0.818 (16).

### **3.4. Plan de procesamiento y análisis de datos**

Lo evidenciado de las fichas recolectadas se tabularon en excel del cual sirvió para transferirlos al paquete estadístico IBM SPSS Statistic 25, del cual sirvió para efectuar

las tablas descriptivas en calculos porcentuales, inferenciales y se utilizó pruebas no paramétricas para comprobar la hipótesis del estudio como Chi Cuadrado de Pearson.

### **3.5. Aspectos éticos**

Se cumplieron y aceptaron todas las pautas éticas establecidas y validadas por el Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la UNW, asegurando que la investigación se realizó conforme a los estándares internacionales de bioética y a las normativas institucionales vigentes. La ejecución del estudio garantizó en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los participantes, respetando su dignidad, autonomía y bienestar, así como los principios de equidad, justicia, no maleficencia y beneficencia.

Asimismo, se aseguró el respeto por los derechos de autor y la propiedad intelectual, cumpliendo con los lineamientos académicos establecidos. Para ello, se utilizó la herramienta antiplagio Turnitin, con el fin de verificar la originalidad del contenido y evitar cualquier forma de plagio, promoviendo una investigación transparente, ética y con integridad científica.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 Resultados

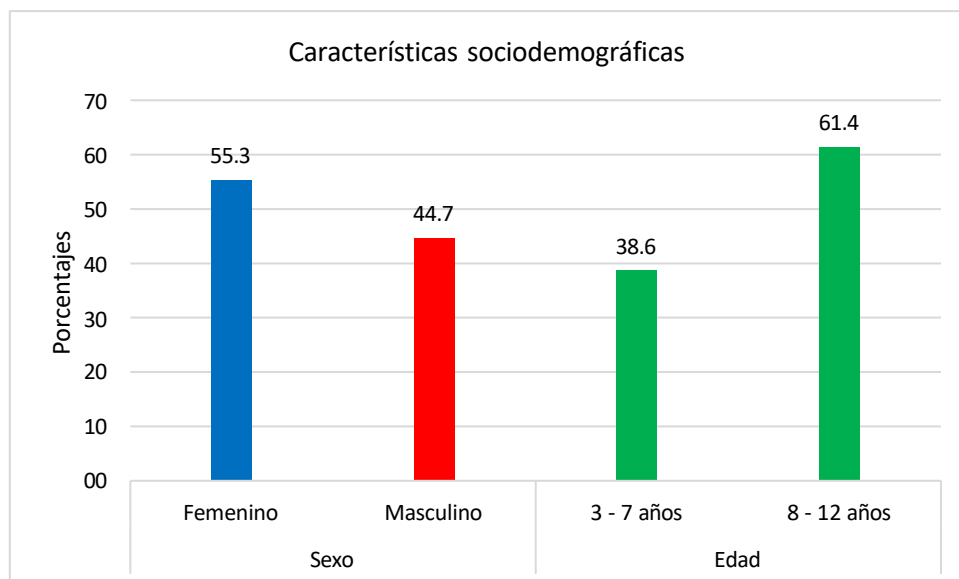
**Tabla 1.** Características sociodemográficas en paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025

Características sociodemográficas		Fi	%
Sexo	Femenino	73	55,3
	Masculino	59	44,7
Edad	3 - 7 años	51	38,6
	8 - 12 años	81	61,4
	Total	132	100,0

Fuente: Base de datos de la investigación

**Interpretación:** La tabla muestra las características sociodemográficas de los 132 pacientes odontopediátricos evaluados. Se observó un mayor porcentaje de participantes del sexo femenino con 55,3% en comparación con el masculino de 44,7%. En relación con la edad agrupada, la mayor proporción de pacientes correspondió al rango de 8 a 12 años con un 61,4%, mientras que el grupo de 3 a 7 años alcanzó el 38,6%, constituyendo el porcentaje más bajo.

**Gráfico 1.** Características sociodemográficas en paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025



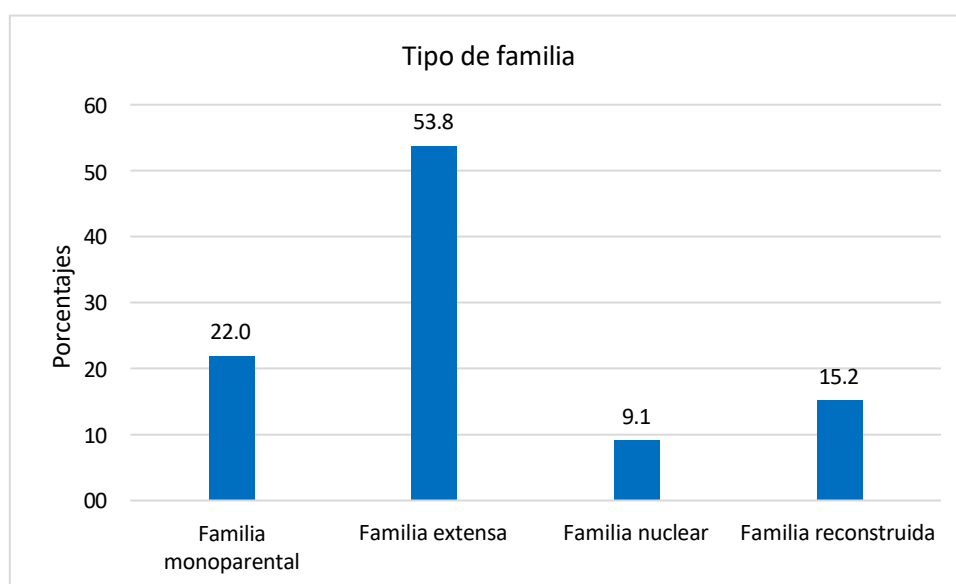
**Tabla 2.** Tipo de familia más frecuente en el paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025

Tipo de familia	Fi	%
Familia monoparental	29	22,0
Familia extensa	71	53,8
Familia nuclear	12	9,1
Familia reconstruida	20	15,2
Total	132	100,0

Fuente: Base de datos de la investigación

**Interpretación:** La tabla muestra la distribución de los pacientes odontopediátricos según el tipo de familia. Se observa que la mayoría pertenece a familias extensas, representando el 53,8% del total. Le siguen las familias monoparentales con un 22,0%, las reconstituidas con 15,2%, y finalmente las nucleares, que constituyen el 9,1%. Estos resultados evidencian que las familias extensas son el tipo predominante entre los pacientes atendidos en la clínica dental, lo que podría reflejar una estructura familiar común en el contexto del estudio.

