



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

El apoyo Familiar en la Salud Bucal Infantil en un Centro Odontológico
de Puente Piedra 2022.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Abanto Florian, Maria Florinda (orcid.org/0000-0002-3137-3198)

ASESORA:

Dra. Campana Añasco de Mejia, Teresa de Jesús (orcid.org/0000-0001-9970-3117)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la Salud, Nutrición y Salud Alimentaria

LIMA - PERÚ

2022

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico con mucho cariño a mi familia, mi esposo, hijo, mi padre y a mi ángel que siempre guía mis pasos desde el cielo (mi madre).

AGRADECIMIENTO

Va a todas y cada una de las personas que me brindaron su apoyo incondicional, primeramente, a mis colegas Yolanda, María Inés, Carmen, Edwin, Adela, Katty y Oscar por su apoyo. A mi asesora por su valiosa orientación. Asimismo, a Robert por su valioso aporte en la elaboración de mi tesis. ¡¡Gracias!!

María Florinda Abanto Florián.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | Página |
|--|--------|
| Carátula | i |
| Dedicatoria | ii |
| Agradecimiento | iii |
| Índice de contenidos | iv |
| Índice de tablas | v |
| Índice de gráficos y figuras | vi |
| Resumen | vii |
| Abstract | viii |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. MARCO TEÓRICO | 6 |
| III. METODOLOGÍA | 16 |
| 3.1. Tipo y diseño de investigación | 16 |
| 3.2. Variables y operacionalización | 17 |
| 3.3. Población, muestra y muestreo | 18 |
| 3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 18 |
| 3.5. Procedimientos | 19 |
| 3.6. Método de análisis de datos | 19 |
| 3.7. Aspectos éticos | 20 |
| IV. RESULTADOS | 21 |
| V. DISCUSIÓN | 29 |
| VI. CONCLUSIONES | 39 |
| VII. RECOMENDACIONES | 41 |
| REFERENCIAS | 42 |
| ANEXOS | 50 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | Página |
|--|--------|
| Tabla 1. Distribución de frecuencias del apoyo familiar en salud bucal a los infantes | 21 |
| Tabla 2. Distribución de frecuencias de la salud bucal infantil | 21 |
| Tabla 3. Tabla cruzada entre el apoyo familiar y la salud bucal infantil | 22 |
| Tabla 4. Prueba de hipótesis de la influencia del apoyo familiar en la salud bucal infantil | 23 |
| Tabla 5. Prueba de hipótesis de la influencia de la orientación como elemento del apoyo familiar en la salud bucal infantil | 24 |
| Tabla 6. Prueba de hipótesis de la influencia de la supervisión como elemento del apoyo familiar en la salud bucal infantil | 25 |
| Tabla 7. Prueba de hipótesis de la influencia del apoyo familiar en la experiencia de caries | 26 |
| Tabla 8. Prueba de hipótesis de la influencia del apoyo familiar en el consumo de azúcares | 27 |
| Tabla 9. Prueba de hipótesis de la influencia del apoyo familiar en la higiene oral | 28 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS

Página

| | |
|---|----|
| Figura 1. Esquema de diseño correlacional causal | 16 |
|---|----|

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue: determinar la influencia del apoyo familiar en la salud bucal infantil en un Centro Odontológico de Puente Piedra, 2022.

El estudio fue de tipo básico, cuantitativo, de diseño no experimental, transversal, correlacional, sobre una muestra de 80 niños de 6 a 12 años con sus respectivos padres, seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, se aplicó dos cuestionarios con una confiabilidad por KR-20 de 0,852 para apoyo familiar y un Alfa de Cronbach de 0.971 para salud bucal infantil.

Los resultados mostraron que el apoyo familiar de los padres hacía los hijos es pobre, mientras que la salud bucal de los infantes es mala y regular. Como conclusión existe una influencia directa moderada y significativa del apoyo familiar en la salud bucal infantil con un p-valor de 0,000, en donde el 33,5% de la variabilidad de la salud bucal infantil es explicada por la variable apoyo familiar.

Palabras clave: apoyo familiar, salud bucal infantil, centro odontológico.

ABSTRACT

The objective of the research was: to determine the influence of family support on children's oral health in a Puente Piedra Dental Center, 2022. The study was basic, quantitative, with a non-experimental, cross-sectional, correlational design, on a sample of 80 children from 6 to 12 years old with their respective parents, selected through a non-probabilistic convenience sampling, two questionnaires were applied with a KR-20 reliability of 0.852 for family support and a Cronbach's Alpha of 0.971 for children's oral health. The results showed that the family support of the parents towards the children is poor, while the oral health of the infants is poor and regular. In conclusion, there is a moderate and significant direct influence of family support on children's oral health with a p-value of 0.000, where 33.5% of the variability of children's oral health is explained by the family support variable.

Keywords: family support, children's oral health, dental center.

I. INTRODUCCIÓN

La relación de la familia con el crecimiento y desarrollo del individuo en sus distintas etapas de la vida es de suma importancia, debido a que en ese entorno se desarrollan diversos aprendizajes a edades muy tempranas iniciándose en la infancia y que tienen influencias muchas veces determinantes para la calidad de vida del individuo. Es por ello que todo aquello que el infante pueda aprender de las enseñanzas y costumbres de la familia le servirá para toda la vida. Por consiguiente, el apoyo familiar se convierte en una pieza esencial para la calidad de vida del individuo en el aspecto emocional, en la conducta, así mismo conocer cómo debe cuidar de su salud integral, especialmente aquellos aprendizajes que se impartan en el cuidado de su salud oral. Esto está demostrado en estudios realizados donde se manifiesta que la familia es pieza determinante en la calidad de la salud bucal y en general.

El apoyo familiar interviene en las relaciones dentro de los miembros de una familia, especialmente en los niños cultivando buenas costumbres, además estará presente en todo evento que afecte la salud de uno de sus integrantes y contará con la disposición de todos de manera continua, es así que la familia siempre velará por el bienestar de sus integrantes creando hábitos de salud.

El movimiento social Unidos por la Vida, coincide que cada estado, así como instituciones u organizaciones nacionales e internacionales debieran promover a la familia como un generador de vida humana, de igual modo las instituciones educativas complementar la educación siendo este trabajo realizado en conjunto con los padres.

A nivel local el Distrito de Puente Piedra posee una gran población infantil, pero se observa un apoyo familiar bastante regular, esto debido a la falta de información y desconocimiento en cuanto a los cuidados en la salud bucal de los niños, como son los tratamientos preventivos, a su vez se manifiesta un desinterés de los padres por realizarlos, ya que la mayoría acude por dolencias existentes, además los centros odontológicos en la mayoría de los casos no promueven e incentivan a los padres de familia los cuidados que deben tener con sus hijos en cuanto a su cuidado oral.

La psicóloga Sanz (2020) señala que el apoyo familiar no es únicamente la ayuda que los padres proporcionan a sus hijos, sino la dinámica en que todos los miembros están dispuestos a colaborar y actuar en equipo dentro del círculo familiar cuyo fin es el bienestar en común para todos.

El ambiente familiar en el desarrollo de la identidad del individuo es esencial, ya que en él se plasman los primeros y diversos aprendizajes, se aprenden costumbres y hábitos, incluyendo el de salud, mediante estrategias de intervenciones dirigidas a la prevención y fomentando estilos de vida saludables desde la infancia hasta la adultez, en el cual el rol de la familia juega un papel muy importante (Herrera, 2018).

El apoyo familiar interviene en las relaciones dentro los miembros de una familia, especialmente en los niños cultivando buenas costumbres, además estará presente en todo evento que afecte la salud de uno de sus integrantes y contará con la disposición de todos de manera continua es así que la familia siempre velará por el bienestar de sus integrantes creando hábitos de salud.

La salud bucal es fundamental y parte esencial del bienestar del individuo por ende determina la calidad de vida, mediante la alimentación, comunicación, respiración y estética. Entendiéndose por salud bucal al bienestar estructural y funcional de todos los órganos que forman el sistema estomatognático y estructuras adyacentes (De la Rosa, et al., 2021) Mantener la salud bucal es importante, más aún desde los primeros años de vida, creando hábitos de higiene oral que nos ayudarán a prevenir serias enfermedades bucales.

Según la Organización Mundial de la Salud OMS, manifiesta que existe del 60% al 90% de escolares y casi el 100% de los adultos que presentan casos de presencia de caries, estimándose unos 2300 millones de individuos en edad adulta en el mundo cuyos dientes están afectados, de igual forma más de 530 millones de niños padecen de caries en dientes primarios (Cubero et al., 2019, p. 48).

En el Perú, según Ministerio de la Salud MINSA (2019) la prevalencia de caries dental es de 59,1% en dentición decidua y de 85,6% en dentición mixta siendo esta la población con mayor riesgo en caries dental. El Perú cuenta desde el 2005 con un plan nacional de salud oral, siendo la atención odontológica en el año 2020 a nivel nacional el 19,6% de niñas y niños menores de 12 años de edad

los que tuvieron acceso a este servicio con acciones destinadas a la prevención, lamentablemente los resultados han sido adversos por la falta de interés en el cuidado de la salud, esto debido a muchos factores tales como desinformación, factores económicos, demográficos entre otros (INEI, 2020).

A nivel local se observa una prevalencia de caries de regular a severa en los menores de edad, siendo esto preocupante para la población infantil, debido a que en la mayoría de los casos acuden al consultorio odontológico con sus padres, solo cuando tiene dolor o se visualiza una caries ya instalada en el niño.

Para Dujister et al. (2015) refiere que los niños tienen mucha predisposición a adquirir caries, si adquieren streptococcus mutans a temprana edad, pero advierte que esto se puede evitar si se toman las adecuadas medidas de higiene bucal. A todo esto, las políticas gubernamentales deben implantar algunas medidas inmediatas como reconocer las dificultades existentes en las familias y sociedad, proponiendo soluciones en beneficio de nuestra salud bucal especialmente en la población infantil (Hernández, et al., 2015).

Frente a la prevalencia de lesiones dentales con caries en infantes, el apoyo familiar en nuestra sociedad es un elemento decisivo e importante para el infante porque es el círculo más pequeño y cercano que interviene y los inserta a la sociedad, en él están sumergidos los valores, costumbres e importancia que se le da a la salud bucal enseñándoles lo importante que es el cuidado de los dientes mediante la higiene bucal diaria y capacitándolos en forma correcta con las técnicas de cepillado desde muy pequeños, de igual modo el acudir al dentista de manera frecuente para un control preventivo es muy necesario haciendo que al niño se le haga familiar visitar al odontólogo.

La desinformación respecto al cuidado de la higiene bucal, especialmente en familias de bajos recursos económicos y de zonas alejadas donde no existe la posibilidad de una atención odontológica inmediata, hace que repercuta notablemente en la educación e información a las familias sobre los beneficios de del cuidado de la salud bucal, siendo el apoyo familiar de importancia, ya que permite transmitir a los niños enseñanzas en cuanto a su cuidado bucal, primero con el aprendizaje de técnicas de cepillado, la supervisión y el acompañamiento. De no ser así desencadenaría en enfermedades dentales más complejas que

pueden ocasionar la pérdida prematura de los dientes en la población infantil. Por todo lo expuesto se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la influencia del apoyo familiar en la salud bucal infantil en un Centro Odontológico de Puente Piedra 2022?

Las preguntas específicas fueron las siguientes: ¿Cuál es la influencia de la orientación como elemento del apoyo familiar en la salud bucal infantil?, ¿Cuál es la influencia de la supervisión como elemento del apoyo familiar en la salud bucal infantil?, ¿Cuál es la influencia del apoyo familiar en la experiencia de caries?, ¿Cuál es la influencia del apoyo familiar en el consumo de azúcares?, y ¿Cuál es la influencia del apoyo familiar en la higiene oral?

Como justificación teórica se pretendió conocer si el apoyo que los niños reciben de sus padres es determinante para su salud bucal, estableciendo una línea de conocimiento a partir de los primeros años de vida de los infantes.

Asimismo, la justificación práctica estuvo orientada a que este estudio pretendió analizar las diferentes formas de apoyo familiar y el impacto que estas generan en la salud bucal de los niños, así como la adquisición de buenos hábitos en los niños referentes a su higiene bucal y que dependen de un entorno educativo familiar. Los resultados que se obtuvieron servirán para que se puedan plantear acciones que busquen educar a los padres a las técnicas de higiene y el rol de deben tener en la prevención de la salud oral de sus hijos.

Justificación metodológica, se contribuye con resultados que permitan establecer conocimientos sobre el tema y que sirvan a otras investigaciones que se desarrollen, de igual forma contribuye con un marco teórico actualizado.

Ahora bien, el objetivo general de este estudio fue: Determinar la influencia del apoyo familiar en la salud bucal infantil en un Centro Odontológico de Puente Piedra, 2022. Asimismo, los objetivos específicos fueron los siguientes: (1) Determinar la influencia entre la orientación como elemento del apoyo familiar en la salud bucal infantil. (2) Determinar la influencia entre la supervisión como elemento del apoyo familiar en la salud bucal infantil. (3) Determinar la influencia entre el apoyo familiar en la experiencia de caries. (4) Determinar la influencia entre el apoyo familiar en el consumo de azúcares. (5) Determinar la influencia entre el apoyo familiar en la higiene oral.

La hipótesis general fue: El apoyo familiar influye significativamente en la salud bucal infantil en un Centro Odontológico de Puente Piedra, 2022. Las hipótesis específicas fueron: (1) La orientación como elemento del apoyo familiar influye significativamente en la salud bucal infantil. (2) La supervisión como elemento del apoyo familiar influye significativamente en la salud bucal infantil. (3) El apoyo familiar influye significativamente en la experiencia de caries. (4) El apoyo familiar influye significativamente en el consumo de azúcares; y (5) El apoyo familiar influye significativamente en la higiene oral.

II. MARCO TEÓRICO

Los estudios a nivel nacional ofrecen los siguientes alcances, según el estudio de Aire (2018) concluyó que la participación de la familia en incentivar la salud bucal en niños preescolares es inadecuada, señalando que las madres son las que mayormente incentivan la salud bucal de los preescolares. Además, la participación de la familia es inadecuada en cuanto al consumo de alimentos saludables. En lo que se refiere a la orientación de los hábitos de higiene bucal la participación de la familia también es inadecuada, en lo referente a la participación de la familia en los controles odontológicos la mayoría tiene una participación inadecuada.

Mazo y Mejía (2019) refiere que el interactuar del individuo en el ámbito cultural está ligado a la familia y la escuela considerando que ambos deben ir de la mano, siendo lo más importante el educar al infante, enseñar y hacer relacionar sus emociones, así como sus pensamientos y valores que le permitan llegar a tener una calidad de vida. Es así que Figueroa (2019) menciona el nivel de conocimiento de los padres en salud bucal, en cuanto a medidas preventivas, desarrollo dental y las enfermedades bucales están relacionadas al impacto que tiene la calidad de vida de los niños.

Martínez (2021) refiere que existe una relación entre los hábitos de higiene oral y la salud bucal en niños de 3 a 6 años, así como una relación significativa entre los implementos de uso para la higiene oral, la frecuencia y técnica de cepillado en niños de 3 a 6 años. Los niños con gran incremento de caries dental son debido a los malos hábitos de higiene bucal, así con prácticas de higiene bucal inadecuadas, y dietas nutricionales incorrectas, existiendo una relación entre los malos hábitos adquiridos y la enfermedad de caries dental (Apolin, 2021).

Cervantes, et al. (2019) el conocimiento de los padres de familia sobre el cuidado oral, se evidencia en la salud bucal del infante menor de 5 años, concluyendo que un correcto programa de salud bucal ayuda en el mejor conocimiento de los padres en cuanto a la salud de sus hijos, lo que se evidencia en un mejor cuidado en la higiene bucal.

En referencia a los trabajos previos revisados en el contexto internacional sobre la variable salud bucal se tiene a Campillay, et al. (2021) concluyeron que los hábitos que favorecen a la salud bucal en referencia de los padres es el uso de

cepillo y pasta dentales acompañado de una dieta sana. De igual modo los padres reconocen el compromiso de mejorar y velar por la higiene bucal de sus hijos, mientras que Hernández, et al. (2018) concluye que el ejemplo de los padres y educación hacen que la aparición de caries sea menor y disminuya sustancialmente en los escolares, al igual que el uso incorrecto del cepillo dental ocasiona caries dental, en escuelas de niveles económicos bajos, los malos hábitos en la dieta alimenticia son un factor predisponente para la aparición de caries y el no uso de algunos implementos de higiene bucal.

Jones, et al. (2019) concluyen que la salud bucal puede mejorar si existieran oportunidades de apoyo a los familiares con productos que ayuden al cuidado dental y brindando más acceso a la atención odontológica.