**Gráfico 2.** Tipo de familia más frecuente en el paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025



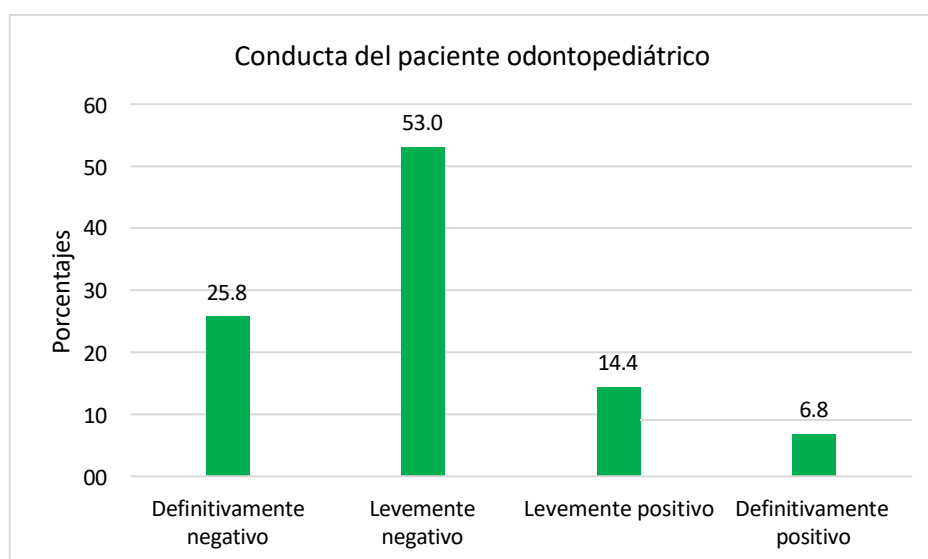
**Tabla 3.** Conducta más frecuente en paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025

Conducta del paciente odontopediátrico	Fi	%
Definitivamente negativo	34	25,8
Levemente negativo	70	53,0
Levemente positivo	19	14,4
Definitivamente positivo	9	6,8
Total	132	100,0

Fuente: Base de datos de la investigación

**Interpretación:** La tabla evidencia la distribución de los pacientes odontopediátricos según su conducta durante la atención clínica. Se observa que la mayoría presentó una conducta levemente negativa con un 53,0%, seguida por aquellos con conducta definitivamente negativa con 25,8%. En menor proporción se encontraron los pacientes con conducta levemente positiva mostro un 14,4% y definitivamente positiva con menor porcentaje 6,8%. Estos resultados indican que predominaron las conductas negativas durante la atención odontológica, lo que sugiere la necesidad de fortalecer estrategias de manejo conductual en el ámbito odontopediátrico.

**Gráfico 3.** Conducta más frecuente en paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025



**Tabla 4.** Relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025, según sexo

		Sexo				Total		P valor
		Femenino		Masculino				
		Fi	%	Fi	%	Fi	%	
Tipo de familia	Familia monoparental	12	9,1	17	12,9	29	22,0	0,024
	Familia extensa	48	36,4	23	17,4	71	53,8	
	Familia nuclear	5	3,8	7	5,3	12	9,1	
	Familia reconstruida	8	6,1	12	9,1	20	15,2	
Conducta del paciente odontopediátrico	Definitivamente negativo	25	18,9	9	6,8	34	25,8	0,023
	Levemente negativo	32	24,2	38	28,8	70	53,0	
	Levemente positivo	9	6,8	10	7,6	19	14,4	
	Definitivamente positivo	7	5,3	2	1,5	9	6,8	
	Total	73	55,3	59	44,7	132	100,0	

Prueba estadística: Chi Cuadrado Fuente:  
Base de datos de la investigación

**Interpretación:** Nos muestra la distribución del tipo de familia en función del sexo de los pacientes odontopediátricos. Se identifica que la familia extensa constituye el grupo más frecuente, con un 36,4% en el sexo femenino y un 17,4% en el masculino, lo que indica una mayor presencia de niñas que pertenecen a este tipo de familia. En conjunto, los hallazgos reflejan que la mayor proporción de pacientes, especialmente del sexo femenino, proviene de familias extensas, mientras que los demás tipos familiares muestran una representación menor en ambos sexos. El análisis estadístico mediante la prueba de Chi-cuadrado reveló un valor  $p < 0,05$ , demostrando la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el tipo de familia y el sexo de los participantes.

El análisis de la conducta de los pacientes odontopediátricos según el sexo evidencia que la conducta levemente negativa fue la más común en ambos grupos, registrando un 24,2% en el sexo femenino y un 28,8% en el masculino. Esto sugiere que tanto las niñas como los niños manifestaron, en su mayoría, actitudes moderadamente desfavorables durante

la atención odontológica. En términos generales, se observa una predominancia de conductas negativas, principalmente las levemente negativas, con una tendencia ligeramente mayor en el grupo femenino. Este resultado, respaldado por la prueba de Chi-cuadrado con un valor p menor a 0,05, confirma la existencia de una relación estadísticamente significativa entre la conducta del paciente odontopediátrico y el sexo.

**Tabla 5.** Relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025, según edad

		Edad						P valor
		3 - 7 años		8 - 12 años		Total		
		Fi	%	Fi	%	Fi	%	
Tipo de familia	Familia monoparental	15	11,4	14	10,6	29	22,0	0,026
	Familia extensa	19	14,4	52	39,4	71	33,0	
	Familia nuclear	6	4,5	6	4,5	12	9,1	
	Familia reconstruida	11	8,3	9	6,8	20	15,2	
Conducta del paciente odontopediátrico	Definitivamente negativo	17	12,9	17	12,9	34	25,8	0,047
	Levemente negativo	28	21,2	42	31,8	70	53,0	
	Levemente positivo	6	4,5	13	9,8	19	14,4	
	Definitivamente positivo	0	0,0	9	6,8	9	6,8	
	Total	51	38,6	81	61,4	132	100,0	

Prueba estadística: Chi Cuadrado Fuente:  
Base de datos de la investigación

**Interpretación:** El análisis de la distribución del tipo de familia en función de los grupos etarios de los pacientes odontopediátricos muestra que la familia extensa es la más predominante en ambas edades, con una mayor frecuencia en el grupo de 8 a 12 años con 39,4% frente al grupo de 3 a 7 años con un 14,4%. Esto sugiere que esta estructura familiar es más característica entre los pacientes de mayor edad. En conjunto, los resultados reflejan que la familia extensa constituye el tipo familiar más común, particularmente entre los niños de 8 a 12 años, mientras que los otros tipos de familia presentan una distribución relativamente uniforme entre los distintos grupos de edad. El análisis estadístico mediante la prueba de Chi-cuadrado arrojó un valor p menor a 0,05, lo que

confirma la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el tipo de familia y la edad de los participantes.

A continuación, se observa la distribución de la conducta de los pacientes odontopediátricos según el grupo etario revela que la conducta levemente negativa fue la más predominante en ambos grupos, con un 31,8% en los niños de 8 a 12 años y un 21,2% en los de 3 a 7 años. Esto indica que la mayoría de los pacientes presentaron actitudes moderadamente desfavorables durante la atención odontológica, siendo más notorio en los de mayor edad. En conjunto, los resultados evidencian que las conductas negativas, especialmente las levemente negativas, son las más frecuentes en ambos grupos etarios, aunque se aprecia una tendencia hacia una mejor conducta en los niños mayores, quienes muestran porcentajes más altos de comportamientos positivos.

El análisis estadístico mediante la prueba de Chi-cuadrado, con un valor p inferior a 0,05, confirma la existencia de una relación estadísticamente significativa entre la conducta del paciente odontopediátrico y la edad.

**Tabla 6.** Comprobación de hipótesis general, relación entre el tipo de familia y la conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025

**H0:** No existe relación entre el tipo de familia y la conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025.

**H1:** Existe relación entre el tipo de familia y la conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025.

**Criterio de decisión**

Si  $p < 0,05$  rechazamos la **H0** y aceptamos **H1**

Si  $p > 0,05$  rechazamos la **H1** y aceptamos **H0**

	Prueba de chi - cuadrado	P valor
Tipo de familia – Conducta del paciente odontopediátrico	37.010 <sup>a</sup>	0,000

Prueba estadística: Chi Cuadrado  
Fuente: Base de datos de la investigación

**Interpretación:** La prueba de Chi-cuadrado mostró la existencia de una relación significativa entre el tipo de familia y la conducta del paciente odontopediátrico atendido en una clínica dental de Lima en el año 2025. Este resultado, reflejado en un valor p menor a 0,05, sustenta la aceptación de la hipótesis alternativa (**H1**), confirmando que ambas variables presentan una relación estadísticamente significativa.

## 4.2. Discusión

En la investigación se evidenció que la familia extensa fue el tipo familiar predominante (53,8 %) y que la conducta levemente negativa fue la más frecuente (53,0 %) entre los pacientes odontopediátricos. Se encontró relación significativa entre la estructura familiar, la conducta, el sexo y la edad de los niños, siendo más notoria en niñas y en el grupo de 8 a 12 años. Al comparar con estudios previos, se observan diferencias atribuibles al tamaño de la muestra, contexto cultural, rango etario y técnicas de manejo conductual utilizadas. Estos hallazgos destacan la influencia del entorno familiar en la actitud del niño durante la atención odontológica, subrayando la importancia de estrategias personalizadas que consideren la estructura familiar y las características individuales para mejorar la cooperación infantil en el consultorio.

En el presente estudio la conducta predominante fue levemente negativa (53,0 %), lo cual es un porcentaje más alto que el comportamiento no cooperativo observado por **Alamoudi R. et al. (2024)** donde se evidenció que un 27,3 % de los niños presentó comportamiento no cooperativo, asociado con visitas de emergencia y alta experiencia de caries. Esto podría deberse a que la muestra de Lima incluyó niños en un rango de edad más amplio y atendidos en un contexto clínico rutinario, no únicamente en emergencias. Además, factores familiares como la presencia de familia extensa podrían influir en la mayor prevalencia de conductas levemente negativas.

En nuestra investigación, la conducta levemente negativa fue la más frecuente, y las niñas pertenecían mayormente a familias extensas discrepando con **García C. et al. (2022)** donde la mayoría de los niños (72,2 %) mostró ansiedad “inquietada”, pero la conducta fue mayormente levemente positiva; el estilo autoritativo predominó entre los padres. Las diferencias podrían reflejar la influencia directa de la estructura familiar sobre la

conducta, más allá del estilo parental individual. Mientras García se enfocó en estilos de crianza, nuestros resultados sugieren que la interacción de los niños con familias extensas podría generar comportamientos moderadamente negativos debido a la dinámica y el número de miembros que intervienen en su cuidado.

Nuestro estudio evidencia predominio de conductas levemente negativas discrepando con **Carmona L. et al. (2022)** donde la mayoría de los niños presentó comportamiento positivo y buena adaptación social. Las diferencias podrían deberse al tamaño y características de la muestra (solo 50 niños en Carmona) y al contexto cultural. En Lima, la predominancia de familias extensas y la mayor edad de algunos pacientes (8 a 12 años) puede aumentar la manifestación de conductas levemente negativas.

La conducta de los niños en nuestra investigación mostró una relación significativa con la estructura familiar, lo que indica que factores sociales y culturales internos de la familia también modulan la conducta del paciente discrepando con **Al Zoubi L. et al. (2021)** donde la aceptación de técnicas avanzadas de manejo del comportamiento depende del contexto cultural y de la urgencia del tratamiento. Esto se debe a la influencia de los padres sobre la aceptación de técnicas, nuestros hallazgos resaltan la relación directa entre estructura familiar (familia extensa) y comportamiento infantil, indicando un efecto más amplio de la dinámica familiar sobre la conducta clínica.