Para Herrera (2018) las familias disfuncionales presentaron una higiene bucal deficiente y la dieta era defectuosa, solo acudían al consultorio dental cuando tenían alguna dolencia. Existió una relación entre el funcionamiento familiar y la salud bucal. En la misma línea Loayza y Minchala (2021) determinan que existe relación entre un nivel de educación deficiente en algunos padres en temas de salud bucal existiendo permisividad en el consumo de dietas cariogénicas tanto de los padres como de los preescolares, también hay desconocimiento en cuanto a la fluorización, visitas insuficientes al odontólogo y falta de prevención en los preescolares.

Para Wehby (2021) refiere que los niños de bajos ingresos tienen tasas más altas de necesidades de salud no satisfechas, las investigaciones refieren que la mala salud bucal se asocia con un rendimiento académico más bajo.

En referencia a la variable apoyo familiar Humeres, et al. (2020) determinaron que las madres son quienes asumen el cuidado de la salud bucal de sus hijos, dando valor a la parte estética para poder sonreír o comunicarse, de igual modo reconocen el apoyo que se les brinda y la información necesaria para cuidar la higiene bucal de sus hijos, asumen haber tenido experiencias negativas y que no desean que sus hijos pasen por lo mismo, por lo tanto coinciden que el cepillado es muy importante para la higiene bucal de sus hijos y consideran que crear hábitos en ellos desde temprana edad es lo mejor. Para Suárez y Vélez (2018) el entorno familiar es el primer espacio donde los niños desarrollan sus habilidades y

costumbres en diferentes contextos que luego van a reflejar lo aprendido mostrando determinados comportamientos de en su entorno social.

El fundamento teórico que sustenta este estudio se basa en la epistemología, definiciones y teorías de ambas variables. La primera variable, apoyo familiar, proviene epistemológicamente de dos palabras: apoyo y familia. El término apoyo proviene de raíces latinas que significan: lo que sostiene, ayuda y da confianza. Familia proviene del latín (*famulus*) que significa sirviente o esclavo; mientras que el término familia es equivalente a patrimonio e incluye no solo a los parientes sino a los sirvientes de la casa del amo. *Familiaris* significa persona muy allegada y amigo.

El apoyo familiar en contexto de salud es la unión familiar donde se imparte valores y enseñanzas entre sus miembros, especialmente en los niños, para que los hábitos de salud sean beneficiosos en el desarrollo y vida, tan es así que ante la presencia de una enfermedad de uno de sus miembros la familia ofrecerá el apoyo emocional con buena comunicación siempre del lado del miembro que lo necesite. Para Medellín et al. (2012) el apoyo familiar son las acciones que se dan dentro de una familia donde existe la una unión, la comunicación, así como la confianza entre cada individuo que compone el círculo familiar dentro de ellos están los padres, hermanos e hijos.

Para Olson, (1989), como citó Ferrer et al. (2013) el apoyo familiar es la forma como la familia se organiza e interactúa entre todos sus miembros mediante funciones y pautas repetitivas de interacción considerando los cambios cíclicos de la vida, compartiendo un proyecto vital de existencia en común, es así que la familia es la encargada de cuidar la salud y bienestar de sus miembros. Es así que Shing et al. (2015) refiere que las características del ambiente de trabajo y las relaciones con los roles familiares pueden impactar en la salud e impactar en la salud pública.

Muñoz (2005) establece que la familia es uno de los principales contextos del desarrollo del individuo para la crianza y educación que es donde se promueve el desarrollo personal, social y cognitivo del ser humano, mientras que Grusec (2010) considera que los padres y madres de familia generan una serie de creencias sobre lo que es criar y educar a sus hijos, orientadas a las prácticas de crianza. Es así que algunas familias educan y transmiten costumbres de higiene bucal a los niños

a base a creencias que son transmitidas de generación en generación, ocasionando muchas veces alteraciones en la su salud bucal que generará problemas más serios en ellos.

Para Cracco y Costa (2018) el lazo familiar es el que une a todos los miembros de una familia influyendo en un buen funcionamiento entre los integrantes, logrando una buena comunicación y la independencia de los mismos.

Torio (2003), como se citó en Usuga (2019, p. 32) manifiesta que para la familia la crianza es muy importante en los primeros años de vida, desarrollando en los niños y niñas, las primeras habilidades y los primeros hábitos que le permitirán adquirir su autonomía y las conductas cruciales para la vida. Capote y Campello (2012) por su lado, menciona que actualmente la familia nuclear biparental o conyugal está cambiando hacia nuevas formas de familias como consecuencia de cambios demográficos, sociológicos, culturales, legislativos, etc., que están teniendo lugar en la sociedad en que vivimos. Estos cambios hacen que las familias en estos tiempos descuiden la orientación y buenas costumbres especialmente en los niños que están en formación, siendo las consecuencias los malos hábitos en el cuidado de su salud en general, especialmente la salud bucal, trayendo como consecuencias enfermedades a tan temprana edad.

Para Shakir et al. (2021) hay pruebas limitadas del beneficio clínico de las intervenciones conductuales de la escuela, se deben realizar ensayos que deriven de la teoría e incluyan elementos ambientales por ejemplo el cepillado de dientes supervisado. Por otro lado, Yuan (2021) la comunicación con los niños en la atención dental primaria es potencialmente más compleja por tener que dar más información al niño respecto al tratamiento dental, además existe la falta de estrategias por parte de los padres para incentivar al niño a las consultas odontológicas.

Las dimensiones de la variable apoyo familiar son: orientación y supervisión. En relación a la primera dimensión orientación, Rodríguez (1991) como se citó en Molina (2002) la define como la labor y el proceso de enseñanza partiendo desde un análisis de la realidad del individuo, cuyo fin es guiar, indicar a las personas a conocerse a sí mismo y al mundo que lo rodea, teniéndose en cuenta a todos los implicados en el desarrollo del mismo, como la familia, comunidad, profesores

lográndose una interacción de todos estos grupos importantes que intervienen en el crecimiento de la persona.

La orientación, e información de los padres ayuda promover un desarrollo óptimo de la salud bucal en los niños proporcionando adecuadas intenciones preventivas (Alshammari, et al., 2022).

En lo que refiere a la segunda dimensión, supervisión, Stattin & Kerr (2000), como se citó en Carrillo et al. (2016, p. 12) define a la supervisión como el conjunto de conductas que comprenden el cuidado de los hijos, el conocer donde se encuentran de igual modo conocer las diferentes actividades que los hijos realizan fuera de las casas, así como controlar mediante el esfuerzo propio que están haciendo sus hijos. Carrillo, et al. (2016) menciona que la supervisión está relacionada con la comunicación y el apoyo entre padres e hijos dentro de un ambiente familiar ameno.

Una de las teorías sobre la variable apoyo familiar, es la teoría del sistema ecológico de Bronfenbrenner, la cual ayuda a explicar las influencias en los individuos y sus familias y como el desarrollo infantil y juvenil se ven influenciados por los ambientes y su entorno o llamados también ecologías, llámese a este entorno a la familia, compañeros, amigos, escuelas, las creencias socioculturales, política y economía (Bronfenbrenner y Morris, 2006).

Otra de las teorías relacionadas a esta variable es la teoría familiar sistémica esta teoría se entiende como una colección compleja de partes cambiantes, dinámica, de subsistemas y sus miembros de la familia; es así que cuando una de estas partes no funciona es necesario de un terapeuta que ayude en hacer un diagnóstico de donde está el problema (Hammond y Cheney, 2016) Otra teoría es el funcionalismo, aquí se defiende a la familia como una institución social y parte importante de la sociedad, aquí se manifiesta que cuando los niños nacen, la familia es la que desempeña una función vital en su desarrollo, es aquí donde la familia enseña al niño a pensar, como comportarse siguiendo normas, valores, creencias y actitudes sociales y culturales (Crano y Aronoff, 1978).

En relación a la importancia del apoyo familiar en la salud bucal de los niños, Vásquez, et al. (2015) indica que, el cuidado de las madres es determinante en la salud bucal de sus hijos, relacionando las acciones diarias de prácticas de higiene

bucal como una tarea constante para la prevención de enfermedades. Para Capote y Campello (2012) el papel de la familia en el cuidado y conservación de la salud bucal de los niños es de vital importancia, ya que en ella se establecen y transmiten hábitos y aprendizajes que prevalecen en el individuo toda la vida. Por ello, es responsabilidad de la familia fomentar el cuidado de la salud bucal en los niños, el valor esencial que se le debe dar y cuanto contribuirá en su preservación.

El apoyo familiar en la salud bucal infantil se fundamenta en la teoría de la familia como ente proveedora de salud. Herrera (2018) establece que existe una relación entre el funcionamiento familiar y el estado de salud bucal de sus integrantes, existen estudios que vinculan las enfermedades bucodentales en niños con las condiciones económicas de las familias, así como el nivel de educación de los padres, que ponen en claro la necesidad de impartir mayor conocimiento a los padres en temas de salud bucal.

Respecto a la segunda variable, salud bucal proviene epistemológicamente de dos palabras: salud y bucal. Por un lado, el término salud está formado del latín *salus*, salud y salvación y el adjetivo *satusaris*, saludable, mientras que el término bucal está formado por las raíces latinas que significa relativo a la *bucca* (boca).

Aguilar, (2017) como citó De la Rosa et al. (2021) define la salud bucal como el bienestar tanto estructural como funcional de todos los órganos que compone la cavidad bucal, así como estructuras adyacentes que permitirán el buen funcionamiento y un proceso masticatorio adecuado, siendo importante en la alimentación, el efecto y autoestima. De igual modo, la FDI (2016) manifiesta que la salud bucal es la capacidad de hablar, masticar reír, así como de hablar, tragar y poder manifestar las emociones con gestos naturales sin ninguna incomodidad, dolencia o enfermedad que lo impida.

Es así que los problemas de en la salud bucal originan un impacto en la calidad de la vida misma, evalúa el impacto de problemas de salud oral y cubre limitaciones funcionales, síntomas orales de enfermedades dentales y bienestar social y emocional (Mijan et al., 2019, p. 89).

Es así que la OMS define a la salud bucal como la condición individual y social producto de las maniobras y las gestiones de impulso, para lograr acciones con fines de prevención, recuperación y cualquier acto de enmienda de cada individuo

o familia dentro de una sociedad y así lograr mantener una óptima salud bucal (Lugo et al., 2013, p. 678).

Marghalani (2019) refiere que los accesos de atención a la salud incluida la salud bucodental es importante para mantener una buena salud general y oral para los niños con discapacidades, además los padres como tutores juegan un papel en el acceso a los servicios.

Existe poca ayuda por parte de la familia en cuanto a la educación de la salud bucal, los padres y educadores deben tomar conciencia de la importancia del cuidado bucal en los niños para así poder retroalimentar la prevención en los infantes, debido a que existen malos hábitos por falta de información y poco interés en el mismo. Es así que Vega, (2020) menciona que el bajo nivel de información, el no uso de materiales didácticos en las charlas a los niños, dietas altas en azúcares y una mala consejería por parte de la familia, hace que los niños presenten una mala higiene y problemas dentales debido a los malos hábitos en el cuidado de su salud bucal. Es por ello que la prevención de las enfermedades bucales, están asociadas a las prácticas del cuidado dental, especialmente a las relacionadas al control de los azúcares e higiene oral (García de Lima et al., 2011).

Las dimensiones de la variable salud bucal son las siguientes: experiencia de caries, consumo de azúcares e higiene oral (Ministerio de Salud, 2018). Respecto a la primera dimensión, experiencia de caries, Ferizi, et al. (2015) la definen como una patología agresiva de muy rápida proliferación que puede destruir los dientes en un corto plazo, ocasionando dolor y hasta la pérdida prematura de los dientes. La salud bucal es una entidad multifacética y altamente relacionada con la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir emociones a través de las expresiones faciales con confianza y sin dolor, malestar o enfermedad del complejo craneofacial. (Gou et al., 2021, p. 1).

La caries dental afecta negativamente la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los niños y sus familias. La presencia de al menos un diente cariado tiene un alto impacto negativo y este impacto se puede observar a partir de las quejas de dolor dental, funcional y ansiedad por parte de los padres/cuidadores. (Correa, Cristina & Rezende, 2022, p.1) De igual modo se ha demostrado que la caries tiene una alta prevalencia, ya que es una enfermedad crónica que tiene un

efecto negativo en la calidad de vida y el comportamiento dental del individuo. (Guney et al., 2018, p. 1304).

En cuanto a la segunda dimensión, consumo de azúcares, Alvear (2015), los define como alimentos cariogénicos de fácil identificación para los padres generalmente pegajosos que son consumidos entre las comidas elementales, por lo que su consumo frecuente en los niños genera cariogenicidad en su dentadura. González et al (2013) menciona que la sacarosa es el azúcar más cariogénico, originando la formación del glucano esto se adhiere a los dientes y produce la difusión de un ácido originando la placa, es por ello que se debe evitar el consumo de bebidas y alimentos muy azucarados y si a esto le sumamos la falta de cepillado es casi seguro que se desarrollará la caries dental.

En cuanto a la tercera dimensión, higiene oral, se denomina a todos los cuidados destinados a la buena conservación de los dientes cuyo fin es mantener saludable nuestro organismo, estos cuidados comprometen a las encías, dientes y toda la cavidad oral en conjunto siendo necesario el uso del cepillo, pasta dental, enjuagatorios e hilo dental y la visita periódica a un especialista (Implika, 2021) Es por ello que para Duwing et al. (2022) la importancia del cuidado dental preventivo en los niños es primordial y se deben tener en cuenta (chequeos, limpieza dental, radiografías, tratamiento con flúor o sellador) para mantener la salud bucal en óptimo estado.

El fundamento teórico de salud bucal en el niño, está contemplada en la teoría del apoyo familiar considerando importante explicar como la teoría del apego en los infantes interviene en el ámbito del funcionamiento humano, en las conductas, aprendizajes siendo esto extremadamente complejo de explicar, aun así podemos resaltar otros tipos de articulación hacia la motivación humana, implicando un desafío a nivel conceptual que obliga a conocer modelos teóricos de cierta complejidad como son los modelos de motivación humana que impulsan al ser humano, en este caso los niños a relacionarnos con los demás seres humanos (Galán, 2016).

Es así como de Lichtenberg, et al. (1992) en su estudio tienen en cuenta cinco sistemas motivacionales para el ser humano como son: apego, ofrecer cuidado,

competición (rango), sexualidad y cooperación, que se van a ir suscitando durante su evolución y desarrollo del niño hasta lograr la madurez en los distintos procesos de aprendizajes dentro de ellos el de la salud bucal.

En nuestra sociedad la dinámica acompañada de la estructura familiar son indicadores importantes en el estado de la salud bucal, es así que existe relación entre algunos factores socioeconómicos que repercuten en la presencia de caries en los niños, especialmente en aquellos cuyos padres no están en casa (Mattos, 2010).

En el infante el construir hábitos a temprana edad en higiene bucal nos lleva a aspectos subjetivos y relativos al sentimiento de sí y a la aceptación del cuerpo relacionado al autocuidado. Es necesario en los infantes la participación de los adultos, de manera que sirvan de guía para instruir en las prácticas de higiene oral que a su vez también genera contextos intersubjetivos (Herrera, et al., 2019, p 67).

Los hábitos que las personas adquieren durante la vida, desde niños hasta adultos, pueden afectar de alguna u otra forma en la salud oral, como por ejemplo los hábitos alimenticios, además algunos factores como son las diferencias socioeconómicas y raciales/étnicas, educación de los padres y la estructura familiar, es así como algunos padres involuntariamente llegan a manifestar su miedo cuando se trata de experiencias de sus hijos, especialmente si se trata de atenciones dentales (García, et al., 2021).

Por ello, Bejerano (2009), refiere en su teoría que la higiene, no es solo el estar físicamente bien sino que aquí interviene la satisfacción emocional y afectiva y esto ocurre en los niños, desarrollando espacios placenteros en donde se pueda desarrollar acciones como el aseo, el cambio de vestuario y en situaciones óptimas para una buena relación y por consiguiente una acertada comunicación, teniendo en cuenta la diversidad de lenguajes que se ponen en marcha entre ellos tenemos una simple mirada, el tono de voz, y las palabras.

Asimismo, se manifiesta que se debe disminuir los conceptos errados que se les dan a los niños sobre lo que sucede dentro de la boca, de este modo ayudará a lograr en los niños mejores beneficios en cuanto a su salud bucal, debido a que

con ellos se debe utilizar un lenguaje claro y fácil de entender, teniendo en cuenta las edades y las teorías de aprendizaje. Por lo tanto, es importante que los padres intervengan en los niños con gestos más agradables para ellos, como el estar siempre alegres y prestándoles mucha atención, compartiendo diálogos acordes a su edad con sonidos que capten su atención, estimulando al niño en un proceso de enseñanza y aprendizaje. Lamentablemente muchos de los padres no hacen eso, siendo esto no muy favorable para el niño (Gonzaga y Pereira, 2018 p. 93).