La relación significativa entre tipo de familia y conducta encontrada en nuestro estudio coincide con la noción de que el entorno familiar influye en el comportamiento de los niños teniendo proximidad con **Mursuli M. (2021)** donde la salud bucodental se relaciona con factores familiares y estilos de vida. Esto se debe a que Mursuli se enfocó en determinantes de salud generales, nuestros hallazgos especifican que la estructura familiar (especialmente la familia extensa) está asociada con conductas levemente

negativas durante la atención odontológica, reforzando la importancia del contexto familiar en la práctica clínica pediátrica.

Nuestros hallazgos mostraron relación estadísticamente significativa entre familia extensa y conducta levemente negativa ( $p < 0,05$ ) discrepando con **Urteaga I. (2020)** donde no se encontró relación significativa entre tipo de familia y conducta infantil (50 % positiva, 50 % negativa) ( $p > 0,05$ ). La diferencia podría estar relacionada con el tamaño reducido de la muestra piloto de Urteaga (10 pacientes), mientras que nuestra investigación incluyó un mayor número de participantes y consideró variables de sexo y edad, lo que permitió detectar relaciones significativas.

En nuestro estudio se halló la relación entre conducta y tipo de familia. Además, en nuestro estudio se halló relación significativa entre conducta y sexo (niñas con conducta levemente negativa más frecuente) y edad (8 a 12 años con predominio de conducta levemente negativa) coincidiendo con **Jaramillo (2020)** donde existió relación entre conducta y tipo de familia; no hubo relación con sexo, pero sí con edad. Las semejanzas podrían deberse a la inclusión de la variable sexo y un análisis más detallado por rangos etarios.

En la tesis, aunque se observó predominio de conducta levemente negativa, el uso de técnicas de refuerzo podría reducir la incidencia de conductas negativas, sugiriendo que la intervención clínica influye sobre los resultados observados teniendo proximidad con **Román M. et al. (2020)** donde se evidenció la efectividad de técnicas de manejo conductual (refuerzos y presentes) para mejorar la cooperación infantil. Las diferencias pueden reflejar la importancia de la aplicación de estrategias de manejo conductual dentro de la consulta, que no fue un factor principal en la recolección de nuestros datos pero que debería incorporarse para mejorar la cooperación de los pacientes.

## **CONCLUSIONES**

Existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de familia y la conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025.

El tipo de familia más frecuente en el paciente odontopediátrico es la familia extensa atendidos en una clínica dental de Lima – 2025.

La conducta más frecuente en paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025.

Existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de familia y el paciente odontopediátrico del sexo femenino y también existe relación estadísticamente significativa entre conducta y paciente odontopediátrico del sexo masculino atendidos en una clínica dental de Lima – 2025.

Existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico de 8 a 12 años atendidos en una clínica dental de Lima – 2025.

## **RECOMENDACIONES**

Implementar estrategias de manejo conductual diferenciadas según el tipo de familia. Esto permitirá adaptar las técnicas de comunicación y motivación durante la atención odontológica.

Desarrollar protocolos específicos para pacientes con conducta negativa o levemente negativa, priorizando técnicas de refuerzo positivo, control de ansiedad y acompañamiento familiar durante los procedimientos.

Capacitar a los profesionales en la identificación de tipos de familia y conducta infantil, promoviendo un enfoque integral que considere factores familiares y psicosociales en la atención odontopediátrica.

Fomentar la participación activa de los padres o cuidadores en la preparación del niño para la consulta odontológica, enseñando técnicas de apoyo emocional y refuerzo positivo, especialmente en familias extensas o con dinámicas complejas.

Profundizar en el estudio de la influencia de otros factores familiares y sociales sobre la conducta del paciente odontopediátrico, ampliando la muestra y considerando distintas realidades culturales para generalizar los hallazgos.

## 5. REFERENCIAS

1. Almutairi S, Scambler S, Bernabé E. Family functioning and dental caries among preschool children. *J Public Health Dent.* 2022;82(4):406–14.
2. Watt S, Gilbert D, Santos RG, Jones D, Cooper A, Asthana S. Does poor oral health impact on young children’s development? A rapid review. *Br Dent J.* 2024;237(4):255–60.
3. Jürgensen N, Petersen PE. Oral health and the impact of socio-behavioural factors in a cross-sectional survey of 12-year-old school children in Laos. *BMC Oral Health.* 2009;9(1):29.
4. Sun IG, Liu K, Gao X, Gao Y, Li X, Wu Y, et al. Global prevalence of early childhood dental fear and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *J Dent.* 2024;142:104841.
5. Listl S. Family composition and children’s dental health behavior: evidence from Germany. *J Public Health Dent.* 2011;71(2):91–101.
6. Soares FC, Lima RA, de Barros MV, Colares V. Predictors of dental anxiety in Brazilian 5–7 years old children. *Compr Psychiatry.* 2016;67:46–53.
7. Hernández-Vásquez A, Azañedo D, Vargas-Fernández R, Santero M. Use of oral health care services in Peru: trends of socio-economic inequalities before and after the implementation of Universal Health Assurance. *BMC Oral Health.* 2019;19(1):39.
8. Delgado-Angulo EK, Hobdell MH, Bernabé E. Poverty, social exclusion and dental caries of 12-year-old children: a cross-sectional study in Lima, Peru. *BMC Oral Health.* 2009;9(1):16.
9. Tafur Chávez NA, Portal Segura A, Rojas Daza WA, Pinedo Jaramillo RG. Salud bucal familiar y gastos por caries dental en niños atendidos en un centro de salud de Lámud, Perú, durante el año 2023. *Rev Estomatol Herediana.* 2024;34(4):317–25.

10. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Azañedo D. Access to oral health services in children under twelve years of age in Peru, 2014. *Salud Colectiva*. 2016;12(3):429–41.
11. Alamoudi RA, Althumairy R, Aldossary MS, Alhassoun R, Alharbi N, Alharbi A, et al. Risk factors associated with children’s behavior in dental clinics: a cross-sectional study. *Children (Basel)*. 2024;11(6):677.
12. García CB, Peralta R, Morales C. Influencia del patrón de crianza parental sobre el comportamiento del paciente pediátrico en la clínica dental: estudio piloto. *Rev Odontopediatr Latinoam*. 2022;12:1–8.
13. Carmona L, Pérez X, Gómez J, et al. Evaluación de los factores que influyen en el comportamiento del niño durante la consulta odontológica. [Nombre de la revista pendiente]. 2022;[volumen(número)]:[páginas].
14. Al Zoubi L, Jabbour M, Hassona Y, Sakka S. Parental acceptance of advanced behaviour management techniques in paediatric dentistry in families with different cultural background. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2021;22(4):707–13.
15. Mursuli M. Familia, salud bucal y sus determinantes. Área Norte. Sancti Spíritus. X Simposio Visión Salud Bucal y IX Taller sobre el Cáncer Bucal. 2021;1(1):1–12.
16. Urteaga I. Relación entre la estructura familiar y la conducta del paciente odontopediátrico atendido en el hospital Jorge Reátegui Delgado–Piura, 2020: Prueba piloto. [Tesis de pregrado]. Piura: Universidad Nacional de Piura; 2020.
17. Jaramillo S. Tipo de familia y su relación con la conducta del niño en la consulta odontopediátrica, en la clínica estomatológica USS, 2018-I [Tesis de pregrado]. Chiclayo: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Señor de Sipán; 2020.
18. Román Delgado MR. Técnicas comunicativas para el manejo de conducta en la consulta odontológica pediátrica. 2020.

19. Gentry JW, Commuri S, Jun S. Review of literature on gender in the family. *Acad Mark Sci Rev.* 2003;1(1):1–18.
20. Calabrò A, Torchia M, Pukall T, Mussolino D. Innovation in family firms: A systematic literature review and guidance for future research. *Int J Manag Rev.* 2009;21(3):317–55.
21. Castilho ARF, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children’s oral health: a systematic review. *J Pediatr (Rio J).* 2013;89(2):116–23.
22. Bazurto P. La familia y el desarrollo del niño. 2019 [citado 2025 jul 18]. Disponible en: <https://lafamiliayeldesarrollodelnino.blogspot.com/2019/02/definicion-de-familia.html>
23. Louro I. Modelo de salud del grupo familiar. *Rev Cubana Salud Pública.* 2005;31(4):8–12.
24. Louro I. Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso Salud-Enfermedad. *Experiencia en Atención Primaria de Salud, 1993.* *Rev Cubana Salud Pública.* 2000;26(1):5–8.
25. Herrera P. Rol de género y funcionamiento familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2000;16(6):5–10.
26. García M. Conducta de los niños en la visita odontopediátrica y su ambiente familiar [Tesis]. Granada: Universidad de Granada, Departamento de Estomatología; 2010.
27. Cárdenas JD. Fundamentos de odontopediatría. 3ª ed. Bogotá (Colombia): Editorial CIB; 2003.
28. Borboni N, Escobar Rojas A. Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2010.

29. Patel M, Thikkurissy S, Fields H. Parental attitudes toward advanced behaviour guidance techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent*. 2016;38(1):30–6.
30. Hassan M, et al. Aplicación de técnicas de manejo de la conducta en pacientes odontológicos pediátricos por profesionales de odontología de Bentham Open Tanzania. *Bentham Open*. 2015;9(1):455–61.
31. Bordoni N, Escobar A, Castillo Mercado R. *Odontología pediátrica*. 1ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2010.
32. Manopetchkasem A. et al. Influence of past advanced behavior guidance experience on parental acceptance for autistic individuals in the dental setting. *BMC Oral Health*. 2023; 23(1): 23.
33. Abdulla E, Mariem O, Gamal B. Parental Acceptance Towards Various Behavior Guidance Techniques Used in Pediatric Dentistry in Some Private and Governmental Dental Clinics in Bahrain—A Cross Sectional Study. *Egyptian Dental Journal*. 2024; 70(1): 35-44.
34. Massignan C. et al. Parental acceptance toward behavior guidance techniques for pediatric dental visits: a meta-analysis. *Brazilian Oral Research*. 2022; 36 (2): 0127.
35. Anwar A. et al. Knowledge, Attitudes and Training Gaps among Dental Interns towards Pediatric Behaviour Management: A Questionnaire Survey. *Kerala Dental Journal*. 2026;49(1): 31-35.
36. Tran P, et al. Parental Acceptance of Behavior Management Techniques in Pediatric Dental Patients and Associated Factors: A Cross-Sectional Study. *Journal of International Dental and Medical Research*. 2022; 15(3): 1217-1222.
37. Samah M, Kamal E, Abdelgawad F. Behavior management techniques adopted by pediatric dentists in Cairo, Egypt: a cross-sectional study. *Journal of International Oral Health*. 2023; 15(1): 97-105.
38. Aldhelai A. et al. Parental acceptance of behavior management techniques for pediatric dental visits in Qassim, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *The Open Dentistry Journal*.

- 2023; 17(1):1-10.
39. Seangpadsa K, Apiwan S, Pattarawadee L. Parental acceptance of behavior management techniques for preschool children in dental practice: Revisited. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2020; 38(3): 274-279.
40. Candan M, Elifcan K, Yilmaz K. Predictors of parental acceptance towards contemporary behavior management techniques used in pediatric dentistry: a preliminary study on turkish population. *Children*. 2023; 10(10): 1592.
41. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. 5th ed. Colombia: McGraw Hill Interamericana; [Internet] 2010. Disponible en: [https://www.academia.edu/20792455/Metodología\\_de\\_la\\_Investigación\\_5ta\\_edición\\_Roberto\\_Hernández\\_Sampieri](https://www.academia.edu/20792455/Metodología_de_la_Investigación_5ta_edición_Roberto_Hernández_Sampieri)

## **Anexos**

## Anexo 1: Constancia de comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

### CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 21 de agosto del 2025.

Autor Responsable:  
**KEYLA JULEIVI CARDENAS PINTADO**

**Exp. N°: 2065-2025**

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** el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: "RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE FAMILIA Y CONDUCTA DEL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO ATENDIDOS EN UNA CLÍNICA DENTAL DE LIMA – 2025" Versión Nro. 1, con fecha 18/08/2025.