III. METODOLOGÍA

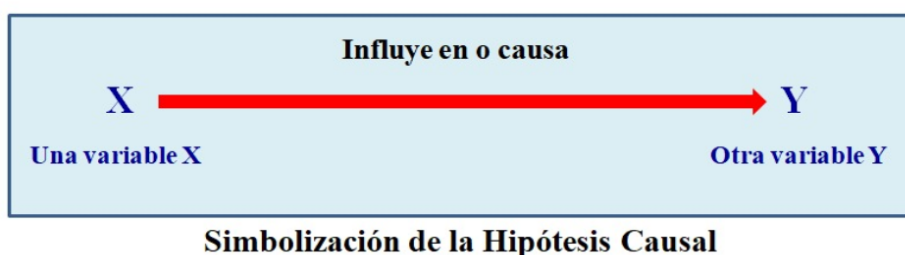
3.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación fue básica, puesto que pretendió comprender el fenómeno de estudio de una manera completa, a través del conocimiento de sus características y de la relación entre variables (Concytec, 2020, p. 5). Asimismo, fue de enfoque cuantitativo, porque se recolectaron datos con la finalidad de probar hipótesis basándose en la medición y el análisis estadístico, estableciendo pautas de comportamiento y probando teorías (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 5).

De diseño no experimental, porque no se manipuló las variables de apoyo familiar y salud bucal, solo se observó el fenómeno en su ambiente natural para analizarlas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 152). Asimismo, el corte fue transversal porque los elementos muestrales solo fueron abordados en un momento, y correlacional causal, ya que se midió el nivel de dependencia entre las dos variables apoyo familiar y salud bucal, midiéndolas, cuantificándolas y analizando su vinculación, así como brindando explicaciones causales (Huairé, 2019, p. 21).

Figura 1

Esquema de diseño correlacional causal



M = Muestra de infantes de un Centro Odontológico de Puente Piedra 2022.

X = Variable apoyo familiar.

Y = Variable salud bucal.

3.2. Variables y operacionalización

La definición conceptual de la variable apoyo familiar se refiere a la ayuda que no solo los padres proporcionan a sus hijos sino la dinámica en que todos los miembros están dispuestos a colaborar y actuar en equipo dentro del círculo familiar cuyo fin es el bienestar en común para todos (Sanz, 2020).

Mientras que su definición operacional se realizará mediante un cuestionario con dos dimensiones (orientación y supervisión), con una escala dicotómica de respuesta (SI y NO). Con categorías de apoyo familiar malo de 0 a 1 punto, apoyo familiar pobre de 2 a 4 puntos y apoyo familiar bueno 5 a 6 puntos.

Los indicadores de la primera dimensión orientación son dos: El padre hace que su niño lleve cepillo y pasta dental al colegio, y el padre le recuerda a su hijo cepillarse los dientes. Los indicadores de la segunda dimensión supervisión son cuatro: El padre se encarga de tratar las caries de su hijo, el padre lleva a su hijo una vez al año para su chequeo, el padre está atento a los cambios o problemas en la boca de sus hijos, el padre verifica con la profesora el cepillado dental en la escuela.

La definición conceptual de la variable salud bucal señala que es el bienestar tanto estructural como funcional de todos los órganos que compone la cavidad bucal, así como estructuras adyacentes que permitirán el buen funcionamiento y un proceso masticatorio adecuado, siendo importante en la alimentación, el efecto y autoestima (Aguilar, 2017, como se citó en De la Rosa et al., 2021).

Mientras que su definición operacional se realizará mediante una guía de observación con 3 dimensiones (experiencia de caries, consumo de azúcares e higiene oral), con categorías de respuesta de riesgo bajo, riesgo moderado y riesgo alto. Con categorías de salud bucal mala de 0 a 2.9 puntos, salud bucal regular de 3 a 4.7 puntos y salud bucal buena de 4.8 a 6 puntos.

El indicador de la primera dimensión experiencia de caries es: cantidad de superficies cariadas, el indicador de la segunda dimensión consumo de azúcares es: frecuencia de consumo al día, y el indicador de la tercera dimensión higiene oral

es: índice de higiene oral simplificado (IHO-s). La operacionalización de estas variables puede verse en el Anexo (1).

3.3. Población, muestra y muestreo

La población: Según la definición de Hernández, Fernández y Baptista (2014, p. 239), la población es el conjunto de casos el cual se desea estudiar y que cuentan con determinadas características en común. Para esta investigación se está considerando una población conformada por un aproximado de 100 niños que acudieron con sus padres por atención al Centro Odontológico de Puente Piedra entre mayo y junio del 2022.

Criterios de inclusión: Los criterios de inclusión de la muestra fueron: niños que acudieron al centro odontológico con sus respectivos padres, que desearon participar del estudio.

Criterios de exclusión: Los criterios de exclusión fueron: niños que no aceptaron ser examinados y padres que no desearon colaborar.

Unidad de análisis: Niños que acuden con sus padres por atención al centro odontológico.

Muestra: 80 niños que accedieron a participar de la evaluación para esta investigación, siendo esta muestra la necesaria para el estudio.

Muestreo: El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, debido a que los elementos elegidos no estuvieron sujetos a una probabilidad, sino a las características o propósitos del estudio de acuerdo al criterio del investigador (Varas, 2015, p. 268).

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se empleó para la recolección de datos de la primera variable apoyo familiar fue la encuesta, que es una herramienta que se lleva a cabo mediante un instrumento llamado cuestionario, cuyo uso es únicamente para personas que brinden información relacionada a determinadas opiniones, así como comportamientos del individuo o percepciones (Arias, 2020 p. 18) y el instrumento utilizado fue el cuestionario estructurado, que tuvo 6 ítems, con opciones: sí y no.

La técnica que se empleó para la recolección de datos de la segunda variable salud bucal infantil fue la evaluación directa no participantes, esta técnica es diseñada específicamente para que quien investiga se dedica solo a observar y recolectar información de los objetos o sujetos en estudio no existiendo vinculación alguna con estos. La evaluación se ejecuta directamente de la población o sujeto de estudio (Sánchez, et al., 2018) y el instrumento utilizado fue la ficha de evaluación odontológica, que tuvo 3 ítems, con opciones: riesgo bajo, riesgo moderado y riesgo alto.

Validez y confiabilidad: La validez de los instrumentos se evaluó mediante juicio de expertos (tres), quienes indagaron sobre la claridad, pertinencia y coherencia dándole la categoría de aplicable. La confiabilidad de los instrumentos se halló mediante una prueba piloto con 15 unidades muestrales, quienes respondieron a los mismos, posteriormente se calculó el valor KR-20 para el primer instrumento y el Alfa de Cronbach para el segundo instrumento, obteniéndose puntajes de 0,852 y 0,971, respectivamente, lo cual le da la categoría de muy confiable.

3.5. Procedimientos

Primera etapa se solicitó permiso al área respectiva, se coordinó la fecha para el recojo de la información.

Segunda etapa se solicitó el consentimiento informado y se distribuyeron los cuestionarios a los padres.

Tercera etapa. Se explicó detalladamente el cuestionario y se procedió a su aplicación de este. Asimismo, se aplicaron las fichas de evaluación odontológica.

Cuarta etapa. Se procedió a construir las bases de datos, para luego realizar el análisis estadístico de las mismas.

Quinta etapa. Se interpreto los resultados, dando origen a la discusión, las conclusiones y las recomendaciones.

3.6. Método de análisis de datos

Los resultados se tabularon en Excel y posteriormente fueron analizados con el paquete estadístico SPSS-26, para generar resultados descriptivos, como tablas

de frecuencia, gráficos de distribución, y se procedió a realizar la estadística inferencial, mediante el análisis de regresión.

3.7. Aspectos éticos

El uso de la literatura se realizó mediante el respeto a la autoría para lo cual se considera en el estudio las referencias bibliográficas en donde se da créditos a los investigadores por las contribuciones que se tomaron en cuenta para la elaboración de la presente investigación.

Con fines de conservar los aspectos éticos con la institución donde se aplicó el instrumento se presentó una carta para solicitar el permiso ante la institución indicada, obteniendo la autorización de la jefa de consulta externa para aplicar el cuestionario.

En cuanto a los expertos se presentó una carta de presentación de la investigación y el instrumento para validación de la Universidad Cesar Vallejo. Los padres y pacientes infantiles fueron abordados previo a un consentimiento informado con la finalidad de garantizar la transparencia y el respeto estricto a la participación voluntaria de los participantes del estudio, se aplicó cuestionarios de manera presencial y mediante cuestionario de Google.

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo:

Tabla 1

Distribución de frecuencias del apoyo familiar en salud bucal a los infantes

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Malo | 11 | 13,8 | 13,8 | 13,8 |
| | Pobre | 53 | 66,3 | 66,3 | 80,0 |
| | Bueno | 16 | 20,0 | 20,0 | 100,0 |
| | Total | 80 | 100,0 | 100,0 | |

Interpretación: La tabla 1 muestra que el apoyo familiar en salud bucal brindado por los padres a los niños atendidos en un Centro Odontológico de Puente Piedra es pobre en el 66,3% de las familias encuestadas y bueno en el 20%. Por otro lado, el 13,8% de las familias brinda un apoyo familiar malo a sus hijos.

Tabla 2

Distribución de frecuencias de la salud bucal infantil

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Mala | 26 | 32,5 | 32,5 | 32,5 |
| | Regular | 39 | 48,8 | 48,8 | 81,3 |
| | Buena | 15 | 18,8 | 18,8 | 100,0 |
| | Total | 80 | 100,0 | 100,0 | |

Interpretación: La tabla 2 muestra que la salud bucal de los infantes atendidos en un Centro Odontológico de Puente Piedra es regular en el 48,8% de niños y mala en el 32,5%. Por otro lado, solo el 18,8% de los niños posee una salud bucal buena.

Tabla 3*Tabla cruzada entre el apoyo familiar y la salud bucal infantil*

| | | V2: Salud bucal infantil | | | Total | |
|--------------------|-------|--------------------------|---------|-------|-------|--------|
| | | Mala | Regular | Buena | | |
| V1: Apoyo familiar | Malo | Recuento | 6 | 5 | 0 | 11 |
| | | % | 7,5% | 6,3% | 0,0% | 13,8% |
| | Pobre | Recuento | 19 | 27 | 7 | 53 |
| | | % | 23,8% | 33,8% | 8,8% | 66,3% |
| | Bueno | Recuento | 1 | 7 | 8 | 16 |
| | | % | 1,3% | 8,8% | 10,0% | 20,0% |
| Total | | Recuento | 26 | 39 | 15 | 80 |
| | | % | 32,5% | 48,8% | 18,8% | 100,0% |

Interpretación: La tabla 3 muestra que el 33,8% de niños atendidos en un Centro Odontológico de Puente Piedra ha recibido un apoyo familiar pobre y a la vez posee una salud bucal regular, mientras que el 23,8% de niños ha recibido también un apoyo familiar pobre pero su salud bucal es mala. Por otro lado, el 10% de niños recibieron un apoyo familiar bueno y cuentan con una buena salud bucal. Estos datos muestran una posible relación entre las variables.

4.2. Análisis inferencial:

Hipótesis general: El apoyo familiar influye significativamente en la salud bucal infantil en un Centro Odontológico de Puente Piedra, 2022.

Tabla 4

Prueba de hipótesis de la influencia del apoyo familiar en la salud bucal infantil.

Coefficiente de determinación R^2 para la hipótesis general

| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado ajustado | Error estándar de la estimación |
|--------|--------------------|------------|---------------------|---------------------------------|
| 1 | 0,579 ^a | 0,335 | 0,327 | 1,695 |

a. Predictores: (Constante), V1: Apoyo familiar

Resumen del ANOVA^a para la hipótesis general

| Modelo | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. | |
|--------|-------------------|---------|------------------|---------|--------|--------------------|
| 1 | Regresión | 112,917 | 1 | 112,917 | 39,324 | 0,000 ^b |
| | Residuo | 223,971 | 78 | 2,871 | | |
| | Total | 336,888 | 79 | | | |

a. Variable dependiente: V2: Salud bucal infantil

b. Predictores: (Constante), V1: Apoyo familiar

Coefficientes^a de regresión parcial para la hipótesis general

| Modelo | Coefficients no estandarizados | | Coefficients estandarizados | t | Sig. | |
|--------|--------------------------------|-------------|-----------------------------|-------|-------|-------|
| | B | Desv. Error | Beta | | | |
| 1 | (Constante) | 0,180 | 0,464 | 0,388 | 0,699 | |
| | V1: Apoyo familiar | 0,776 | 0,124 | 0,579 | 6,271 | 0,000 |

a. Variable dependiente: V2: Salud bucal infantil

Interpretación: La tabla 4 muestra que la correlación R es directa media o moderada (0,579) y el coeficiente de determinación R^2 indica que el 33,5% de la variabilidad de la salud bucal infantil es explicada por la variable apoyo familiar. En ese sentido, con un valor crítico (Sig.) de 0,000 se puede aceptar la hipótesis de investigación, siendo la ecuación de regresión: *Salud bucal infantil = 0,180 + 0,776 Apoyo familiar*, correspondiéndole a la salud bucal infantil una mejora de 0,776 puntos cuando incrementa el apoyo familiar al infante.

Hipótesis específica 1: La orientación como elemento del apoyo familiar influye significativamente en la salud bucal infantil.

Tabla 5

Prueba de hipótesis de la influencia de la orientación como elemento del apoyo familiar en la salud bucal infantil.

Coefficiente de determinación R^2 para la hipótesis específica 1

| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado ajustado | Error estándar de la estimación |
|--------|--------------------|------------|---------------------|---------------------------------|
| 1 | 0,496 ^a | 0,246 | 0,236 | 1,805 |

a. Predictores: (Constante), D1: Orientación

Resumen del ANOVA^a para la hipótesis específica 1

| Modelo | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. | |
|--------|-------------------|---------|------------------|--------|--------|--------------------|
| 1 | Regresión | 82,814 | 1 | 82,814 | 25,424 | 0,000 ^b |
| | Residuo | 254,074 | 78 | 3,257 | | |
| | Total | 336,888 | 79 | | | |

a. Variable dependiente: V2: Salud bucal infantil

b. Predictores: (Constante), D1: Orientación

Coefficientes^a de regresión parcial para la hipótesis específica 1

| Modelo | Coefficients no estandarizados | | Coefficients estandarizados | t | Sig. | |
|--------|--------------------------------|-------------|-----------------------------|-------|-------|-------|
| | B | Desv. Error | Beta | | | |
| 1 | (Constante) | 0,096 | 0,580 | 0,165 | 0,869 | |
| | D1: Orientación | 2,359 | 0,468 | 0,496 | 5,042 | 0,000 |

a. Variable dependiente: V2: Salud bucal infantil

Interpretación: La tabla 5 muestra que la correlación R es directa media o moderada (0,496) y el coeficiente de determinación R^2 indica que el 24,6% de la variabilidad de la salud bucal infantil es explicada por la dimensión orientación. En ese sentido, con un valor crítico (Sig.) de 0,000 se puede aceptar la hipótesis específica 1, siendo la ecuación de regresión: *Salud bucal infantil = 0,096 + 2,359 Orientación*, correspondiéndole a la salud bucal infantil una mejora de 2,359 puntos cuando incrementa la orientación al infante.

Hipótesis específica 2: La supervisión como elemento del apoyo familiar influye significativamente en la salud bucal infantil.

Tabla 6

Prueba de hipótesis de la influencia de la supervisión como elemento del apoyo familiar en la salud bucal infantil.

Coefficiente de determinación R² para la hipótesis específica 2

| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado ajustado | Error estándar de la estimación |
|--------|--------------------|------------|---------------------|---------------------------------|
| 1 | 0,533 ^a | 0,284 | 0,275 | 1,759 |

a. Predictores: (Constante), D2: Supervisión

Resumen del ANOVA^a para la hipótesis específica 2

| Modelo | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. | |
|--------|-------------------|---------|------------------|--------|--------|--------------------|
| 1 | Regresión | 95,624 | 1 | 95,624 | 30,915 | 0,000 ^b |
| | Residuo | 241,263 | 78 | 3,093 | | |
| | Total | 336,888 | 79 | | | |

a. Variable dependiente: V2: Salud bucal infantil

b. Predictores: (Constante), D2: Supervisión

Coefficientes^a de regresión parcial para la hipótesis específica 2

| Modelo | Coefficients no estandarizados | | Coefficients estandarizados | t | Sig. | |
|--------|--------------------------------|-------------|-----------------------------|-------|-------|-------|
| | B | Desv. Error | Beta | | | |
| 1 | (Constante) | 0,878 | 0,404 | 2,176 | 0,033 | |
| | D2: Supervisión | 0,866 | 0,156 | 0,533 | 5,560 | 0,000 |

a. Variable dependiente: V2: Salud bucal infantil

Interpretación: La tabla 6 muestra que la correlación R es directa media o moderada (0,533) y el coeficiente de determinación R² indica que el 28,4% de la variabilidad de la salud bucal infantil es explicada por la dimensión supervisión. En ese sentido, con un valor crítico (Sig.) de 0,000 se puede aceptar la hipótesis de investigación, siendo la ecuación de regresión: *Salud bucal infantil = 0,878 + 0,866 Supervisión*, correspondiéndole a la salud bucal infantil una mejora de 0,866 puntos cuando incrementa la supervisión al infante.

Hipótesis específica 3: El apoyo familiar influye significativamente en la experiencia de caries.

Tabla 7

Prueba de hipótesis de la influencia del apoyo familiar en la experiencia de caries.

Coefficiente de determinación R² para la hipótesis específica 3

| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado ajustado | Error estándar de la estimación |
|--------|--------------------|------------|---------------------|---------------------------------|
| 1 | 0,555 ^a | 0,308 | 0,299 | 0,579 |

a. Predictores: (Constante), V1: Apoyo familiar

Resumen del ANOVA^a para la hipótesis específica 3

| Modelo | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. | |
|--------|-------------------|--------|------------------|--------|--------|--------------------|
| 1 | Regresión | 11,628 | 1 | 11,628 | 34,656 | 0,000 ^b |
| | Residuo | 26,172 | 78 | 0,336 | | |
| | Total | 37,800 | 79 | | | |

a. Variable dependiente: D1: Experiencia de caries

b. Predictores: (Constante), V1: Apoyo familiar

Coefficientes^a de regresión parcial para la hipótesis específica 3

| Modelo | Coefficients no estandarizados | | Coefficients estandarizados | t | Sig. | |
|--------|--------------------------------|-------------|-----------------------------|-------|-------|-------|
| | B | Desv. Error | Beta | | | |
| 1 | (Constante) | 0,097 | 0,159 | 0,612 | 0,542 | |
| | V1: Apoyo familiar | 0,249 | 0,042 | 0,555 | 5,887 | 0,000 |

a. Variable dependiente: D1: Experiencia de caries

Interpretación: La tabla 7 muestra que la correlación R es directa media o moderada (0,555) y el coeficiente de determinación R² indica que el 30,8% de la variabilidad de la experiencia de caries es explicada por la variable apoyo familiar. En ese sentido, con un valor crítico (Sig.) de 0,000 se puede aceptar la hipótesis de investigación, siendo la ecuación de regresión: *Experiencia de caries = 0,097 + 0,249 Apoyo familiar*, correspondiéndole a la experiencia de caries una mejora de 0,249 puntos cuando mejora el apoyo familiar al infante.

Hipótesis específica 4: El apoyo familiar influye significativamente en el consumo de azúcares.

Tabla 8

Prueba de hipótesis de la influencia del apoyo familiar en el consumo de azúcares.

Coefficiente de determinación R² para la hipótesis específica 4

| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado ajustado | Error estándar de la estimación |
|--------|--------------------|------------|---------------------|---------------------------------|
| 1 | 0,526 ^a | 0,276 | 0,267 | 0,642 |

a. Predictores: (Constante), V1: Apoyo familiar

Resumen del ANOVA^a para la hipótesis específica 4

| Modelo | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. | |
|--------|-------------------|--------|------------------|--------|--------|--------------------|
| 1 | Regresión | 12,272 | 1 | 12,272 | 29,805 | 0,000 ^b |
| | Residuo | 32,116 | 78 | 0,412 | | |
| | Total | 44,387 | 79 | | | |

a. Variable dependiente: D2: Consumo de azúcares

b. Predictores: (Constante), V1: Apoyo familiar

Coefficientes^a de regresión parcial para la hipótesis específica 4

| Modelo | Coefficients no estandarizados | | Coefficients estandarizados | t | Sig. | |
|--------|--------------------------------|-------------|-----------------------------|-------|-------|-------|
| | B | Desv. Error | Beta | | | |
| 1 | (Constante) | 0,036 | 0,176 | 0,207 | 0,837 | |
| | V1: Apoyo familiar | 0,256 | 0,047 | 0,526 | 5,459 | 0,000 |

a. Variable dependiente: D2: Consumo de azúcares

Interpretación: La tabla 8 muestra que la correlación R es directa media o moderada (0,526) y el coeficiente de determinación R² indica que el 27,6% de la variabilidad de la dimensión consumo de azúcares es explicada por la variable apoyo familiar. En ese sentido, con un valor crítico (Sig.) de 0,000 se puede aceptar la hipótesis de investigación, siendo la ecuación de regresión: *Consumo de azúcares = 0,036 + 0,256 Apoyo familiar*, correspondiéndole a la dimensión consumo de azúcares una mejora de 0,256 puntos cuando mejora el apoyo familiar al infante.

Hipótesis específica 5: El apoyo familiar influye significativamente en la higiene oral.

Tabla 9

Prueba de hipótesis de la influencia del apoyo familiar en la higiene oral.

Coefficiente de determinación R² para la hipótesis específica 5

| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado ajustado | Error estándar de la estimación |
|--------|--------------------|------------|---------------------|---------------------------------|
| 1 | 0,573 ^a | 0,329 | 0,320 | 0,601 |

a. Predictores: (Constante), V1: Apoyo familiar

Resumen del ANOVA^a para la hipótesis específica 5

| Modelo | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|--------|--------------------|
| 1 Regresión | 13,787 | 1 | 13,787 | 38,184 | 0,000 ^b |
| Residuo | 28,163 | 78 | 0,361 | | |
| Total | 41,950 | 79 | | | |

a. Variable dependiente: D3: Higiene oral

b. Predictores: (Constante), V1: Apoyo familiar

Coefficientes^a de regresión parcial para la hipótesis específica 5

| Modelo | Coefficients no estandarizados | | Coefficients estandarizados | t | Sig. |
|--------------------|--------------------------------|-------------|-----------------------------|-------|-------|
| | B | Desv. Error | Beta | | |
| 1 (Constante) | 0,046 | 0,165 | | 0,282 | 0,779 |
| V1: Apoyo familiar | 0,271 | 0,044 | 0,573 | 6,179 | 0,000 |

a. Variable dependiente: D3: Higiene oral

Interpretación: La tabla 9 muestra que la correlación R es directa media o moderada (0,573) y el coeficiente de determinación R² indica que el 32,9% de la variabilidad de la dimensión higiene bucal es explicada por la variable apoyo familiar. En ese sentido, con un valor crítico (Sig.) de 0,000 se puede aceptar la hipótesis de investigación, siendo la ecuación de regresión: *Higiene bucal = 0,046 + 0,271 Apoyo familiar*, correspondiéndole a la dimensión higiene bucal una mejora de 0,271 puntos cuando mejora el apoyo familiar al infante.

V. DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo general determinar la influencia del apoyo familiar en la salud bucal infantil en un Centro Odontológico de Puente Piedra, y para ello, se trabajó con una muestra de 80 padres y 80 niños atendidos en el centro odontológico. Los padres de familia tuvieron en promedio 36 años de edad, siendo el 81,25% del género femenino y el 18,75% masculino; asimismo, más del 60% tuvo como grado de instrucción secundaria completa y superior técnico, y el 36,25% fue padre o madre soltero(a). A esta muestra se le aplicó un cuestionario sobre apoyo familiar en la salud bucal que se le brinda al niño. Por otro lado, los niños tuvieron en promedio 7 años de edad, siendo el 52,5% del género masculino y 47,5% femenino, a quienes se les aplicó una ficha de evaluación odontológica para conocer la situación de su salud bucal, buscando establecer si el apoyo familiar recibido por los padres influye significativamente en la salud bucal de cada uno de los infantes evaluados.

Como resultado de la prueba de hipótesis general se probó que la correlación R fue directa media o moderada entre las variables (R de 0,579 y Sig. de 0,000) y el coeficiente de determinación R² indicó que el 33,5% de la variabilidad de la salud bucal infantil es explicada por la variable apoyo familiar. En ese sentido, la ecuación de regresión que explica la influencia fue: *Salud bucal infantil = 0,180 + 0,776 de Apoyo familiar*, lo que significa que la salud bucal infantil mejora en 0,776 puntos cuando incrementa el apoyo familiar, y se reduce en el mismo puntaje cuando el apoyo familiar es menor, permitiendo aceptar la hipótesis general que afirma una influencia entre variables (tabla 4).

Estos resultados coinciden con Cervantes, Sucari y Padilla (2019), quienes encontraron en su estudio que el conocimiento de los padres de familia para apoyar a los hijos en el cuidado de la boca se evidencia en la salud bucal del infante, por lo que una ausencia de apoyo familiar puede contribuir a un mal estado de los dientes del infante. Aire (2018), quien encontró en su estudio que la participación de la familia en incentivar la salud bucal en los niños de edad preescolar no es buena. Por otro lado, el mismo autor encontró que las madres son las que mayormente incentivan a los niños en su cuidado de la boca. Esto último si coincide

con el presente estudio, puesto que se percibe un alto porcentaje de madres (81,25%) que acompañan a sus hijos en la visita al odontólogo.

Una de las posibles razones por la que la salud bucal infantil no es buena es el funcionamiento familiar, al respecto, Herrera (2018) encontró que las familias disfuncionales presentaron una higiene bucal deficiente, encontrando la existencia de una relación entre el funcionamiento familiar y la salud bucal. Esto podría coincidir con él más del 50% de padres o madres que no se encuentra casados y el 36,25% de padres o madres solteros(as) que acompañan a los infantes en la visita al centro odontológico estudiado en la presente investigación.

El nivel de educación de los padres en temas de cuidado oral es también una de las razones por la que la salud bucal del infante puede ser deficiente. Loayza y Minchala (2021) señalaron que existe relación entre un nivel de educación deficiente en algunos padres en temas de salud bucal y el alto consumo de dietas cariogénicas, desconocimiento en la prevención de enfermedades bucales y bajo grado de visita al dentista, lo que afecta negativamente en la salud bucal del niño y en su calidad de vida futura.

En ese sentido, el apoyo familiar es fundamental para todos los miembros de la familia, pero especialmente para los niños. Sanz (2020) menciona que el apoyo familiar no es solo la ayuda que los padres proporcionan a sus hijos sino una dinámica entre todos los integrantes del hogar. El apoyo familiar enfocado en el cuidado de la salud, si bien pretende impartir valores y enseñanzas entre los miembros de la familia, buscan educar principalmente a los niños, para que los hábitos de salud que desarrollen sean beneficiosos en su vida. Suárez y Vélez (2018) coinciden en que el entorno familiar es el primer espacio donde los niños desarrollan sus habilidades y costumbres en diferentes contextos que va a repercutir en su comportamiento y en la forma cómo afrontarán la vida.

La influencia encontrada del apoyo familiar en la salud bucal del niño se explica mediante la teoría del sistema ecológico de Bronfenbrenner, la cual manifiesta la influencia de las familias en los individuos. El principal postulado es que el desarrollo del niño y adolescente se ve influenciado por el ambiente donde se desenvuelve, que puede ser el ambiente familiar, escolar, social, cultural, etc. (Bronfenbrenner y Morris, 2006). No obstante, el niño desarrollar sus hábitos y

costumbres en primer lugar dentro del entorno familiar. Convendría entonces plantear investigaciones encaminadas a conocer los niveles de conocimientos sobre salud oral de los padres, ya que esto sería de utilidad en el cuidado que van a tener con sus hijos.

Ahora bien, con respecto a los resultados de la prueba de hipótesis específica 1, se probó que la correlación R fue directa media o moderada entre la dimensión orientación y la salud bucal infantil (R de 0,496 y Sig. de 0,000) y el coeficiente de determinación R² indicó que el 24,6% de la variabilidad de la salud bucal infantil es explicada por la dimensión evaluada; en ese sentido, la ecuación de regresión que explica la influencia fue: *Salud bucal infantil = 0,096 + 2,359 de Orientación*, lo que significa que la salud bucal infantil mejora en 2,359 puntos cuando incrementa la orientación al infante, y disminuye en ese mismo puntaje cuando la orientación al infante es menor, permitiendo aceptar la hipótesis específica 1 que afirma una influencia entre la dimensión evaluada y la salud bucal (tabla 5). Estos resultados coinciden con Grusec (2010), quien encontró en su estudio que los padres y madres de familia orientan y transmiten costumbres de higiene bucal a los niños basándose en sus propias creencias, ocasionando muchas veces deficiencias en la salud bucal de los más pequeños, lo que generará problemas más serios en un futuro. Esto es preocupante puesto, que una inadecuada orientación puede afectar la calidad de vida del niño en diversos aspectos. Aire (2018) encontró algo similar en su estudio, en donde la participación de la familia en la orientación de los hábitos de higiene bucal en el niño fue inadecuada, generando problemas en su salud bucal.

Una de las principales razones por la que ocurre esta situación la exponen Capote y Campello (2012), quienes mencionan que los cambios de las familias conyugales a otras formas de familia generan que se descuiden la orientación y buenas costumbres, especialmente en los niños que están en formación, siendo las consecuencias los malos hábitos en el cuidado de su salud, especialmente en la salud bucal, trayendo como consecuencias enfermedades a tan temprana edad. Dada la importancia que tiene la orientación familiar en el desarrollo del niño, es importante que los padres, o en su defecto uno de ellos o algún familiar se encargue de la labor de orientar al niño en el cuidado de su salud bucal.

En lo que se refiere a la orientación del padre, Rodríguez (1991), como se citó en Molina (2002), señala que esta labor constituye un proceso de enseñanza cuyo fin es guiar e indicar a las personas (en este caso a los niños) en la forma cómo deben comportarse y las acciones que deben realizar en diversos ámbitos de su vida, teniéndose en cuenta a todos los implicados en esa labor, tales como la familia, comunidad y profesores. La orientación al niño en salud bucal no es la excepción. La influencia de la orientación familiar en el desarrollo y salud del niño se ve contemplada en la teoría del funcionalismo, en donde se defiende a la familia como una institución social y parte importante de la sociedad, puesto que cuando los niños nacen, la familia es la que desempeña una función vital en su desarrollo, es aquí donde la familia orienta y enseña al niño a pensar y a comportarse siguiendo normas, valores, creencias y actitudes sociales y culturales (Crano y Aronoff, 1978).

Con respecto a los resultados de la prueba de hipótesis específica 2, se probó que la correlación R fue directa media o moderada entre la dimensión supervisión y la salud bucal infantil (R de 0,533 y Sig. de 0,000) y el coeficiente de determinación R^2 indicó que el 28,4% de la variabilidad de la salud bucal infantil es explicada por la dimensión evaluada; en ese sentido, la ecuación de regresión que explica la influencia fue: *Salud bucal infantil = 0,878 + 0,866 de Supervisión*, lo que significa que la salud bucal infantil mejora en 0,866 puntos cuando incrementa la supervisión al infante, y disminuye en ese mismo puntaje cuando la supervisión al infante es menor, permitiendo aceptar la hipótesis específica 2 que afirma una influencia entre la dimensión evaluada y la salud bucal (tabla 6). Estos resultados coinciden con Aire (2018), quien encontró que la participación de la familia en los controles odontológicos del niño es inadecuada, lo que repercute negativamente en su salud bucal. Asimismo, coincide también con Shakir et al (2021), quienes encontraron que existen algunas evidencias del beneficio en la salud que tiene las intervenciones de la familia y de la escuela en la conducta del niño, mediante diversas acciones, tales como el cepillado de dientes supervisado. En ese sentido, no solo basta con orientar al niño en sus hábitos de cuidado de la salud, sino que es indispensable efectuar una supervisión y control de sus acciones para asegurar el buen hábito.

Al respecto, Stattin & Kerr (2000), como se citó en Carrillo et al. (2016, p. 12) señalan que la supervisión es el conjunto de conductas que comprende el cuidado

de los hijos, el conocer dónde se encuentran y conocer las diferentes actividades que los hijos realizan dentro y fuera de la casa. Carrillo et al (2016) agregar que la supervisión está relacionada con la comunicación y el apoyo entre padres e hijos dentro de un ambiente familiar ameno. La supervisión de los padres respecto a los hábitos de cuidado de la salud bucal de los niños va a consolidar la educación del niño para desenvolverse en su día a día. Es importante mencionar que la orientación por si sola logra solo explicar el 24,6% de los cambios en la salud bucal mientras que la supervisión explica el 28,4% de los cambios en esa variable según los resultados del análisis de regresión de este estudio, por lo que es importante que los padres realicen ambas labores para reforzar el apoyo a los hijos en el cuidado de sus dientes. Cabe recalcar que el apoyo familiar (que incluye ambas actividades: orientación y supervisión del niño en el cuidado bucal) logra explicar el 33,5% de los cambios en la salud bucal infantil.