El cual tiene como Autor(es) a:  
**KEYLA JULEIVI CARDENAS PINTADO**

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:

- La **vigencia** de la aprobación es **24 meses** a partir de la emisión de este documento.
- Toda **enmienda** deberá presentarse al CIEIC-UPNW; el proyecto no podrá ejecutarse sin su aprobación previa.
- La constancia de aprobación por el CIEIC **no garantiza la aceptación** por parte de las **instituciones** donde pretende ejecutar el trabajo de investigación.

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

Atentamente,

  
  
**Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta**  
Presidente  
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica  
Universidad Privada Norbert Wiener

Avenida Arequipa 440  
Universidad Privada Norbert Wiener  
Teléfono: 706-5555 anexo 3286-3287 Cel. 939513820  
Correo: comite.etica@uwieneredu.pe

### **Anexo 3: Consentimiento informado**

**Título de proyecto de investigación:** “Relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025”

**Investigador :** Cárdenas Pintado, Keyla Juleivi

**Institución(es):** Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “Relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025” y versión.01. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW).

#### **I. INFORMACIÓN**

**Propósito del estudio:** El propósito de este estudio es determinar la relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025. Su ejecución ayudará a determinar cómo se relaciona estas variables y cómo influye en el tratamiento odontopediátrico.

**Duración del estudio (meses):** 6 mes.

**Nº esperado de participantes:** 132 participantes.

#### **Criterios de Inclusión y exclusión:**

Niños que acudan con un familiar responsable (padre, madre o tutor legal) capaz de brindar información sobre la composición y dinámica familiar.

Pacientes con primera o segunda visita dental registrada en la clínica, para evaluar mejor la conducta inicial.

Familias que acepten participar voluntariamente y firmen el consentimiento informado.

Niños sin alteraciones cognitivas o trastornos del desarrollo que puedan interferir con la evaluación conductual.

Niños que presenten condiciones médicas o psicológicas que afecten significativamente su conducta (trastorno del espectro autista, TDAH severo, etc.).

Pacientes con historial de tratamientos odontológicos extensos previos, que puedan sesgar la conducta observada.

Casos en los que no se pueda identificar claramente el tipo de familia del paciente (falta de información o tutores ausentes).

Familias que no acepten participar o no firmen el consentimiento informado.

Pacientes que no completaron la atención clínica programada o abandonaron el tratamiento.

**Procedimientos del estudio:** Si Usted decide participar en este estudio se le realizará los siguientes procesos:

- Llenado del consentimiento informado.
- Llenado de la ficha de recolección de datos.

La *ficha* puede demorar unos 15 minutos.

Los resultados se le entregarán a usted en forma individual y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

**Riesgos:**

Su participación en el estudio *no* presenta riesgo.

**Beneficios:**

Usted se beneficiará del presente proyecto para mejorar su salud bucal.

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

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

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

**Preguntas/Contacto:** Puede comunicarse con el Investigador Principal (Cárdenas Pintado, Keyla, 901632371).

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, **Email:** comité.[etica@uwiener.edu.pe](mailto:etica@uwiener.edu.pe)

## II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

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

\_\_\_\_\_ *(Firma)* \_\_\_\_\_

Nombre **participante:**

DNI:

Fecha: *(dd/mm/aaaa)*

\_\_\_\_\_ *(Firma)* \_\_\_\_\_

Nombre **investigador:**

DNI:

Fecha: *(dd/mm/aaaa)*

\_\_\_\_\_ *(Firma)* \_\_\_\_\_

Nombre testigo o representante legal:

DNI:

Fecha: *(dd/mm/aaaa)*

#### **Anexo 4: Asentimiento informado**

**Título de proyecto:** “Relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025”

El objetivo de este estudio es determinar la relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025. Su ejecución ayudará a determinar como se relaciona estas variables y como influye en el tratamiento odontopediátrico.

Hola mi nombre es Cárdenas Pintado, Keyla y estudio en el Departamento de Odontología de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW). Actualmente se está realizando un estudio de investigación para conocer acerca del tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico y para ello queremos pedirte tu participación.

Tu participación en el estudio consistiría en decirme como te sientes en el tratamiento dental.

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 proporcionas/ las mediciones que realicemos nos ayudarán a mejorar tu salud bucal.

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:

\_\_\_\_\_  
(firma)\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

## **Anexo 5: Instrumentos**

### **A) Evaluación del tipo de familia**

<b>Tipo de familia</b>	
<b>Familia monoparental</b>	
<b>Familia extensa</b>	
<b>Familia nuclear</b>	
<b>Familia reconstituida</b>	

## B) Evaluación de la conducta del paciente odontopediátrico

<b>Conducta del paciente odontopediátrico</b>	
<b>Muy Negativa (- -)</b> El niño muestra una actitud clara de rechazo al tratamiento. Llora intensamente, grita, se niega a colaborar y puede resistirse físicamente. No acepta ningún tipo de intervención y expresa miedo o ansiedad extrema.	
<b>Negativa (-)</b> El paciente está renuente, no cooperativo y puede mostrarse ansioso o desconfiado. Puede llorar o protestar de forma leve, pero no con la intensidad del nivel anterior. Acepta mínimamente el tratamiento, pero con gran inseguridad.	
<b>Positiva (+)</b> Muestra voluntad de cooperar, aunque con signos leves de temor o reserva. Puede seguir instrucciones aunque necesite motivación o refuerzo. Acepta el tratamiento dental con cierta reticencia.	
<b>Muy Positiva (++)</b> El niño tiene una actitud excelente frente al tratamiento. Coopera activamente, sigue instrucciones, está relajado, interesado o incluso disfruta la experiencia. No presenta signos de ansiedad ni temor.	

**Fuente:** Urteaga I. Relación entre la estructura familiar y la conducta del paciente odontopediátrico atendido en el hospital Jorge Reátegui Delgado–Piura, 2020: Prueba piloto. [Tesis de pregrado]. Piura: Universidad Nacional de Piura; 2020.