Con respecto a los resultados de la prueba de hipótesis específica 3, se probó que la correlación R fue directa media o moderada entre la variable apoyo familiar y la dimensión experiencia de caries (R de 0,555 y Sig. de 0,000) y el coeficiente de determinación R² indicó que el 30,8% de la variabilidad de la experiencia de caries es explicada por la variable apoyo familiar; en ese sentido, la ecuación de regresión que explica la influencia fue: *Experiencia de caries = 0,097 + 0,249 de Apoyo familiar*, lo que significa que la experiencia de caries mejora en 0,249 puntos cuando incrementa el apoyo familiar al infante (la aparición de caries disminuye), mientras que empeora en el mismo puntaje cada vez que el apoyo familiar es menor (la aparición de caries aumenta), permitiendo aceptar la hipótesis específica 3 que afirma una influencia entre la variable evaluada y la experiencia de caries (tabla 7). Estos resultados coinciden con Hernández et al. (2018) quienes encontraron en su estudio que el apoyo de los padres y el ejemplo que brindan en el hogar hacen que la aparición de caries sea menor y disminuye notablemente en los niños en edad escolar. La experiencia de caries suele ser uno de las principales manifestaciones de una salud bucal deficiente, por lo que el apoyo familiar si logra incidir en su prevención y control para que no afecte la calidad de vida de los niños. La influencia en la experiencia de caries fue del 30,8% según lo encontrado en este estudio.

Al respecto, Ferizi, et. al (2015) señala que la experiencia de caries es una patología agresiva de muy rápida proliferación que puede destruir los dientes en un corto plazo, ocasionando dolor y hasta la pérdida prematura de los dientes. Esta patología afecta negativamente la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los niños y sus familias, por lo que la presencia de al menos un diente cariado tiene un alto impacto muy perjudicial en el niño (Correa, Cristina & Rezende, 2022, p.1). Se ha demostrado que la caries tiene una alta prevalencia, por lo que el apoyo familiar toma mucha relevancia (Guney et al., 2018, p. 1304).

El apoyo familiar en la salud bucal infantil se fundamenta en la teoría de la familia como ente proveedora de salud. Herrera (2018) establece que existe una relación entre el funcionamiento familiar y la presencia de enfermedades bucodentales en sus integrantes, principalmente en los niños, siendo la caries dental la más frecuente. Las condiciones económicas de las familias, así como el nivel de educación de los padres ponen en claro la necesidad de impartir mayor conocimiento a los padres en temas de salud bucal. Mattos (2010) agrega que la ausencia de los padres en casa y las familias disfuncionales constituyen también una causal de la presencia de caries en los niños.

Con respecto a los resultados de la prueba de hipótesis específica 4, se probó que la correlación R fue directa media o moderada entre la variable apoyo familiar y la dimensión consumo de azúcares (R de 0,526 y Sig. de 0,000) y el coeficiente de determinación R² indicó que el 27,6% de la variabilidad de la dimensión consumo de azúcares es explicada por la variable apoyo familiar; en ese sentido, la ecuación de regresión que explica la influencia fue: *Consumo de azúcares = 0,036 + 0,256 de Apoyo familiar*, lo que significa que el consumo de azúcares mejora en 0,256 puntos cuando incrementa el apoyo familiar al infante (el niño consume menos azúcares), mientras que empeora en el mismo puntaje cada vez que el apoyo familiar es menor (el niño consume más azúcares), permitiendo aceptar la hipótesis específica 4 que afirma una influencia entre la variable evaluada y el consumo de azúcares (tabla 8).

Estos resultados coinciden con Loayza y Minchala (2021), quienes señalaron que existe relación entre un nivel deficiente de educación en algunos padres para orientar en temas de salud bucal y el alto consumo de dietas cariogénicas en niños

de edad preescolar, prevaleciendo el consumo de azúcares. También coincide con Aire (2018), quien encontró que la participación de la familia en cuanto al consumo de alimentos saludables en los niños es inadecuada, percibiendo por el contrario una alta proporción de consumo de alimentos perjudiciales para los dientes.

En relación a ello, Hernández et al (2018) mencionaron que los malos hábitos en la dieta alimenticia son un factor predisponente para la aparición de caries. El consumo de alimentos cariogénico debe ser controlado y supervisado por los padres, debido a la tendencia que tienen los niños a consumir esos alimentos, en donde destacan los alimentos azucarados. Herrera (2018) menciona que las familias disfuncionales presentan en una gran proporción una dieta defectuosa, debido a que la orientación por parte de los padres en la formación de hábitos favorables para la salud del niño es descuidada, del mismo modo los hábitos alimenticios.

Respecto al consumo de azúcares, Alvear (2015) señala que se trata de alimentos cariogénicos de fácil identificación para los padres que generalmente son pegajosos, por lo que su consumo frecuente en los niños genera caries en su dentadura. Los azúcares son conocidos como glúcidos que generalmente tienen sabor dulce, y si bien aportan energía al organismo, tienen una gran capacidad de generar daños en los dientes. González et al. (2013) menciona que la sacarosa es el azúcar más cariogénico, originando la formación del glucano que se adhiere a los dientes y produce la difusión de un ácido que daña la estructura dental, por lo que se debe evitar o minimizar el consumo de bebidas y alimentos muy azucarados.

Los alimentos que el niño consume son responsabilidad exclusiva de los padres. Los resultados de este estudio han sido determinantes al indicar que el apoyo familiar influye en un 27.6% en el consumo de azúcares como parte de la dieta en los niños. García, et al. (2021) señalan que los hábitos que las personas adquieren durante la vida, desde niños hasta adultos, pueden afectar de alguna u otra forma su salud oral, como por ejemplo los hábitos alimenticios. En ese sentido, para prevenir las enfermedades bucales en los niños, es importante llevar a cabo, aparte de buenas prácticas de cuidado dental, un buen control del consumo de azúcares, siendo fundamental la orientación y supervisión de los padres.

Con respecto a los resultados de la prueba de hipótesis específica 5, se probó que la correlación R fue directa media o moderada entre la variable apoyo familiar y la dimensión higiene oral (R de 0,573 y Sig. de 0,000) y el coeficiente de determinación R² indicó que el 32,9% de la variabilidad de la dimensión higiene bucal es explicada por la variable apoyo familiar; en ese sentido, la ecuación de regresión que explica la influencia fue: *Higiene bucal = 0,046 + 0,271 de Apoyo familiar*, lo que significa que la higiene bucal mejora en 0,271 puntos cuando incrementa el apoyo familiar al infante, y disminuye en el mismo puntaje cuando el apoyo familiar es menor, permitiendo aceptar la hipótesis específica 5 que afirma una influencia entre la variable evaluada y la higiene oral (tabla 9). Estos resultados coinciden con Cervantes, et al. (2019), quienes encontraron que el conocimiento y el apoyo de los padres de familia hacia los niños sobre el cuidado de la salud bucal se evidencia en una mejor higiene bucal. Campillay et al (2021) coincide también al encontrar que muchos padres reconocen el compromiso de mejorar y velar por la higiene bucal de sus hijos, por lo que son conscientes que los hábitos que favorecen a la salud bucal es el uso de cepillo y uso de pasta dental. Una buena higiene oral en el niño trae como consecuencia una buena salud bucal, y menor posibilidad de desarrollo de caries y otras enfermedades.

En lo que se refiere a ello, Martínez (2021) encontró que existe una relación entre los hábitos de higiene oral y la salud bucal en niños. Los niños con gran incremento de caries dental poseen malos hábitos de higiene bucal, además de prácticas de higiene bucal inadecuadas, existiendo una relación entre los malos hábitos adquiridos y la enfermedad de caries dental. Por su lado, Herrera (2018) encontró que las familias disfuncionales presentaron una higiene bucal deficiente. El consumo de alimentos cariogénicos también afecta la higiene oral, y si se suma la deficiente orientación y supervisión del padre, es probable que el niño tenga complicaciones en su dentadura. El cuidado de la higiene oral es fundamental desde pequeño.

Al respecto, Implika (2021) señala que higiene oral comprende todos los cuidados destinados a la buena conservación de los dientes cuyo fin es mantener saludable nuestro organismo, estos cuidados comprometen a las encías, dientes y toda la cavidad oral en conjunto siendo necesario el uso del cepillo, pasta dental,

enjuagatorios e hilo dental y la visita periódica a un especialista. Asimismo, Duwing et al (2022) menciona que el cuidado dental preventivo en los niños es primordial y se deben tener en cuenta (chequeos, limpieza dental, radiografías, tratamiento con flúor o sellador) para mantener la salud bucal en óptimo estado.

En ese sentido, Vásquez, et al. (2015) señalan que el cuidado y apoyo de los padres es determinante para la buena salud bucal de los hijos, siendo las acciones diarias de prácticas de higiene bucal una tarea constante para la prevención de enfermedades, por ello, es necesario para los infantes la participación de los adultos como guía en las buenas prácticas de higiene oral (Herrera, et al 2019, p 67). La orientación y supervisión de los padres influyen, según este estudio, en un 32,9% en los cambios (a favor o en contra) de la salud bucal infantil, es por ello que es importante que los padres promuevan correctamente el cuidado de los dientes en sus hijos para que sean sanos.

Finalmente, en concordancia con los resultados encontrados, es necesario mencionar que existen diversas formas de fortalecer el apoyo familiar en el cuidado de la salud bucal de los niños, que deben ser materia de futuras investigaciones. Por ejemplo, Jones, et al. (2019) señalaron que la salud bucal puede mejorar si existieran oportunidades de apoyo a los familiares con productos que ayuden al cuidado dental y brindando más acceso a atención odontológica. El sector privado y público son piezas claves en ese sentido. Asimismo, tal como mencionan Cervantes, et al. (2019), un correcto programa de salud bucal es necesario para orientar a los padres en el apoyo a sus hijos y conservar la buena salud bucal en los niños. El presente estudio y los estudios citados en este capítulo mostraron evidencias de la influencia que tiene el apoyo familiar en la salud bucal infantil, por este motivo, es de suma importancia que se lleven a cabo investigaciones orientadas a proponer y aplicar programas de salud bucal que permitan la solución directa del problema a nivel local, regional y nacional.

Otras variables a tomar en cuenta en estudios futuros podrían ser el ambiente o clima familiar y escolar como factores influyentes en la salud bucal de los niños, asimismo, estudiar cómo debe ser la comunicación del padre hacia el niño para generar hábitos favorables para su salud bucal es un tema interesante que puede desarrollarse. Esto va acorde a la teoría de Bejerano (2009), quien refiere que la

higiene se puede lograr desarrollando espacios placenteros en donde el niño pueda realizar acciones como el aseo dental y en situaciones óptimas generando una buena relación y por consiguiente una acertada comunicación. Por su lado, Gonzaga y Pereira (2018 p. 93) señalan que deben disminuir los conceptos errados que se les dan a los niños sobre lo que sucede dentro de la boca, debido a que con ellos se debe utilizar un lenguaje claro y fácil de entender, de este modo ayudará a lograr en los niños mejores beneficios en cuanto a su salud bucal.

VI. CONCLUSIONES

- Primera:** Sobre la influencia del apoyo familiar en la salud bucal infantil en un Centro Odontológico de Puente Piedra, se encontró una correlación directa media o moderada significativa entre las variables (R de 0,579 y Sig. de 0,000) con un coeficiente de determinación R² que indica que el 33,5% de la variabilidad de la salud bucal infantil es explicada por la variable apoyo familiar; en ese sentido, la ecuación de regresión lineal señala que la salud bucal infantil mejora en 0,776 puntos cuando incrementa el apoyo familiar, permitiendo aceptar la hipótesis general que afirma la existencia de influencia.
- Segunda:** Sobre la influencia de la orientación como elemento del apoyo familiar en la salud bucal infantil, se encontró una correlación directa media o moderada significativa entre la dimensión y la variable (R de 0,496 y Sig. de 0,000), con un coeficiente de determinación R² que indica que el 24,6% de la variabilidad de la salud bucal infantil es explicada por la dimensión evaluada; en ese sentido, la ecuación de regresión señala que la salud bucal infantil mejora en 2,359 puntos cuando incrementa la orientación al infante, permitiendo aceptar la hipótesis específica 1 que afirma la existencia de influencia.
- Tercera:** Sobre la influencia de la supervisión como elemento del apoyo familiar en la salud bucal infantil, se encontró una correlación directa media o moderada significativa entre la dimensión y la variable (R de 0,533 y Sig. de 0,000), con un coeficiente de determinación R² que indica que el 28,4% de la variabilidad de la salud bucal infantil es explicada por la dimensión evaluada; en ese sentido, la ecuación de regresión señala que la salud bucal infantil mejora en 0,866 puntos cuando incrementa la supervisión al infante, permitiendo aceptar la hipótesis específica 2 que afirma la existencia de influencia.
- Cuarta:** Sobre la influencia del apoyo familiar en la experiencia de caries en el infante, se encontró una correlación directa media o moderada significativa entre la variable y la dimensión (R de 0,555 y Sig. de 0,000), con un coeficiente de determinación R² que indica que el 30,8%

de la variabilidad de la experiencia de caries es explicada por la variable apoyo familiar; en ese sentido, la ecuación de regresión señala que la experiencia de caries mejora en 0,249 puntos cuando incrementa el apoyo familiar al infante (la aparición de caries disminuye), permitiendo aceptar la hipótesis específica 3 que afirma la existencia de influencia.

Quinta: Sobre la influencia del apoyo familiar en el consumo de azúcares en el infante, se encontró una correlación directa media o moderada significativa entre la variable y la dimensión (R de 0,526 y Sig. de 0,000), con un coeficiente de determinación R² que indica que el 27,6% de la variabilidad de la dimensión consumo de azúcares es explicada por la variable apoyo familiar; en ese sentido, la ecuación de regresión señala que el consumo de azúcares mejora en 0,256 puntos cuando incrementa el apoyo familiar al infante (el niño consume menos azúcares), permitiendo aceptar la hipótesis específica 4 que afirma la existencia de influencia.

Sexta: Sobre la influencia del apoyo familiar en la higiene bucal en el infante, se encontró una correlación directa media o moderada significativa entre la variable y la dimensión (R de 0,573 y Sig. de 0,000), con un coeficiente de determinación R² que indica que el 32,9% de la variabilidad de la dimensión higiene bucal es explicada por la variable apoyo familiar; en ese sentido, la ecuación de regresión señala que la higiene bucal mejora en 0,271 puntos cuando incrementa el apoyo familiar al infante, permitiendo aceptar la hipótesis específica 5 que afirma la existencia de influencia.

VII. RECOMENDACIONES

- Primera.** Se sugiere al Centro Odontológico de Puente Piedra, tomar en cuenta y difundir los resultados obtenidos en este trabajo de investigación con los usuarios durante las atenciones, a fin de que se tome conciencia de la importancia del apoyo familiar en la salud bucal de sus menores hijos.
- Segundo.** A los profesionales especialistas en la salud oral, incluir en su atención la evaluación de la calidad del apoyo familiar a fin de disminuir la causalidad de este en la salud bucal de sus hijos.
- Tercero.** A los profesionales especialistas en la salud oral, deben promover charlas y capacitaciones en cuanto a los cuidados de la salud bucal, creando conciencia de las consecuencias y daños irreparables que se pueden suscitar en la salud bucal de los niños de no contar con un adecuado apoyo por parte de la familia.
- Cuarto.** Es importante que existan programas de salud bucal en todo el Perú, con programas de orientación a los padres de familia en la detección temprana de enfermedades bucales en sus menores hijos, de igual manera programas de apoyo en la prevención y cuidados de la salud oral en los infantes de todos los estratos sociales, especialmente en las zonas más vulnerables.
- Quinto.** Se propone realizar cursos de escuela de padres y talleres para promover la concientización sobre los cuidados básicos de la salud bucal en los niños y así prevenir enfermedades bucales a temprana edad.
- Sexto.** El trabajo de investigación realizado propone mejorar la calidad de las prestaciones de salud de tipo asistenciales en el área odontológica, siendo el objetivo principal la población infantil, promoviendo una adecuada gestión para disminuir el riesgo de caries en los infantes y evitar que su salud bucal pueda verse afectada.

REFERENCIAS

- Aire, N. (2018). *Participación de la familia en la promoción de la salud bucal del niño preescolar de un centro poblado de Sapallanga* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Huancavelica]. <https://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2568>
- Alshammari, D., Marshman, Z. & El-Yousfi, S. (2022). Anticipatory guidance and children's oral health: A scoping review. *Community Dent Health*. 39(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35605102/>
- Alvear, M. (2016). Recomendaciones en nutrición, dieta y salud bucal para los niños. *Odontología activaucacue*. 1(1), 76-79. <https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/189>
- Apolin, D. (2021). *Relación entre caries dental, hábitos nutricionales y prácticas de higiene bucal en niños de 06 a 36 meses de edad, Quivilla – Dos de Mayo – Huánuco 2020 – 2021* [Tesis de grado, Universidad de Huánuco]. <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/3189>
- Arias, J. (2020). *Técnicas e instrumentos de investigación científica*. Enfoques Consulting EIRL.
- Armas a, Viteri A, Castillo, L., y Agudelo A. (2020). Conocimientos y prácticas sobre salud bucal en profesores de dos escuelas: Quito y San Cristóbal (Galápagos), Ecuador. *KIRU*, 17(1), 16-22. <https://doi.org/10.24265/kiru.2020.v17n1.03>
- Bazo, M. (2012). Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia. Edicions Culturals Valencianes, S.A. https://naullibres.com/wp-content/uploads/2019/06/9788476428375_L33_23.pdf
- Campillay, M., Araya, F., Carrasco, A., Dubó, P., Anguita, V. y Carrizo, A. (2021). Opinión de familias vulnerables sobre promoción de la salud bucal infantil: un análisis de contenido. *Ciencia y enfermería*, 27(6), 1-10. <http://dx.doi.org/10.29393/ce27-6ofmc60006>
- Capote, L. y Copello, M. (2012). Importancia de la familia en la higiene bucal. *Revista Cubana de Estomatología*, 49(1), 47-54. <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2748>

- Carrillo, L., Juárez, F., González, C., Martínez, N. & Medina-Mora, M. (2016). Relación entre supervisión parental y conducta antisocial en menores infractores del Estado de Morelos. *Salud mental*, 39(1), 11-17. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.063>
- Cervantes, S., Sucari, W., y Padilla, T. (2020). Programa educativo sobre prevención en salud bucal en niños menores de 5 años. *Revista Innova Educación*, 2(2), 318-329. <https://doi.org/10.35622/j.rie.2020.02.006>
- Concytec (2020). *Reglamento de Calificación, Clasificación y Registro de los Investigadores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica – Reglamento RENACYT*. Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica. https://portal.concytec.gob.pe/images/renacyt/reglamento_renacyt_version_final.pdf
- Corrêa, P., Cristina, K. & Rezende, L. (2022). Impact of dental caries on oral health-related quality of life in children with dental behavior management problems. *Original Research Pediatric Dentistry*, 36(1), 1-8. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0041>
- Cracco, C. y Costa, C. (2019). Psychometric Properties of the Family Communication Scale. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 51(2), 77-86. <https://www.redalyc.org/journal/4596/459661106007/459661106007.pdf>
- Cubero, A., Lorigo, I., González, A., Ferrer, M., Zapata, M. y Ambel, J. (2019). Prevalencia de caries dental en escolares de educación infantil de una zona de salud con nivel socioeconómico bajo. *Pediatría Atención Primaria*, 21(82), 47-59. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000200007&lng=es&tlng=es.
- De la Rosa, M., Tavizón, J., Carlos, M., Martínez, R. y Deligorje, M. (2021). El papel de la salud bucal en el desarrollo integral del ser humano. *Contexto Odontológico*, 11(21), 41-47. <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/contextoodontologico/article/view/1123/1025>

- Downing, K., Espinoza, L., Oster, M. & Farr, S. (2022). Preventive Dental Care and Oral Health of Children and Adolescents With and Without Heart Conditions - United States, 2016-2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 71(6). 189–195. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35143467/>
- Duijster, D., De Jong-Lenters, M., Verrips, E., & Van Loveren, C. (2015). Establishing oral health promoting behaviours in children - parents' views on barriers, facilitators and professional support: a qualitative study. *BMC oral health*. *ferrer el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. Revista Enfermeria Herediana*, 6(2), 51-58. <https://doi.org/10.20453/renh.v6i2.1793>
- Ferrer, P., Miscán, A., Pino, M. y Pérez, V. (2013). Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. *Revista Enfermeria Herediana*, 6(2), 51-58. <https://doi.org/10.20453/renh.v6i2.1793>
- Figueroa, J. (2019). *Conocimiento de los padres sobre la educación en salud bucal y su impacto en la calidad de vida preescolares d la Institución educativa Inicial N°275 Edelmira Ramos Herencia - Cajuca Ramos Nasca* [Tesis de maestría, Universidad Alas Peruanas]. <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/6130>
- Gaceta Dental (2016). *Nueva definición de salud bucodental de la FDI*. Portal Gaceta Dental. <https://gacetadental.com/2016/10/nueva-definicion-de-salud-bucodental-de-la-fdi-61444/>
- Galán, A. (2016). La teoría del apego: confusiones, delimitaciones conceptuales y desafíos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 36(129), 45-61. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v36n129/articulo3.pdf>
- García de Lima, C., Palha, P., Zanetti, M. y García de Lima, C. (2011). Experiences of family members regarding the oral health care of children. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(1), 171-178. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000100023>

- García, J., Silva, G. y Cartes, R. (2021). Oral health-related quality of life in children and dental anxiety of their caregivers Literature review. *Revista Kiru*, 18(2), 103-109. <https://doi.org/10.24265/kiru.2021.v18n2.05>
- Gonzaga, C. y Pereira, F. (2018). Odontoeducation: Change of paradigm in pediatric dentistry. *Odontología*, 20(2), 90-97. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/987781/90-97.pdf>
- González, A., González, B. & González, E. (2013). Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Nutrición Hospitalaria*, 28(4), 64-71. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001000008&lng=es&tlng=es
- Gou, C., Wang, Y., Yang, R., Huang, R. Zhang, Q. & Zou, J. (2021). Oral health-related quality of life and parental anxiety in chinese children undergoing Dental General Anesthesia: a prospective study. *BMC Oral Health*, 21(664), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01994-2>
- Grusec, J. (2014). Actitudes y creencias parentales: Su impacto en el desarrollo de los niños. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia. <https://www.encyclopedia-infantes.com/pdf/expert/habilidades-parentales/segun-los-expertos/actitudes-y-creencias-parentales-su-impacto-en-el>
- Guney, S., Araz, C., Tirali, R., & Cehreli, S. (2018). Dental anxiety and oral health-related quality of life in children following dental rehabilitation under general anesthesia or intravenous sedation: A prospective cross-sectional study. *Niger J Clin Pract*, 21(10), 1304-1310. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_150_18
- Hernández, A., Vilcarromero, S. y Rubila, J. (2015). Neglect of oral health in children as a public health problem in Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 32(3), 603-616. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-4634201500030002
- Hernández, E., Reyes, A., Garcia, M., González, A. & Sada, L. (2018). Hábitos de higiene bucal y caries dental en escolares de primer año de tres escuelas

- públicas. *Rev Enferm IMSS*, 26(3), 179-185.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim183d.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación (6.º ed). McGraw Hill.
- Herrera, F., Arredondo, I., Aguilar, L., Martínez, K., Castro, L. y Hernández, T. (2019). La educación del infante como sujeto de la salud oral. *Revista de Educación y Desarrollo*, 49(1), 65-76.
https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/49/49_Herrera.pdf
- Herrera, I. (2018). Salud Bucal y el funcionamiento familiar en personas de Municipio Plaza La Habana Cuba. *Universitas Odontologica*, 37(79), 1-34.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo37-79.sbff>
- Huaire, E. (2019). *Método de investigación*. Aacademica.
<https://www.aacademica.org/edson.jorge.huaire.inacio/78.pdf>
- Humeres, P., Guzmán, D., Madrid, C., Fredes, A. y Mustakis, A. (2020). Cuidado de la salud oral en la primera infancia: La perspectiva de sus madres - un estudio cualitativo. *International journal of interdisciplinary dentistry*, 13(2), 62-66. <http://dx.doi.org/10.4067/S2452-55882020000200062>
- Implika (2021). *La importancia de la higiene dental*. Formación en Sanidad y Salud.
<https://www.implika.es/blog/higiene-dental>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020). Perú: enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2020. Inei.
https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2020.pdf
- Jones, R., Johnson, I., Morgan, M. (2019). Family and friends: Supporting oral care in care homes. *Gerodontology*, 36(3), 258-266.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30994206/>
- Loayza, S. y Minchala, P. (2021). *Conocimientos de los padres de familia sobre la salud bucal en niños preescolares: una revisión de literatura* [Tesis de posgrado, Universidad Central Del Ecuador].
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/23907>

- Lugo, E., García, L., Gross, C., Casas, S., y Sotomayor, F. (2013). La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. *MEDISAN*, 17(4), 677-685. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000400015&lng=es&tlng=es.
- Marghalani, A. (2019). Father's Experiences of Access to Oral Health Care Services for Children with Disabilities in the Kingdom of Saudi Arabia. [PhD thesis, University of Sheffield]. <https://etheses.whiterose.ac.uk/26323/1/Final%20Version%20%28PhD%29.pdf>
- Martínez, M. (2021). *Hábitos de higiene oral y salud bucal en niños de 3 a 6 años del Centro de Salud de Lambrama 2020* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/57332/Martinez_PMC-SD.pdf?sequence=4&isAllowed=](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/57332/Martinez_PMC-SD.pdf?sequence=4&isAllowed=1)
- Mattos, M. (2010). Factores socioeconómicos y de comportamiento relacionados con caries dental en escolares del distrito de La Molina, Lima, Perú. *Revista Estomatológica Herediana*, 20(1), 25-32. <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539355005.pdf>
- Mazo, Y., Mejía, L., y Muñoz, Y. (2019). Calidad de vida: la familia como una posibilidad transformadora. *Revista Poiésis*, 36(1), 98-110. <https://doi.org/10.21501/16920945.3192>
- Mijan, M., Leal, S., Bronkhorst, E., & Frencken, J. (2019). Children's Oral Healthrelated Quality of Life (OHRQoL) Three Years after Implementation of Treatment Protocols for Managing Cavitated Carious Dentine Lesions. *Oral Health Prevent Dent*, 17(1), 83–89. <https://www.quintessence-publishing.com/deu/en/article/842195>
- Ministerio de Salud (2018). *Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (R.M. N° 214-2018/MINSA y su modificatoria aprobada con R.M. N° 265-2018/MINSA)*. Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4379.pdf>

- Muñoz, A. (2005). La familia como contexto de desarrollo infantil: dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social. *Portularia*, 5(2), 147-163. <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/505>
- Sánchez, H.; Reyes, C. y Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística*. Universidad Ricardo Palma Departamento de Investigación.
- Sanz, E. (2020). Qué es el apoyo familiar y cómo influye en el crecimiento. Portal Eres Mamá. <https://eresmama.com/que-es-apoyo-familiar-como-influye-crecimiento/>
- Sence, R. y Sánchez, Y. (2009). Validación de un cuestionario sobre prácticas de los padres que influyen en la salud bucal e integral de sus hijos. *Kiru*, 6(1), 13-20. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/1745>
- Shabani, L., Begzati, A., Dragidella, F., Hoxha, V., Cakolli, V., & Bruçi, B. (2015). The Correlation between DMFT and OHI-S Index among 10-15 Years Old Children in Kosova. *Journal of Dental and Oral Health*, 1(1), 1-5. <http://www.doi.org/10.13140/RG.2.1.2554.6087>
- Shakir, A., Barnkggei, I., Godson, J., & Joury, E. (2021). Effectiveness of school-based behavioural interventions to improve children's oral health by reducing sugar intake and promoting oral hygiene: A rapid review of randomised controlled trials. *Community Dent Health*, 38(4), 275-283. https://doi.org/10.1922/CDH_00014Shakir09
- Singh, K., Spencer, A., Roberts, K., Brennan, D. (2015). Work-Family Conflict and Oral and General Health-Related Quality of Life. *Int J Behav Med*, 22(4), 489-497. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25428783/>
- Suárez, P. y Vélez, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parenteral. *Revista Psicoespacios*, 12(20), 153-172. <https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776>
- Usuga, E. (2019). *Prácticas de crianza recibidos e inteligencia emocional percibida en estudiantes del grado quinto de una Institución Educativa de Bello,*

Antioquia [Tesis de maestría, Corporación Universitaria Minuto de Dios].
https://repository.uniminuto.edu/jspui/bitstream/10656/10224/1/T.P_Usuga_GallegoElianaMar%C3%ADa_2019.pdf

Varas, A. (2015). *7 pasos para elaborar una tesis*. Macro EIRL.

Vásquez, P.; Ramírez, V. y Aravena, N. (2015). Creencias y prácticas de salud bucal de padres de párvulos: estudio cualitativo. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 8(3), 217-222.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2015.08.001>

Virdi, M. (2015). *Emerging Trends in Oral Health Sciences and Dentistry*. IntechOpen.
https://books.google.com.pe/books?id=TGmQDwAAQBAJ&pg=PA57&dq=Begzati+2015&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjmyIDzy_j3AhUEDdQKHAKhA_UQ6AF6BAgJEAI#v=onepage&q=B

Wehby, G. (2022). Oral Health and Academic Achievement of Children in Low-Income Families. *Journal of Dental Research*. 15(1).
<https://doi.org/10.1177/00220345221089602>

Yuan, S., Humphris, G., Macpherson, L., Ross, A. & Freeman, R. (2021). Communication strategies to encourage child participation in an oral health promotion session: An exemplar video observational study. *Health Expect*, 24(2), 700-708. <https://doi.org/10.1111/hex.13219>

ANEXOS

Anexo 1. *Matriz de operacionalización.*

Operacionalización de la variable apoyo familiar

| Variable de estudio | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicadores | Ítems | Escala de medición |
|---------------------|---|---|-------------|--|-------|--|
| Apoyo familiar | El apoyo familiar se refiere a la ayuda que no solo los padres proporcionan a sus hijos sino la dinámica en que todos los miembros están dispuestos a colaborar y actuar en equipo dentro del círculo familiar cuyo fin es el bienestar en común para todos (Sanz, 2020). | El apoyo familiar se medirá mediante un cuestionario con dos dimensiones (orientación y supervisión), con una escala dicotómica de respuesta (SI y NO). | Orientación | <ul style="list-style-type: none"> - El padre hace que su niño lleve cepillo y pasta dental al colegio. - El padre le recuerda a su hijo cepillarse los dientes. | 1-2 | Escala ordinal a)Malo 0 a 1 punto. b)Pobre, 2 a 4 puntos. c)Bueno, de 5 a 6 puntos. |
| | | | Supervisión | <ul style="list-style-type: none"> - El padre se encarga de tratar las caries de su hijo. - El padre lleva a su hijo una vez al año para su chequeo. - El padre está atento a los cambios o problemas en la boca de sus hijos. - El padre verifica con la profesora el cepillado dental en la escuela. | 3-6 | |

Operacionalización de la variable salud bucal

| Variable de estudio | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicadores | Ítems | Escala de medición |
|---------------------|--|--|-----------------------|---|-------|--|
| Salud bucal | Salud bucal es el bienestar tanto estructural como funcional de todos los órganos que componen la cavidad bucal, así como estructuras adyacentes que permitirán el buen funcionamiento y un proceso masticatorio adecuado, siendo importante en la alimentación, el efecto y autoestima (Aguilar, 2017, como se citó en De la Rosa et al, 2021). | La salud bucal infantil se medirá mediante una guía de observación con 3 dimensiones (experiencia de caries, consumo de azúcares e higiene oral), con categorías de respuesta de riesgo bajo, riesgo moderado y riesgo alto. | Experiencia de caries | - Cantidad de superficies cariadas. | 1 | Escala ordinal a) Salud bucal mala, 0 a 2.9 puntos. b) Salud bucal regular, 3 a 4.7 puntos. c) Salud bucal buena, 4.8 a 6 puntos. |
| | | | Consumo de azúcares | - Frecuencia de consumo al día | 2 | |
| | | | Higiene oral | - Índice de higiene oral simplificado (IHO-s) | 3 | |

Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos.

CUESTIONARIO SOBRE PRÁCTICAS DE LOS PADRES QUE INFLUYEN EN LA SALUD BUCAL DE SUS HIJOS

Basado en Sence y Sánchez (2009)

Edad: _____

Género: Masculino () Femenino ()

Grado de Instrucción:

Primaria incompleta () Primaria completa () Secundaria incompleta ()
Secundaria completa () Superior técnico () Superior universitario ()

Estado Civil: Casado () Soltero () Otro ()

¿Es usted la persona que se encarga principalmente del cuidado del niño/niña?

Si () No ()

Instrucciones: El presente instrumento tendrá como objetivo obtener información de los padres sobre el apoyo familiar y su relación con la salud bucal infantil. Agradeciendo de antemano su colaboración con sus respuestas, responda a cada pregunta marcando con un aspa (X) a la alternativa que considere pertinente.

1. Hace que su niño lleve cepillo y pasta dental al colegio

Si () No ()

2. Le recuerda a su hijo cepillarse los dientes

Si () No ()

3. Se ha encargado de tratar las caries de su hijo

Si () No ()

4. Lleva a su hijo una vez al año para su chequeo

Si () No ()

5. Está atento a los cambios o problemas en la boca de sus hijos

Si () No ()

6. Verifica con la profesora el cepillado dental en la escuela

Si () No ()

Gracias por su participación.

Anexo 3. Validez y confiabilidad.