## Anexo 6: Matriz de consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuál es la relación entre el tipo de familia y la conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿Cuál es el tipo de familia más frecuente en el paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025?</p> <p>¿Cuál es la conducta más frecuente en paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025, según sexo?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025, según edad?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación entre el tipo de familia y la conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Determinar el tipo de familia más frecuente en el paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025.</p> <p>Determinar la conducta más frecuente en paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025.</p> <p>Determinar relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025, según sexo.</p> <p>Determinar relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025, según edad.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Existe relación positiva entre el tipo de familia y la conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>Existe relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025, según sexo.</p> <p>Existe relación entre el tipo de familia y conducta del paciente odontopediátrico atendidos en una clínica dental de Lima – 2025, según edad.</p>	<p>Variable 1</p> <p>Tipo de familia</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Variable 2</p> <p>Conducta del niño paciente</p>	<p>Tipo de investigación: Enfoque cuantitativo</p> <p>Método y diseño de la investigación:</p> <p>Método: Estudio básico, observacional, descriptivo y cuantitativo.</p> <p>Diseño: No experimental, Observacional, transversal.</p>

## Anexo 7: Base de datos

A	B	C	D	E
N	Sexo	Edad	Tipo de familia	Conducta del paciente odontopediátrico
1	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo
2	Femenino	3 - 7 años	Familia monoparental	Levemente positivo
3	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo
4	Masculino	3 - 7 años	Familia reconstruida	Definitivamente negativo
5	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Definitivamente positivo
6	Femenino	3 - 7 años	Familia nuclear	Definitivamente negativo
7	Masculino	3 - 7 años	Familia monoparental	Levemente negativo
8	Femenino	3 - 7 años	Familia extensa	Definitivamente negativo
9	Femenino	3 - 7 años	Familia extensa	Levemente negativo
10	Masculino	8 - 12 años	Familia reconstruida	Levemente positivo
11	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo
12	Femenino	8 - 12 años	Familia monoparental	Definitivamente negativo
13	Masculino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente positivo
14	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo
15	Masculino	3 - 7 años	Familia reconstruida	Levemente negativo
16	Masculino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo
17	Masculino	8 - 12 años	Familia nuclear	Definitivamente negativo
18	Masculino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo
19	Masculino	3 - 7 años	Familia monoparental	Levemente negativo
20	Femenino	3 - 7 años	Familia extensa	Definitivamente negativo
21	Masculino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo
22	Masculino	8 - 12 años	Familia monoparental	Levemente negativo
23	Masculino	8 - 12 años	Familia extensa	Definitivamente positivo
24	Masculino	8 - 12 años	Familia reconstruida	Levemente negativo
25	Femenino	3 - 7 años	Familia extensa	Definitivamente negativo
26	Masculino	3 - 7 años	Familia monoparental	Levemente negativo
27	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente positivo
28	Masculino	8 - 12 años	Familia reconstruida	Levemente negativo
29	Femenino	3 - 7 años	Familia extensa	Definitivamente negativo
30	Masculino	3 - 7 años	Familia monoparental	Levemente negativo
31	Femenino	3 - 7 años	Familia nuclear	Levemente positivo
32	Femenino	3 - 7 años	Familia extensa	Levemente negativo
33	Femenino	8 - 12 años	Familia monoparental	Levemente positivo
34	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo

A	B	C	D	E	F
35	Femenino	8 - 12 años	Familia reconstruida	Definitivamente negativo	
36	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Definitivamente positivo	
37	Masculino	3 - 7 años	Familia nuclear	Definitivamente negativo	
38	Masculino	3 - 7 años	Familia monoparental	Levemente negativo	
39	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Definitivamente negativo	
40	Masculino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo	
41	Femenino	3 - 7 años	Familia reconstruida	Levemente positivo	
42	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo	
43	Femenino	8 - 12 años	Familia monoparental	Definitivamente negativo	
44	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente positivo	
45	Masculino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo	
46	Masculino	3 - 7 años	Familia reconstruida	Levemente negativo	
47	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo	
48	Masculino	3 - 7 años	Familia nuclear	Definitivamente negativo	
49	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo	
50	Masculino	3 - 7 años	Familia monoparental	Levemente negativo	
51	Femenino	3 - 7 años	Familia extensa	Definitivamente negativo	
52	Masculino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo	
53	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo	
54	Masculino	8 - 12 años	Familia monoparental	Levemente positivo	
55	Femenino	3 - 7 años	Familia extensa	Levemente negativo	
56	Masculino	3 - 7 años	Familia reconstruida	Definitivamente negativo	
57	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Definitivamente positivo	
58	Masculino	8 - 12 años	Familia nuclear	Definitivamente negativo	
59	Masculino	3 - 7 años	Familia monoparental	Levemente negativo	
60	Femenino	3 - 7 años	Familia extensa	Definitivamente negativo	
61	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo	
62	Masculino	3 - 7 años	Familia reconstruida	Levemente positivo	
63	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo	
64	Masculino	3 - 7 años	Familia monoparental	Levemente negativo	
65	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente positivo	
66	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo	
67	Femenino	8 - 12 años	Familia reconstruida	Definitivamente negativo	
68	Masculino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo	