Validez del instrumento cuestionario sobre prácticas de los padres que influyen en la salud bucal de sus hijos

| N° | Grado Académico | Validadores | Resultado |
|----|---|-------------------------|-----------|
| 1 | Magister en Gestión de los Servicios de Salud | Gelsa Zagaceta Cornelio | Aplicable |
| 2 | Magister en Gestión de los Servicios de Salud | Adela Aliaga Cárdenas | Aplicable |
| 3 | Magister en Docencia e Investigación en Estomatología | Oscar Cieza Valdivia | Aplicable |

Validez del instrumento ficha de evaluación odontológica

| N° | Grado Académico | Validadores | Resultado |
|----|---|-------------------------|-----------|
| 1 | Magister en Gestión de los Servicios de Salud | Gelsa Zagaceta Cornelio | Aplicable |
| 2 | Magister en Gestión de los Servicios de Salud | Adela Aliaga Cárdenas | Aplicable |
| 3 | Magister en Docencia e Investigación en Estomatología | Oscar Cieza Valdivia | Aplicable |

Confiabilidad del instrumento cuestionario sobre prácticas de los padres que influyen en la salud bucal de sus hijos

| Categoría | KR-20 / Alfa de Cronbach | N° de elementos |
|--|--------------------------|-----------------|
| Cuestionario sobre prácticas de los padres que influyen en la salud bucal de sus hijos | 0,852 | 6 |
| Ficha de evaluación odontológica para medir salud bucal infantil | 0,971 | 3 |

Prueba de confiabilidad del cuestionario para medir la variable apoyo familiar

| Individuos | PREGUNTAS | | | | | | Total |
|-----------------|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|
| | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | |
| 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 6 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| 7 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 8 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 11 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 12 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 13 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 14 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 15 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| p= probabilidad | 0,133 | 0,867 | 0,533 | 0,267 | 0,133 | 0,133 | Vt = 3,13 |
| q=(1-p) | 0,867 | 0,133 | 0,467 | 0,733 | 0,867 | 0,867 | |
| p*q | 0,116 | 0,116 | 0,249 | 0,196 | 0,116 | 0,116 | |
| Σ p*q | 0,907 | | | | | | |
| n | 6 | | | | | | |
| Kr20 = | 0,852 | | | | | | |

Fórmula empleada:

$$r_{ii} = \frac{n}{n-1} * \frac{V_t - \sum pq}{V_t}$$

En donde:

r_{ii} = coeficiente de confiabilidad.

N = número de ítems que contiene el instrumento.

V_t = varianza total de la prueba.

$\sum pq$ = sumatoria de la varianza individual de los ítems.

Interpretación:

El coeficiente Kr20 fue de 0,852, como es mayor a 0,8, se puede decir que el instrumento tiene una alta confiabilidad para medir la variable apoyo familiar.

Prueba de confiabilidad de la ficha de evaluación odontológica para medir la variable salud bucal infantil

| Individuos | PREGUNTAS | | | Total |
|---------------------------|--------------|-------|-------|------------------------------|
| | P1 | P2 | P3 | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 3 | 2 | 2 | 2 | 6 |
| 4 | 2 | 2 | 2 | 6 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| 8 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| 9 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | 2 | 2 | 2 | 6 |
| 11 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| 12 | 2 | 2 | 2 | 6 |
| 13 | 2 | 2 | 2 | 6 |
| 14 | 2 | 2 | 2 | 6 |
| 15 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Var (S ²) | 0,560 | 0,800 | 0,560 | Vt (ST ²) = 5,44 |
| Σ Var (Σ S ²) | 1,920 | | | |
| K | 3 | | | |
| Alfa de Cronbach = | 0,971 | | | |

Fórmula empleada:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum s^2}{ST^2} \right]$$

Donde,

k = El número de ítems

Σ s² = Sumatoria de varianzas de los ítems.

sT² = Varianza de la suma de los ítems.

α = Coeficiente de alfa de Cronbach

Interpretación:

El coeficiente Alfa de Cronbach fue de 0,971, como es mayor a 0,8, se puede decir que el instrumento tiene una alta confiabilidad para medir la variable salud bucal infantil.

Anexo 4. Autorización de aplicación de instrumento.

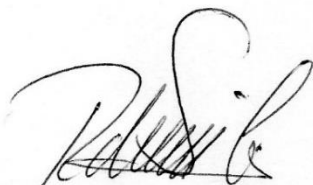
“AÑO DEL FORTALECIMIENTO Y LA SOBERANIA NACIONAL”

Lima, 30 de Junio del 2022

Dra. María Florinda Abanto Florián, tengo a bien dirigirme a usted para saludarla cordialmente y al mismo tiempo darle a conocer que se le brindará todo el apoyo y facilidades para que recabe la información necesaria, tales como encuestas y exámenes odontológicos para la elaboración de su tesis titulada **“Apoyo Familiar en la Salud Bucal Infantil en un Centro Odontológico de Puente Piedra 2022”** trabajo que será utilizado para optar el grado de Magister en “Gestión de los Servicios de Salud”

Sin otro particular es propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi mayor consideración.

Atentamente.



DR. Edwin Rodríguez Guadalupe

COP 9879

Director Centro Odontológico Puente Piedra

.....
EDWIN RODRIGUEZ GUADALUPE
CIRUJANO - DENTISTA
C.O.P. 9879

Anexo 5. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es brindar a los participantes de la investigación una clara explicación de la naturaleza misma, y a su vez el rol que cumplen como participantes.

La presente investigación esta conducida por: Dra. María F. Abanto Florián teniendo como objetivo: Determinar la influencia del apoyo familiar en la salud bucal infantil en un Centro Odontológico 2022.

Si usted accede a participar en este estudio, la información que se recoja será confidencial y no se usaran para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Así mismo, sus respuestas serán anónimas ya que no se le solicitará su identidad.

De presentar alguna duda sobre la investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación.

De antemano, se agradece su participación.

Luego de haber leído el consentimiento informado, acepto participar voluntariamente en esta investigación.

He sido informado(a) sobre el objetivo de la investigación, y reconozco que la información que yo provea en el transcurso la investigación es estrictamente confidencial, ya que el resultado de este estudio será parte de una tesis, que a la vez ayudará a realizar nuevas investigaciones. Por lo tanto, no será utilizada para ningún otro propósito fuera de lo mencionados en este estudio sin mi consentimiento.

Firma del participante.

Anexo 6. Ficha técnica de instrumentos.

Ficha técnica del instrumento para medir apoyo familiar en salud bucal infantil

| | |
|--------------------------|--|
| Nombre del instrumento | Cuestionario sobre prácticas de los padres que influyen en la salud bucal de sus hijos |
| Autor | Sence y Sánchez(2009) |
| Administración | Individual de manera directa. |
| Sujeto de intervención | Padres de familia de niños atendidos. |
| Numero de Ítems | 6 |
| Descripción de la escala | Escala dicotómica (Si / No) |

Ficha técnica del instrumento para medir salud bucal infantil

| | |
|--------------------------|----------------------------------|
| Nombre del instrumento | Ficha de evaluación odontológica |
| Autor | NTS N° 139 - MINSA/2018/DGAIN |
| Administración | Individual de manera directa. |
| Sujeto de intervención | Niños atendidos. |
| Numero de Ítems | 3 |
| Descripción de la escala | Escala ordinal de Likert. |

Anexo 7. Fichas de validación.



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL APOYO FAMILIAR

| Nº | DIMENSIONES / ítems | Pertinencia ¹ | | Relevancia ² | | Claridad ³ | | Sugerencias |
|----|---|--------------------------|----|-------------------------|----|-----------------------|----|-------------|
| | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| | Dimensión: Orientación | | | | | | | |
| 1 | Hace que su niño lleve cepillo y pasta dental al colegio | x | | x | | x | | |
| 2 | Le recuerda a su hijo cepillarse los dientes | | | | | | | |
| | Dimensión: Supervisión | | | | | | | |
| 3 | Se ha encargado de tratar las caries de su hijo | x | | x | | x | | |
| 4 | Lleva a su hijo una vez al año para su chequeo | x | | x | | x | | |
| 5 | Está atento a los cambios o problemas en la boca de sus hijos | x | | x | | x | | |
| 6 | Verifica con la profesora el cepillado dental en la escuela | x | | x | | x | | |

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [x]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. OSCAR ENRIQUE CIEZA VALDIVIA **DNI:** 43271447

Especialidad del validador: MAGISTER EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN ESTOMATOLOGÍA

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Fecha: 19/05/2022



Firma del Experto Informante.
Mg. CD. Oscar E. Cieza Valdivia
COP. 8976

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA SALUD BUCAL

| Nº | DIMENSIONES / ítems | Pertinencia ¹ | | Relevancia ² | | Claridad ³ | | Sugerencias |
|----|---|--------------------------|----|-------------------------|----|-----------------------|----|-------------|
| | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| | Dimensión: Experiencia de caries | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 1 | Cantidad de superficies cariadas. | x | | x | | x | | |
| | Dimensión: Consumo de azúcares | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 2 | Frecuencia de consumo al día | x | | x | | x | | |
| | Dimensión: Higiene oral | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 3 | Índice de higiene oral simplificado (IHO-s) | x | | x | | x | | |

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [x]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. OSCAR ENRIQUE CIEZA VALDIVIA **DNI:** 43271447

Especialidad del validador: MAGISTER EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN ESTOMATOLOGÍA

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Fecha: 19/05/2022



Firma del Experto Informante.
Mg. CD. Oscar E. Cieza Valdivia
COP. 8976

| GRADUADO | GRADO O TÍTULO | INSTITUCIÓN |
|---|--|---|
| CIEZA VALDIVIA, OSCAR ENRIQUE DNI 43271447 | MAESTRO EN DOCENCIA E INVESTIGACION EN ESTOMATOLOGIA Fecha de diploma: 17/02/2012 Modalidad de estudios: - Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***) | UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL PERU |
| CIEZA VALDIVIA, OSCAR ENRIQUE DNI 43271447 | CIRUJANO DENTISTA Fecha de diploma: 26/08/96 Modalidad de estudios: PRESENCIAL | UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES PERU |
| CIEZA VALDIVIA, OSCAR ENRIQUE DNI 43271447 | BACHILLER EN ODONTOLOGIA Fecha de diploma: 14/11/94 Modalidad de estudios: PRESENCIAL Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***) | UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES PERU |

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL APOYO FAMILIAR



| N° | DIMENSIONES / ítems | Pertinencia ¹ | | Relevancia ² | | Claridad ³ | | Sugerencias |
|----|---|--------------------------|----|-------------------------|----|-----------------------|----|---|
| | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| | Dimensión: Orientación | | | | | | | |
| 1 | Hace que su niño lleve cepillo y pasta dental al colegio | X | | X | | X | | El ítem es relativamente importante. |
| 2 | Le recuerda a su hijo cepillarse los dientes | X | | X | | X | | El ítem es claro. |
| | Dimensión: Supervisión | | | | | | | |
| 3 | Se ha encargado de tratar las caries de su hijo | X | | X | | X | | El ítem es muy relevante y debe ser incluido. |
| 4 | Lleva a su hijo una vez al año para su chequeo | X | | X | | X | | El ítem es claro |
| 5 | Está atento a los cambios o problemas en la boca de sus hijos | X | | X | | X | | El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectado la medición de la dimensión |
| 6 | Verifica con la profesora el cepillado dental en la escuela | X | | X | | X | | El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectado la medición de la dimensión |

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. GELSA KATHERINE ZAGACETA CORNELIO **DNI:** 15694386

Especialidad del validador: MAGISTER EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Fecha: 19/05/2022



Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA SALUD BUCAL

| Nº | DIMENSIONES / ítems | Pertinencia ¹ | | Relevancia ² | | Claridad ³ | | Sugerencias |
|----|---|--------------------------|----|-------------------------|----|-----------------------|----|--|
| | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| | Dimensión: Experiencia de caries | | | | | | | |
| 1 | Cantidad de superficies cariadas. | X | | X | | X | | El ítem es muy importante y debe ser incluido. |
| | Dimensión: Consumo de azúcares | | | | | | | |
| 2 | Frecuencia de consumo al día | X | | X | | X | | El ítem es muy importante y debe ser incluido. |
| | Dimensión: Higiene oral | | | | | | | |
| 3 | Índice de higiene oral simplificado (IHO-s) | X | | X | | X | | El ítem es muy importante y debe ser incluido. |

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. GELSA KATHERINE ZAGACETA CORNELIO **DNI:** 15694386

Especialidad del validador: MAGISTER EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Fecha: 19/05/2022



Firma del Experto Informante.

| GRADUADO | GRADO O TÍTULO | INSTITUCIÓN |
|--|--|---|
| ZAGACETA CORNELIO, GELSA KATHERINE DNI 15694386 | CIRUJANO DENTISTA Fecha de diploma: 24/06/1999 Modalidad de estudios: - | UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES PERU |
| ZAGACETA CORNELIO, GELSA KATHERINE DNI 15694386 | BACHILLER EN ODONTOLOGIA Fecha de diploma: 23/10/1996 Modalidad de estudios: - Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***) | UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES PERU |
| ZAGACETA CORNELIO, GELSA KATHERINE DNI 15694386 | MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD Fecha de diploma: 09/02/18 Modalidad de estudios: PRESENCIAL Fecha matrícula: 26/04/2014 Fecha egreso: 10/06/2017 | UNIVERSIDAD PRIVADA CÉSAR VALLEJO PERU |

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL APOYO FAMILIAR



| N° | DIMENSIONES / ítems | Pertinencia ¹ | | Relevancia ² | | Claridad ³ | | Sugerencias |
|----|---|--------------------------|-----------|-------------------------|-----------|-----------------------|-----------|-------------|
| | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| | Dimensión: Orientación | | | | | | | |
| 1 | Hace que su niño lleve cepillo y pasta dental al colegio | X | | X | | X | | |
| 2 | Le recuerda a su hijo cepillarse los dientes | X | | X | | X | | |
| | Dimensión: Supervisión | | | | | | | |
| | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 3 | Se ha encargado de tratar las caries de su hijo | X | | X | | X | | |
| 4 | Lleva a su hijo una vez al año para su chequeo | X | | X | | X | | |
| 5 | Está atento a los cambios o problemas en la boca de sus hijos | X | | X | | X | | |
| 6 | Verifica con la profesora el cepillado dental en la escuela | X | | X | | X | | |

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** **Aplicable después de corregir** **No aplicable**

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. ADELA ALIAGA CÁRDENAS **DNI:** 10494700

Especialidad del validador: MAGISTER EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Fecha: 19/05/2022



Dra. Adela Aliaga Cárdenas
CIRUJANO DENTISTA
COP 10547

Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA SALUD BUCAL

| N° | DIMENSIONES / items | Pertinencia ¹ | | Relevancia ² | | Claridad ³ | | Sugerencias |
|----|---|--------------------------|----|-------------------------|----|-----------------------|----|-------------|
| | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| | Dimensión: Experiencia de caries | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 1 | Cantidad de superficies cariadas. | X | | X | | X | | |
| | Dimensión: Consumo de azúcares | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 2 | Frecuencia de consumo al día | X | | X | | X | | |
| | Dimensión: Higiene oral | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 3 | Índice de higiene oral simplificado (IHO-s) | X | | X | | X | | |

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. ADELA ALIAGA CÁRDENAS DNI: 10494700

Especialidad del validador: MAGISTER EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Fecha: 19/05/2022

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.



Dra. Adela Aliaga Cárdenas
CIRUJANO DENTISTA
COP 10542

Firma del Experto Informante.

| GRADUADO | GRADO O TÍTULO | INSTITUCIÓN |
|--|--|---|
| ALIAGA CARDENAS, ADELA DNI 10494700 | CIRUJANO DENTISTA Fecha de diploma: 31/07/1998 Modalidad de estudios: - | UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES PERU |
| ALIAGA CARDENAS, ADELA DNI 10494700 | BACHILLER EN ODONTOLOGIA Fecha de diploma: 31/10/1996 Modalidad de estudios: - Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***) | UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES PERU |
| ALIAGA CARDENAS, ADELA DNI 10494700 | MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD Fecha de diploma: 14/02/22 Modalidad de estudios: PRESENCIAL Fecha matrícula: 06/04/2020 Fecha egreso: 25/08/2021 | UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO S.A.C. PERU |

Anexo 8. Cuadros, figuras, fotos que ayuden a esclarecer la investigación.

Cuadros y figuras descriptivas de las dimensiones de la variable apoyo familiar:

Anexo 8.1

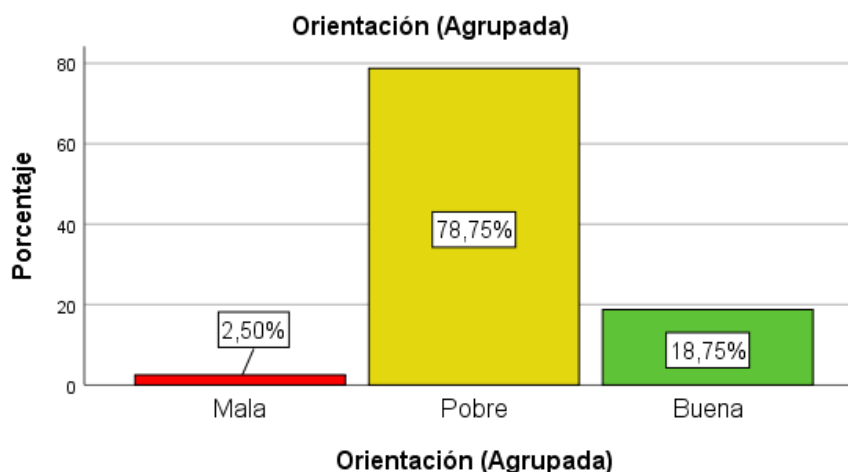
Tabla de distribución de frecuencias de la orientación como elemento del apoyo familiar en salud bucal a los infantes

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Mala | 2 | 2,5 | 2,5 | 2,5 |
| | Pobre | 63 | 78,8 | 78,8 | 81,3 |
| | Buena | 15 | 18,8 | 18,8 | 100,0 |
| | Total | 80 | 100,0 | 100,0 | |

Nota: Aplicación de cuestionarios a padres de familia de niños de 6 a 12 años que se atendieron en un Centro Odontológico de Puente Piedra, 2022.

Anexo 8.2

Figura de distribución de frecuencias de la Orientación como elemento del apoyo familiar



Interpretación: La orientación en salud bucal como elemento del apoyo familiar brindado por los padres a los infantes es pobre en el 78,8% de las familias encuestadas y buena en el 18,8%. Por otro lado, solo el 2,5% de las familias brinda una orientación en salud bucal mala a sus hijos.

Anexo 8.3

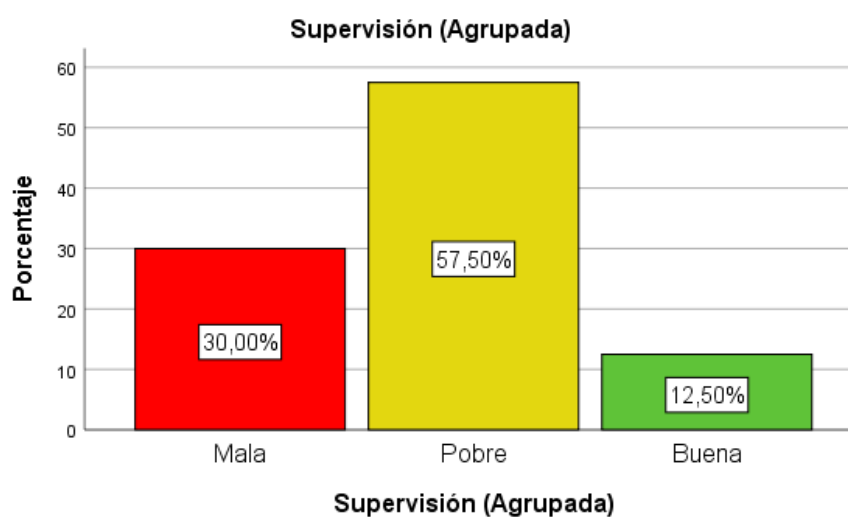
Tabla de distribución de frecuencias de la supervisión como elemento del apoyo familiar en salud bucal a los infantes

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Mala | 24 | 30,0 | 30,0 | 30,0 |
| | Pobre | 46 | 57,5 | 57,5 | 87,5 |
| | Buena | 10 | 12,5 | 12,5 | 100,0 |
| | Total | 80 | 100,0 | 100,0 | |

Nota: Aplicación de cuestionarios a padres de familia de niños de 6 a 12 años que se atendieron en un Centro Odontológico de Puente Piedra, 2022.

Anexo 8.4

Figura de distribución de frecuencias de la Supervisión como elemento del apoyo familiar



Interpretación: La supervisión en salud bucal como elemento del apoyo familiar brindado por los padres a los infantes es pobre en el 57,5% de las familias encuestadas y mala en el 30%. Por otro lado, solo el 12,5% de las familias brinda una supervisión en salud bucal buena a sus hijos.

Cuadros y figuras descriptivas de las dimensiones de la variable salud bucal infantil:

Anexo 8.5

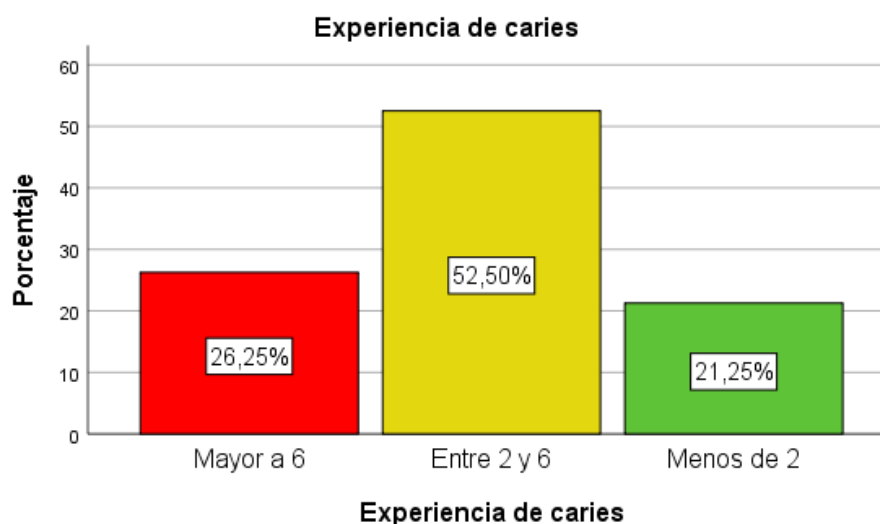
Tabla de distribución de frecuencias de la Experiencia de caries en los infantes

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido Mayor a 6 superficies cariadas | 21 | 26,3 | 26,3 | 26,3 |
| Entre 2 y 6 superficies cariadas | 42 | 52,5 | 52,5 | 78,8 |
| Menos de 2 superficies cariadas | 17 | 21,3 | 21,3 | 100,0 |
| Total | 80 | 100,0 | 100,0 | |

Nota: Aplicación de fichas de evaluación odontológica a niños de 6 a 12 años que se atendieron en un Centro Odontológico de Puente Piedra, 2022.

Anexo 8.6

Figura de distribución de frecuencias de la Experiencia de caries en los infantes



Interpretación: Como experiencia de caries en los infantes atendidos de un Centro Odontológico de Puente Piedra, el 52,5% de los niños posee entre 2 y 6 superficies cariadas, y el 26,3% de niños posee más de 6 superficies cariadas. No obstante, solo el 21,3% de niños posee menos de 2 superficies cariadas.

Anexo 8.7

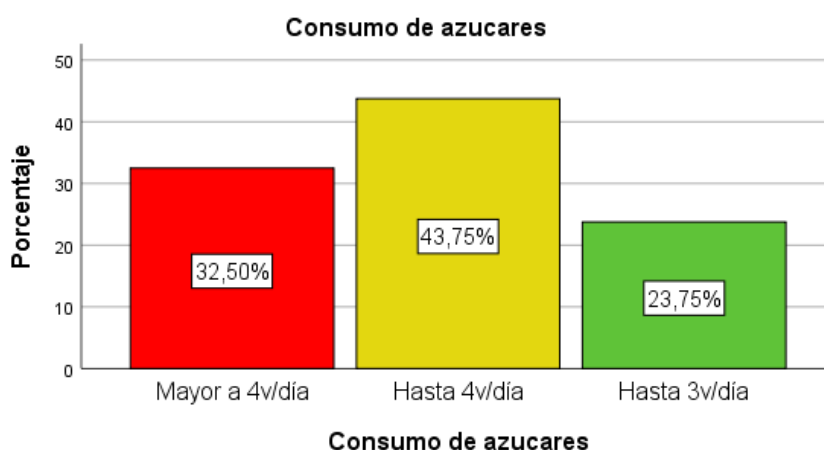
Tabla de distribución de frecuencias del Consumo de azúcares en los infantes

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Mayor a 4v/día | 26 | 32,5 | 32,5 | 32,5 |
| | Hasta 4v/día | 35 | 43,8 | 43,8 | 76,3 |
| | Hasta 3v/día | 19 | 23,8 | 23,8 | 100,0 |
| Total | | 80 | 100,0 | 100,0 | |

Nota: Aplicación de fichas de evaluación odontológica a niños de 6 a 12 años que se atendieron en un Centro Odontológico de Puente Piedra, 2022.

Anexo 8.8

Figura de distribución de frecuencias del Consumo de azúcares en los infantes



Interpretación: El consumo de azúcares en los infantes atendidos de un Centro Odontológico de Puente Piedra es 4 veces al día en el 52,5% de niños, y mayor a 4 veces al día en el 26,3% de niños. Por otro lado, el 23,8% de niños consume azúcares solo hasta 3 veces al día.

Anexo 8.9

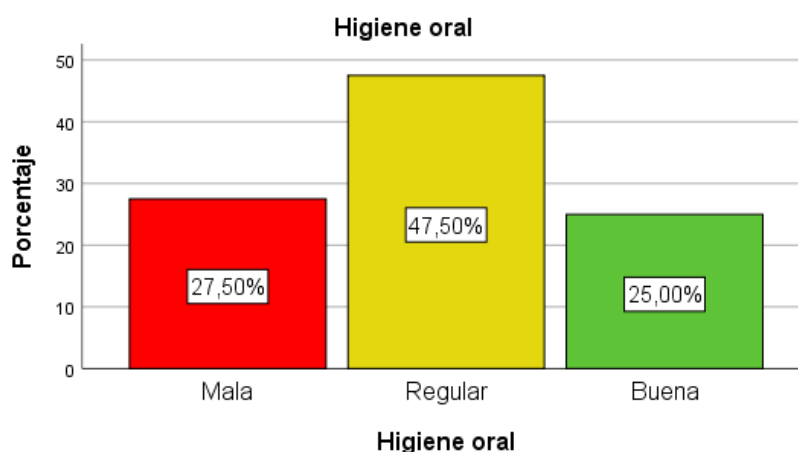
Tabla de distribución de frecuencias de la Higiene bucal en los infantes

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Mala | 22 | 27,5 | 27,5 | 27,5 |
| | Regular | 38 | 47,5 | 47,5 | 75,0 |
| | Buena | 20 | 25,0 | 25,0 | 100,0 |
| | Total | 80 | 100,0 | 100,0 | |

Nota: Aplicación de fichas de evaluación odontológica a niños de 6 a 12 años que se atendieron en un Centro Odontológico de Puente Piedra, 2022.

Anexo 8.10

Figura de distribución de frecuencias de la Higiene bucal en los infantes



Interpretación: La higiene bucal en los infantes atendidos en un Centro Odontológico de Puente Piedra es regular en el 47,5% de niños y mala en el 27,5%. Asimismo, solo el 25% de niños posee una higiene bucal buena.

Cuadros cruzados de los objetivos:

Anexo 8.11

Tabla cruzada del apoyo familiar en salud bucal infantil en un Centro Odontológico de Puente Piedra, 2022

| | | | V2: Salud bucal infantil | | | Total |
|--------------------|-------|-------|--------------------------|---------|--------|--------|
| | | | Mala | Regular | Buena | |
| V1: Apoyo familiar | Malo | f | 6 | 5 | 0 | 11 |
| | | % | 54,5% | 45,5% | 0,0% | 100,0% |
| | Pobre | f | 19 | 27 | 7 | 53 |
| | | % | 35,8% | 50,9% | 13,2% | 100,0% |
| | Bueno | f | 1 | 7 | 8 | 16 |
| | | % | 6,3% | 43,8% | 50,0% | 100,0% |
| Total | f | 26 | 39 | 15 | 80 | |
| | % | 32,5% | 48,8% | 18,8% | 100,0% | |

Nota: Aplicación instrumentos a padres de familia y niños de 6 a 12 años que se atendieron en un Centro Odontológico de Puente Piedra, 2022.

Anexo 8.12

Tabla cruzada de la orientación como elemento del apoyo familiar en la salud bucal infantil.

| | | | V2: Salud bucal infantil | | | Total |
|-----------------|-------|---|--------------------------|---------|--------|--------|
| | | | Mala | Regular | Buena | |
| D1: Orientación | Mala | f | 2 | 0 | 0 | 2 |
| | | % | 100,0% | 0,0% | 0,0% | 100,0% |
| | Pobre | f | 24 | 32 | 7 | 63 |
| | | % | 38,1% | 50,8% | 11,1% | 100,0% |
| | Buena | f | 0 | 7 | 8 | 15 |
| | | % | 0,0% | 46,7% | 53,3% | 100,0% |
| Total | f | f | 39 | 15 | 80 | |
| | % | % | 48,8% | 18,8% | 100,0% | |

Nota: Aplicación instrumentos a padres de familia y niños de 6 a 12 años que se atendieron en un Centro Odontológico de Puente Piedra, 2022.

Anexo 8.13

Tabla cruzada de la supervisión como elemento del apoyo familiar en la salud bucal infantil.

| | | V2: Salud bucal infantil | | | Total | |
|--------------------|-------|--------------------------|---------|-------|--------|--------|
| | | Mala | Regular | Buena | | |
| D2: Supervisión | Mala | f | 14 | 10 | 0 | 24 |
| | | % | 58,3% | 41,7% | 0,0% | 100,0% |
| | Pobre | f | 11 | 27 | 8 | 46 |
| | | % | 23,9% | 58,7% | 17,4% | 100,0% |
| | Buena | f | 1 | 2 | 7 | 10 |
| | | % | 10,0% | 20,0% | 70,0% | 100,0% |
| Total | f | 26 | 39 | 15 | 80 | |
| | % | 32,5% | 48,8% | 18,8% | 100,0% | |

Nota: Aplicación instrumentos a padres de familia y niños de 6 a 12 años que se atendieron en un Centro Odontológico de Puente Piedra, 2022.

Anexo 8.14

Tabla cruzada del apoyo familiar en la experiencia de caries.

| | | D1: Experiencia de caries | | | Total | |
|--------------------|-------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--------|--------|
| | | Mayor a 6 superficies cariadas | Entre 2 y 6 superficies cariadas | Menos de 2 superficies cariadas | | |
| V1: Apoyo familiar | Malo | f | 6 | 5 | 0 | 11 |
| | | % | 54,5% | 45,5% | 0,0% | 100,0% |
| | Pobre | f | 15 | 29 | 9 | 53 |
| | | % | 28,3% | 54,7% | 17,0% | 100,0% |
| | Bueno | f | 0 | 8 | 8 | 16 |
| | | % | 0,0% | 50,0% | 50,0% | 100,0% |
| Total | f | 21 | 42 | 17 | 80 | |
| | % | 26,3% | 52,5% | 21,3% | 100,0% | |

Nota: Aplicación instrumentos a padres de familia y niños de 6 a 12 años que se atendieron en un Centro Odontológico de Puente Piedra, 2022.

Anexo 8.15

Tabla cruzada del apoyo familiar en el consumo de azúcares.

| | | D2: Consumo de azúcares | | | Total | |
|-----------------------|-------|-------------------------|-----------------|-----------------|--------|--------|
| | | Mayor a 4v/día | Hasta 4v/día | Hasta 3v/día | | |
| V1: Apoyo familiar | Malo | f | 6 | 5 | 0 | 11 |
| | | % | 54,5% | 45,5% | 0,0% | 100,0% |
| | Pobre | f | 19 | 25 | 9 | 53 |
| | | % | 35,8% | 47,2% | 17,0% | 100,0% |
| | Bueno | f | 1 | 5 | 10 | 16 |
| | | % | 6,3% | 31,3% | 62,5% | 100,0% |
| Total | f | 26 | 35 | 19 | 80 | |
| | % | 32,5% | 43,8% | 23,8% | 100,0% | |

Nota: Aplicación instrumentos a padres de familia y niños de 6 a 12 años que se atendieron en un Centro Odontológico de Puente Piedra, 2022.

Anexo 8.16

Tabla cruzada del apoyo familiar en la higiene oral.

| | | D3: Higiene oral | | | Total | |
|-----------------------|-------|------------------|---------|-------|--------|--------|
| | | Mala | Regular | Buena | | |
| V1: Apoyo familiar | Malo | f | 6 | 5 | 0 | 11 |
| | | % | 54,5% | 45,5% | 0,0% | 100,0% |
| | Pobre | f | 16 | 26 | 11 | 53 |
| | | % | 30,2% | 49,1% | 20,8% | 100,0% |
| | Bueno | f | 0 | 7 | 9 | 16 |
| | | % | 0,0% | 43,8% | 56,3% | 100,0% |
| Total | f | 22 | 38 | 20 | 80 | |
| | % | 27,5% | 47,5% | 25,0% | 100,0% | |

Nota: Aplicación instrumentos a padres de familia y niños de 6 a 12 años que se atendieron en un Centro Odontológico de Puente Piedra, 2022.







UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, CAMPANA AÑASCO DE MEJIA TERESA DE JESUS, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis Completa titulada: "El Apoyo Familiar en la Salud Bucal Infantil en un Centro Odontológico de Puente Piedra 2022.", cuyo autor es ABANTO FLORIAN MARIA FLORINDA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 16.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis Completa cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 05 de Agosto del 2022

| Apellidos y Nombres del Asesor: | Firma |
|--|---|
| CAMPANA AÑASCO DE MEJIA TERESA DE JESUS DNI: 31035536 ORCID: 0000-0001-9970-3117 | Firmado electrónicamente por: TCAMPANAJ el 05- 08-2022 21:13:22 |

Código documento Trilce: TRI - 0394171