A	B	C	D	E
69	Masculino	8 - 12 años	Familia nuclear	Definitivamente negativo
70	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo
71	Masculino	3 - 7 años	Familia monoparental	Levemente negativo
72	Femenino	3 - 7 años	Familia extensa	Definitivamente negativo
73	Masculino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo
74	Masculino	8 - 12 años	Familia monoparental	Levemente negativo
75	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Definitivamente positivo
76	Masculino	3 - 7 años	Familia reconstruida	Levemente negativo
77	Femenino	3 - 7 años	Familia extensa	Definitivamente negativo
78	Femenino	3 - 7 años	Familia monoparental	Levemente negativo
79	Masculino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente positivo
80	Femenino	3 - 7 años	Familia reconstruida	Levemente negativo
81	Femenino	3 - 7 años	Familia extensa	Definitivamente negativo
82	Masculino	8 - 12 años	Familia monoparental	Levemente negativo
83	Femenino	3 - 7 años	Familia nuclear	Levemente positivo
84	Masculino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo
85	Femenino	8 - 12 años	Familia monoparental	Levemente positivo
86	Masculino	3 - 7 años	Familia extensa	Levemente negativo
87	Femenino	8 - 12 años	Familia reconstruida	Definitivamente negativo
88	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Definitivamente positivo
89	Masculino	3 - 7 años	Familia nuclear	Definitivamente negativo
90	Masculino	8 - 12 años	Familia monoparental	Levemente negativo
91	Masculino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo
92	Femenino	3 - 7 años	Familia extensa	Levemente negativo
93	Masculino	8 - 12 años	Familia reconstruida	Levemente positivo
94	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo
95	Femenino	8 - 12 años	Familia monoparental	Definitivamente negativo
96	Masculino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente positivo
97	Masculino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo
98	Femenino	3 - 7 años	Familia reconstruida	Definitivamente negativo
99	Masculino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo
100	Femenino	8 - 12 años	Familia nuclear	Definitivamente negativo
101	Femenino	3 - 7 años	Familia extensa	Levemente negativo
102	Masculino	8 - 12 años	Familia monoparental	Levemente negativo

103	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Definitivamente negativo
104	Masculino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo
105	Femenino	8 - 12 años	Familia monoparental	Levemente negativo
106	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Definitivamente positivo
107	Masculino	3 - 7 años	Familia reconstruida	Levemente negativo
108	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Definitivamente negativo
109	Femenino	3 - 7 años	Familia monoparental	Levemente negativo
110	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo
111	Masculino	3 - 7 años	Familia monoparental	Levemente positivo
112	Femenino	3 - 7 años	Familia extensa	Levemente negativo
113	Femenino	8 - 12 años	Familia reconstruida	Levemente negativo
114	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Definitivamente positivo
115	Masculino	8 - 12 años	Familia nuclear	Definitivamente negativo
116	Masculino	3 - 7 años	Familia monoparental	Levemente negativo
117	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Definitivamente negativo
118	Masculino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo
119	Masculino	8 - 12 años	Familia reconstruida	Levemente positivo
120	Femenino	3 - 7 años	Familia extensa	Levemente negativo
121	Femenino	3 - 7 años	Familia monoparental	Definitivamente negativo
122	Masculino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente positivo
123	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo
124	Femenino	3 - 7 años	Familia reconstruida	Levemente negativo
125	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Levemente negativo
126	Femenino	8 - 12 años	Familia nuclear	Definitivamente negativo
127	Masculino	3 - 7 años	Familia extensa	Levemente negativo
128	Femenino	8 - 12 años	Familia monoparental	Levemente negativo
129	Femenino	8 - 12 años	Familia extensa	Definitivamente negativo
130	Masculino	3 - 7 años	Familia extensa	Levemente negativo
131	Femenino	8 - 12 años	Familia monoparental	Levemente negativo
132	Masculino	8 - 12 años	Familia extensa	Definitivamente positivo

## Anexo 8: Constancia de ejecución



### CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL

A: Bach. CARDENAS PINTADO KEYLA JULEIVI (DNI: 76156206)

DE: LUIS ENRIQUE MALCA HUAYTA - Gerente General

ASUNTO: Autorización para la ejecución del proyecto de investigación

FECHA: Mi Perú, Callao, 09 de enero de 2026

Por intermedio del presente, yo, **LUIS ENRIQUE MALCA HUAYTA**, en mi calidad de Director Clínico y Gerente General de la empresa **MAHU S.A.C. (RUC: 20609303469)**, con nombre comercial **CLÍNICA DENTAL VILLA SONRISA**, hago constar que se otorga el permiso correspondiente a la **Bachiller de la carrera de Odontología de la Universidad Privada Norbert Wiener Cardenas Pintado Keyla Juleivi** para el desarrollo de su investigación titulada:

**"RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE FAMILIA Y CONDUCTA DEL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO ATENDIDOS EN UNA CLÍNICA DENTAL DE LIMA - 2025"**

Dicha autorización faculta a la investigadora a realizar la recolección de datos en nuestra sede ubicada en Av. Huaura Mz. A10 Lt. 1, Mi Perú - Callao, bajo los siguientes compromisos:

- Respeto a la Privacidad: El manejo de los datos de los pacientes será anónimo y confidencial, respetando la Ley de Protección de Datos Personales.
- Protocolos Clínicos: El desarrollo del estudio se ajustará a los horarios y normativas internas de la clínica, sin interrumpir la labor asistencial.
- Propósito: Se reconoce que este estudio es con fines estrictamente académicos y de titulación profesional.

Se firma el presente documento para que la interesada pueda realizar los trámites universitarios y de ética que su proyecto de tesis requiera.

Atentamente,

CD. LUIS ENRIQUE MALCA HUAYTA

COP: 30093

Director Clínico / Gerente General MAHU S.A.C.

RUC: 20609303469

Clínica Dental Villa Sonrisa



AV Huaura Mz. A10 Lt. 01 - Mi Perú - Callao



villasonrisamiperu@gmail.com



934 520 621

Escaneado con CamScanner




# 14% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Filtrado desde el informe

- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

## Fuentes principales

- 13%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

## Fuentes principales

- 13% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 9% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Fuentes principales

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

<b>1</b>	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	4%
<b>2</b>	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	3%
<b>3</b>	Trabajos entregados	Universidad Tecnologica de los Andes on 2025-02-04	<1%
<b>4</b>	Internet	repositorio.uss.edu.pe	<1%
<b>5</b>	Internet	repositorio.continental.edu.pe	<1%
<b>6</b>	Internet	repositorio.uap.edu.pe	<1%
<b>7</b>	Internet	www.coursehero.com	<1%
<b>8</b>	Internet	files01.core.ac.uk	<1%
<b>9</b>	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-07-25	<1%
<b>10</b>	Internet	repositorio.unap.edu.pe	<1%
<b>11</b>	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2022-09-10	<1%